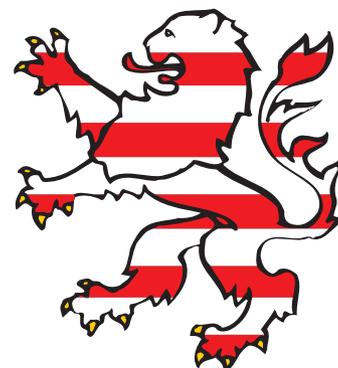


Hessisches Ärzteblatt

7/2002

Juli 2002
63. Jahrgang



Träger der Paracelsus-Medaille: Von links: Dr. med. Georg Holfelder (Hessen), Prof. Dr. med. Wildor Hollmann, PD Dr. med. Ruprecht Zwirner, Prof. Dr. med. h.c. mult Hanns Gotthard Lasch (Hessen); Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe. (Bild pop)

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

KBV-Vertreterversammlung
und
105. Deutscher Ärztetag
in Rostock

Abgeordnetenversammlung
der KV Hessen

Prävention des
Prostatakarzinoms

Positronen-Emissions-
Tomographie

Terrorismus - Todesfurcht
und Todesmut

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. Telefon (0 69) 9 76 72-0, Internet: www.laekh.de, E-Mail: Laekh.Hessen@laekh.de und Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 50 20, Internet: www.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, Biebental
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 Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Roland Wönne, Marburg
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 Tänni

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

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



7/2002 Juli 2002 • 63. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial

Qualitätssicherung, Zwangsfortbildung, Zertifizierung – ein Chaos mit System 382

Kassenärztliche Vereinigung

Die Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung am 8. Juni 2002 384
KBV-Vertreterversammlung 387

Landesärztekammer Hessen

Laden Bürokratisierung und standardisierte Leitlinien 389
Hessische Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 2002 392
Es gilt das gesprochene Wort 393

Fortbildung

Prävention des Prostatakarzinoms durch Ernährung 395
Positronen-Emissions-Tomographie in der Onkologie 405

Aktuelles

Terrorismus-Todesfurcht und Todesmut 412

Kassenärztliche Vereinigung

Ausgabenexplosion Arzneimittel- Was ist zu tun? 415
Einfluß der Qualitätssicherung im Bereich der Pharmakotherapie der Fettstoffwechselstörung im Ärztenetz Rhein-Main 418

Aktuelles

Disease Management Programm (DMP) Diabetes 422

Kassenärztliche Vereinigung

Arzt-Lehrer-Kooperation-Umfrage zum Stand in Hessen 424

Fortbildung

Sicherer Verordnen 426

Fortbildung

Stress laß nach! 427

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 429

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 433

Arzt- und Kassenarztrecht

Honorarvertragsverhandlungen-Chance oder Risiko einer KV 436

Mit meinen Augen

Rostock 2002-oder hat Vernunft denn keine Zukunft in Deutschland? 437

Halbseitiges

Ein Wort für einen Urlaub 02 439

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

440

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

442

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

445

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.

Qualitätssicherung, Zwangsfortbildung, Zertifizierung – ein Chaos mit System.

Geht es Ihnen auch so? Es gibt ein paar Begriffe, die ich nicht mehr hören kann. Dazu gehören die oben genannten Reizworte, die uns ständig von den Politikern und von Krankenkassenfunktionären um die Ohren geschlagen werden.

Welcher vernünftige Mensch ist gegen eine gesicherte Qualität der von ihm abgelieferten Arbeit? Die Ärzteschaft hat schon Qualitätssicherung betrieben, als es dieses Wort noch gar nicht gab. Mit der ersten Facharztordnung 1926 hat sie die Grundlage für eine qualitätsgesicherte Medizin, aufgeteilt nach Fachsparten, gelegt. Die seit Jahrzehnten laufenden Laborringversuche der KVen und die Qualitätskontrollen in der Radiologie sind weitere Beispiele für die Bejahung qualitätsgesicherten Handelns. Selbstverständlich sind die Ärzte auch bereit, noch weitaus mehr für die Qualitätssicherung zu tun, aber es muß sinnvoll sein und darf die eigentliche Aufgabe nicht behindern, nämlich Patienten zu behandeln. Man kämpft schon mit dem Verständnis, wenn man z.B. Diagnosen nach unsinnigen Schemata des ICD verschlüsseln muß, nur um riesige Datenfriedhöfe zu schaffen, mit denen bisher niemand etwas anfangen kann. Besonders im Krankenhaus treibt der Dokumentationswahn reiche Blüten, sicher ein Grund für die Überfrachtung der Kolleginnen und Kollegen mit Schreibarbeiten und damit einer der Gründe für ihre Unzufriedenheit.

Auch die Gründung immer neuer Gremien auf dem Feld der Qualitätssicherung ist nicht dazu geeignet, das wuchernde Dickicht durchschaubarer zu machen. Keiner weiß so recht, was diese Diskussionskränzchen eigentlich so machen und wie ihre Kompetenzen gegeneinander abgegrenzt

sind. Nur an vereinzelten Beispielen sieht man, was sich die Politik dabei vorstellt, wenn sie einem solchen Gremium unlösbare Aufgaben stellt, wie z.B. dem Koordinierungsausschuß, der Leitlinien für DMPs entwickeln soll, aber bitte ein bißchen plötzlich, bis zum 30. Juni!

Es ist unbestritten, daß die Fortbildung ein wesentliches, ja das entscheidende Element der Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit ist. Auch hier tut die Ärzteschaft mehr als die meisten anderen Berufe, und das seit langem. Schließlich ist die Pflicht zur Fortbildung Bestandteil der Berufsordnung. Dennoch, und das müssen wir zugeben, ist die Bereitschaft zur ständigen Fortbildung unter unseren Kollegen recht unterschiedlich verteilt. Man hat mitunter den Eindruck, daß immer dieselben Leute in die Kirche gehen. Daher hat der 102. Deutsche Ärztetag mit der freiwilligen Zertifizierung der Fortbildung einen Anreiz geschaffen, über die Möglichkeit zur Information der Patienten und deren Abstimmung mit den Füßen die Fortbildung zu fördern. Die Nachfrage nach der Zertifizierung läuft gut an, nimmt auch zu, könnte natürlich aber auch noch größer sein. Um so mehr ruft der von der Politik und den Krankenkassen immer noch verfolgte Vorschlag des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Kopfschütteln hervor, eine Zwangsfortbildung mit Nachweispflicht für alle Ärzte einzuführen, bis hin zu einer Rezertifizierung der Facharztanerkennungen nach einigen Jahren. Die Krankenkassen liebäugeln mit Einkaufsmodellen, bei denen der Nachweis kontinuierlicher Fortbildung eine der Voraussetzungen sein soll.

Alle Fachleute wissen, daß erzwun-

gene Fortbildung einen wesentlich geringeren Effekt hat als freiwillige. Und auch der Verweis auf die „gelobten Länder“ der Fortbildung mit CME (Continuous Medical Education), also Kanada und die USA, zeigt nur, daß die Betroffenen die dortigen Systeme nicht richtig kennen. Zumindest in den USA ist die geforderte Fortbildung von Bundesstaat zu Bundesstaat und von Fachgebiet zu Fachgebiet völlig unterschiedlich. Wir setzen weiterhin auf die Freiwilligkeit, müssen uns aber klar sein, daß sie nur Bestand haben wird, wenn sie nach und nach alle Ärztinnen und Ärzte zur ständigen Fortbildung bringt. Andernfalls droht der Knüppel der Zwangsfortbildung. Das erste Jahr nach einer Bundestagswahl ist für solche Maßnahmen besonders geeignet.

Noch ärztlicher ist das ständige Gerede von der Zertifizierung nach DIN/ISO 9000 ff.. Hier hat sich ein Markt aufgetan, in dem sich im Moment einige Leute goldne Nasen verdienen. Ich bezweifle, ob es den Abläufen in einer Arztpraxis oder auch einem Krankenhaus dienlich ist, jede Kleinigkeit durch dokumentierte Verfahrensregeln im Sinne eines Total Quality Management zu reglementieren. Die wesentlichen Vorgänge, also vor allem die Algorithmen der Patientenbehandlung, sollten durch Leitlinien unterstützt werden. Hier sollten sich vor allem die niedergelassenen Ärzte nicht in eine Zertifizierungshektik treiben lassen. Im Moment gibt es keinerlei Verpflichtung, eine Praxis zertifizieren zu lassen. Man kann in Ruhe die weitere Entwicklung abwarten.

Fazit: Die hier angesprochenen Themen lassen, zusammen mit den ständigen Angriffen gegen die Ärzteschaft in der Öffentlichkeit, doch den

Verdacht aufkommen, daß dahinter System steckt. Mit all diesem Gerede soll die Unzulänglichkeit unseres Gesundheitssystems und vor allem der ärztlichen Versorgung betont werden, um den Ruf nach mehr Finanzmitteln zu konterkarieren und um den Widerstand der Ärzteschaft zu unterminieren. Wenn man sich da bloß nicht täuscht! Die Unzufriedenheit unter

den Kolleginnen und Kollegen hat inzwischen ein Maß erreicht, das durchaus einen wirksamen Widerstand gegen die Willkür von Politik und Kassen hervorbringen könnte – wenn die Ärzteschaft nicht durch Partikularinteressen so zerstritten wäre, wie sie es leider ist! Der Rückgang des ärztlichen Nachwuchses ist ein unübersehbares Warnzeichen, daß es so

nicht weitergehen kann und daß man mit den Ärzten nicht weiterhin so umspringen kann.

Das glaubt jedenfalls Ihr

Dr. med. Alfred Möhrle

Landesärztekammer Hessen



Sehr geehrte Mitglieder der Prüfungsausschüsse der Landesärztekammer Hessen,

es ist uns ein besonderes Anliegen, diesen öffentlich ausgesprochenen Dank an alle ehrenamtlichen Prüferinnen und Prüfer an Sie weiterzuleiten. Wir wollen uns dem Dank nicht nur anschließen, sondern ihn vielmehr an alle Prüferinnen und Prüfer richten, die bei der Arzthelfer/innen-Abschlußprüfung der Landesärztekammer Hessen mitwirken. Da insbesondere Herr Dr. Oesingmann nur die Arbeitgeber-Vertreter anspricht, fehlen noch zwei Mitgliedergruppen: die Arbeitnehmer-Vertreter und die Lehrer an berufsbildenden Schulen. Nur in dieser Zusammensetzung ist es möglich, die vom Gesetz übertragene Aufgabe, die Prüfungsleistungen zu beurteilen und zu bewerten, auszuführen. Und auch nur in dieser Kombination erhalten wir Prüfungsausschüsse mit Sachkunde für alle Prüfungsthemen.

Wir können mit Stolz und Freude feststellen, daß wir Prüferinnen und Prüfer berufen haben, die nicht nur mit großer Gewissenhaftigkeit, Zuverlässigkeit und mit viel Engagement die Prüfung durchführen, sondern durch sehr viele „nicht geschuldete“ Leistungen zum Gelingen der Abschlußprüfung beitragen. Dafür möchten wir uns ganz besonders herzlich bedanken.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts sind wir natürlich auf Ehrenamtliche angewiesen, wobei die Gruppe der Ehrenamtlichen im Prüfungswesen eine besonders bedeutsame Aufgabe hat. Die in Hessen nach wie vor große Bereitschaft der auszubildenden Ärztinnen und Ärzte, Berufsausbildungsverträge abzuschließen und die gemeinsamen Bemühungen der Ausbildungsbetriebe und der Berufsschulen, die Ausbildung erfolgreich durchzuführen, würden nichts nützen, wenn am Ende der Ausbildung kein Prüfungsausschuß bereit wäre, die Anstrengungen der Prüfungsteilnehmer zu honorieren, die Prüfungsleistungen verantwortungsvoll zu bewerten und das Bestehen der Abschlußprüfung festzustellen. Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie besonders darum bitten, sich weiterhin als Prüferin/Prüfer zur Verfügung zu stellen und mit der Landesärztekammer Hessen in bewährter Art und Weise zu-

Ehrenamtliche Prüfungen und Prüfer in der beruflichen Aus- und Weiterbildung

Gemeinsamer Dank und Aufruf von DIHK, ZDH, BFB und DGB

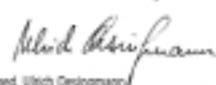
▲ Rund 300 000 Experten aus Unternehmen aller Branchen, Handwerksbetrieben und Praxen (einer Berufe arbeiten bei den Prüfungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung mit. Sie sorgen für die Qualität öffentlich-rechtlicher Prüfungen nach einheitlichen Standards und tragen zur fortlaufenden Erneuerung der praxisorientierten Aus- und Weiterbildung bei. Anlässlich des Jahres des Präventives wollen die Spitzenorganisationen der prüfenden Industrie- und Handwerkskammern, Handwerkskammern und Innungen sowie der Kammern der Freien Berufe und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) die wichtige Funktion ehrenamtlich tätiger Experten aus Industrie, Handel, Dienstleistungen, Handwerksbetrieben und den freiberuflichen Professions, über auch den Berufsschulen herausstellen. Sie danken den Prüferinnen und Prüfern für ihre nachwuchsfördernde wichtige Arbeit. Den Arbeitgebern danken sie dafür, dass sie diese Tätigkeit ermöglichen und damit die Anwesenheit und die Funktionalität der arbeitsplatznahen Berufsbildung wesentlich unterstützen. Die Kammerorganisationen und Gewerkschaften appellieren auch an die Arbeitgeber: die Prüfer – unabhängig, als Vertreter der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer – innerbetrieblich zu fördern, Mitarbeiterinnen für diese ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen und hierfür freizustellen. Der Bedarf an ehrenamtlicher Prüfertätigkeit ist insbesondere bei völlig neuem, aber auch modernisierten Berufen groß. Sie appellieren an die Fach- und Führungskräfte und Unternehmen, sich selbst in die Nachwuchspflege einzubringen und eine gesunde in Zeiten individualistischer Tendenzen so wichtige ehrenamtliche Vorbildfunktion zu übernehmen. Wirtschaft und Gewerkschaften appellieren an die Berufsschulen, interessierten Berufsschullehrern eine Mitwirkung in den Prüfungsausschüssen zu ermöglichen. Die Prüfertätigkeit ist die konsequente Fortsetzung des Ausbildungsganges der Wirtschaft und der „Karriere mit Lehre“ in der Weiterbildungsphase. Die sich darin widerspiegelnde Verknüpfung von fachlicher und sozialer Kompetenz entspricht dem Leitbild moderner Arbeitnehmer und Unternehmen: Die berufliche Handlungskompetenz der Fach- und Führungskräfte wird in der Prüfungsphase dokumentiert. Prüfer kennen den betrieblichen Alltag und können die Berufsfähigkeit des Nachwuchses ausloten. In diesem Sinne werden die Kammern interessierte Experten für die Prüfungen von Jugendlichen und Erwachsenen sowie die Aufgabenerfüllung und Bewertung vorbereiten und betreiben. Der DGB wird dies durch eigene Maßnahmen für die von ihm und den Fachgewerkschaften vorgeschlagenen Arbeitnehmervertreter begünstigen.



Ludwig Georg Braun
Präsident des Deutschen Industrie- und Handelskammertages



Dieter Schulte
Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes



Dr. med. Ulrich Oesingmann
Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe



Dieter Philipp
Präsident des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks

Nachdruck aus: der freiberuf 1+2/2002

sammenzuarbeiten. Nur dann können wir einen reibungslosen Prüfungsablauf gewährleisten. Ihren Einsatz kann man nicht mit Geld aufwiegen. Dafür gebührt Ihnen nicht nur unser Dank, sondern vor allem der Dank der Prüfungsteilnehmer, die Sie vom Auszubildenden zum qualifizierten Arbeitnehmer mit Berufsabschluß befördern.

Dr. med. A. Möhrle
Präsident
der Landesärztekammer Hessen

R. Hoerschelmann
Leiterin der Abteilung
Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Mord in Worms-Leiselheim

Am Donnerstag, dem 25.4.2002, wurde eine Frau in Worms-Leiselheim in ihrem Haus Opfer eines Tötungsdeliktes. Der Tötung ging eine Vergewaltigung voraus. Durch die Rechtsmedizin Mainz konnte Prostaftlässigkeit gesichert werden. Spermien konnten nicht nachgewiesen werden, so daß die Möglichkeit besteht, daß der Täter sterilisiert wurde.

Der Täter (siehe beigefügtes Phantombild) wird wie folgt beschrieben:

- ca. 35 – 45 Jahre alt (evtl. auch älter)
- 175 bis 180 cm groß
- schlanke Figur
- kurze, schwarz-/grau melierte Haare (Igelschnitt)
- auffallende Fehlstellung der oberen Schneidezähne, evtl. Zahnücke
- insgesamt ungepflegte Zähne



Die Kriminalpolizei bittet um Ihre Mithilfe und fragt:
Wer kennt eine Person, auf welche die Beschreibung paßt?

Seitens der Staatsanwaltschaft und von privater Seite sind für Hinweise, die der Aufklärung des Verbrechens dienen, 10.000 EURO ausgesetzt.

**Hinweise bitte an Polizeipräsidium Mainz, K11 – SOKO Helga -,
Tel.: 06131 / 6538-10 bis 16**

Die Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 8. Juni 2002

Standortbestimmung im Vorfeld der Bundestagswahl

Die Abgeordnetenversammlung der KV Hessen stand ganz im Zeichen der berufspolitisch brisanten Situation vor der Bundestagswahl. Diese ist geprägt durch die zu erwartende umfangreiche Gesundheitsreform, in der es auch um die Existenzfrage der kassenärztlichen Vereinigungen geht, sowie neue gesetzliche Regelungen, die mit einem Paradigmenwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Einführung der Disease Management Programme (DMPs) einhergehen.

Die Abgeordnetenversammlung hatte eine umfangreiche Tagesordnung, bestehend aus der Notdienstordnung, dem neuen HVM sowie den Regularien wie z.B. dem Haushalt, zu bewältigen. Trotz konsequent geführter Diskussionen konnten nicht alle Bereiche

komplett abgearbeitet werden. Beschlossen wurden jedoch umfangreiche Resolutionen und Anträge zur Gesundheitsreform und den DMPs, die Notdienstordnung und Teile des HVM.

In seinem Bericht zur gesamtpolitischen Lage legt Dr. Spies ein besonderes Augenmerk auf die derzeitige Honorarsituation der hessischen Ärzte und stellt fest, daß das Honorar für den einzelnen Vertragsarzt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zur Deckung betriebswirtschaftlich definierter Praxiskosten oft nicht mehr ausreicht. Insbesondere durch einen niedrigeren Anteil von Selbstzahlern seien Praxen auf dem Land und in sozial schwachen Regionen besonders betroffen. Dies gelte für Haus- und Fachärzte gleichermaßen. Insbesondere bei Fachgebieten mit hohem Inve-

stitutionsanteil, z.B. bei Radiologen und fachärztlichen Internisten reichen die GKV Anteile allein zum Überleben nicht mehr aus. Die gesetzlich Krankenversicherten könnten nur deshalb weiter versorgt werden, weil eine Subvention außerhalb der GKV stattfände.

Aufgrund dieser Tatsache fordert Dr. Spies die Kassen auf, wieder eine kostendeckende Vergütung mit einem ordentlichen Arzthonorar zu gewährleisten und sich nicht länger im ambulanten Versorgungsbereich subventionieren zu lassen. Auf Basis dieser Situation stellt der Vorstand einen Antrag an die Abgeordnetenversammlung, die mit großer Mehrheit angenommen wird. Die Möglichkeiten einer KV, diese Fragen mit Bordmitteln, z.B. dem HVM zu lösen, sind ausgeschöpft, so daß hier politisch gehandelt



Resolution der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 8. Juni 2002

Die Abgeordnetenversammlung möge beschließen, daß der Vorstand der KV Hessen die nachfolgend genannten Positionen bei der nächsten Gesundheitsreform vertritt:

1. Die Budgetierung im Gesundheitswesen muß beendet werden. Das 1993 auf der Basis von 1991 eingeführte System hat ausgedient. In Kombination mit dem seitherigen Sicherstellungsauftrag haben diese Vorgaben das Gesundheitswesen in die zunächst verdeckte und jetzt offene Rationierung getrieben. Die Kopfpauschalen als Ausfluß der Budgetierung müssen weg! Die Punktwertwährung wird abgeschafft!
2. Der Sicherstellungsauftrag seitheriger Definition wird von Politik und Krankenkassen gegen den Vertragsarzt und Vertragspsychotherapeuten mißbraucht. Ohne KV wird man aber eine gleichmäßige, flächendeckende medizinische Versorgung nicht organisieren können. Deswegen muß der Sicherstellungsauftrag neu definiert werden, der dann im Rahmen eines Kollektivsystems auch Einzelverträge ermöglicht. Innerhalb der Zulassung soll dies über Versorgungsverträge mit der Körperschaft KV geschehen. Wesentliche Aufgabe der Zukunft muß die Qualitätssicherung sein.
3. Die Krankenkassen dürfen endlich wieder Mitverantwortung tragen, sie übernehmen das Mengenrisiko und sind damit wieder am Morbiditätsrisiko beteiligt.
4. Die Steuerung erfolgt nicht mehr nur nach ökonomischen, sondern auch nach medizinischen Vorgaben, die für die GKV einen Korridor von Leistungen definieren, für deren Finanzierung sie zuständig ist.

Ziel einer solchen Gesundheitsreform muß eine transparente, rechtssichere Vertragsgestaltung für Arzt und Patient sein. Das Arzt-/Patientenverhältnis wird von ökonomisch orientiertem Ballast befreit; der Arzt wird wieder Anwalt seiner Patienten.

werden muß. Insbesondere die Verknüpfung von Sicherstellung seitheriger Prägung mit dem Budget führt zu diesem Desaster, so daß hier bei einer zukünftigen Reform angesetzt werden muß.

Disease Management Programme (DMP)

Dr. Spies nimmt klar Stellung zu den DMPs. Er betont die Position der KV Hessen, die medizinisch vernünftig begründete und praktikable DMPs deshalb akzeptiert, weil sie das Leistungsgeschehen in der GKV transparent machen. Die KV'en seien somit weniger angreifbar und das dafür nötige, außerbudgetär zu zahlende Honorar werde anhand der Programminhalte klar definiert. Die extrabudgetäre Vergütung ist deshalb logische Konsequenz der DMPs, weil medizinisch begründete Leistungen nicht grundsätzlich Mengenbegrenzungen unterworfen werden können, ohne daß die Umsetzung der DMPs selbst in Frage gestellt werden.

Zur Datenfrage bei den DMPs stimmt Dr. Spies mit KBV-Vorstand und Länderausschuß sowie die Vertreterversammlung überein, daß im Prinzip den Kassen und dem BVA nur so viele Daten unverschlüsselt überlassen werden sollen, wie wirklich zur Kontrolle nötig sind. Er entlarvt die Hintergründe der Forderungen der Krankenkassen, die versuchen über diesen Weg an Patientendaten heranzukommen, um nicht nur das ganze ambulante System zu kontrollieren, sondern auch mit einem „Case Management“ dem Vertragsarzt – und hier besonders dem Hausarzt – Konkurrenz zu machen. Dr. Spies betont hier eindringlich, daß die Behandlung durch den Arzt unteilbar sei und auch nicht teilweise vom Versicherungsträger übernommen werden könne. „Die KV Hessen wird in diesem Bereich nur Verträge abschließen, die qualitativ hochwertig und wissenschaftlich überprüfbar sind und das Arzt-/Patientenverhältnis nicht gestört wird,“ so Dr. Spies in seinem Bericht zur Lage.

Auch zu diesem Punkt wurde die folgende Resolution mit großer Mehrheit von der Abgeordnetenversammlung verabschiedet.

Resolution der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 8. Juni 2002

Die Abgeordnetenversammlung möge beschließen, daß Verträge mit Krankenkassen über die Durchführung von Disease Management Programmen (DMP) unter folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden können:

- ▶ Die Behandlungsdaten der Versicherten, die an den DMPs teilnehmen, werden den Krankenkassen überwiegend verschlüsselt zur Verfügung gestellt. Unverschlüsselte Daten bedürfen im Einzelfall des Einverständnisses des betroffenen Patienten und dürfen von den Krankenkassen nicht dazu benutzt werden, durch Case-Management-Programme die Kompetenz des Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten auszuhöhlen.
- ▶ Der durch die Einführung der DMPs entstehende Aufwand für den Vertragsarzt und die Körperschaft KV muß zusätzlich mit festen Euro-Beträgen bezahlt werden.
- ▶ Die in den DMPs anfallenden Leistungen sind medizinisch begründet und können somit einer Mengenbegrenzung nicht unterzogen werden, ohne daß die Programme selbst infrage gestellt werden. Insofern müssen alle Leistungen der Krankheiten in den DMPs für die betroffenen Versicherten extrabudgetär mit festen Euro-Beträgen vergütet werden. Dabei ist eine zeitlich begrenzte Lösung für den Übergang von der budgetierten zur unbudgetierten Vergütung dieser DMP-Leistungen grundsätzlich möglich.

Die Abgeordnetenversammlung akzeptiert keine DMPs, bei denen die Krankenkassen zwar zusätzliche Finanzmittel für die Rekrutierung der Patienten bereit stellen, aber davon ausgehen, daß die DMP-Leistungen weiter innerhalb der Gesamtvergütung abgewickelt werden. Solche Verträge widersprechen dem Grundgedanken der DMP und müssen von hessischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten abgelehnt werden.

Impfvereinbarungen

Dr. Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender der KV Hessen, stellt den Verlauf der Verhandlungen zu den Impfverträgen dar. Dabei hebt er ausdrücklich hervor, daß das gute Ergebnis vor allem durch zwei Faktoren möglich wurde. Zum einen machte es die Intervention der Sozialministerin Lautenschläger möglich, daß eine Einigung mit den Kassen herbeigeführt und der Verschleppungsstrategie der Kassen ein Ende gemacht wurde. Zum anderen hat das flankierende, verantwortungsbewußte und solidarische Verhalten der Berufsverbände einen starken Druck auf die hessenweite Diskussion ausgelöst, der ebenfalls die Verhandlungen vorangetrieben hat.

EHV

Aufgrund von Anträgen zum EHV erinnert Dr. Spies eindringlich daran, daß der mit großer Mühe gefundene EHV Kompromiß nicht wieder in Frage gestellt werden soll und warnt davor, an einer Stellschraube zu drehen, und damit den gefundenen Kompromiß wieder zu gefährden. Alle sind sich aber darüber einig, daß die Situation der EHV genau beobachtet werden muß, da sie zur Zeit an die Existenz der KV gebunden ist und diese politisch vermehrt in Frage gestellt wird. Die Abgeordnetenversammlung beauftragte nach längerer Diskussion den Vorstand, eine gesonderte Abgeordnetenversammlung zur Bearbeitung der zu erwartenden Schwierigkeiten der EHV einzuberufen.

Neufassung der Notdienstordnung

Die Novellierung der Bestimmungen zum Notfalldienst war ein weiteres zentrales Thema der Abgeordnetenversammlung. Dr. Rebscher-Seitz berichtete, daß bereits im letzten Jahr die Notwendigkeit einer Novellierung der Ausführungsbestimmungen des aus den 70er Jahren stammenden Statuts von Landesärztekammer und KV Hessen erkannt worden war. Das gemeinsame Statut mit der Ärztekammer solle bestehen bleiben, Handlungsbedarf bestände aber zu einer Überarbeitung des bisherigen Sicherstellungsstatuts sowie der Ausführungsbe-

stimmungen zum Statut. Diese beiden Regelwerke sollten in einem neuen Notfalldienststatut aufgehen, um zu einer einheitlichen Regelung für Hessen zu kommen und die Handlungsfähigkeit der Notdienstgemeinschaften zu stärken.

Dr. Rebscher-Seitz berichtet über die Arbeit des Vorstandsausschusses zur Notdienstordnung, in dem der haus- und fachärztliche Bereich vertreten wurde. Für die achtmonatige Beratung dieses Vorstandsausschusses dankt Dr. Rebscher-Seitz ausdrücklich.

Aufgrund vorliegender Anträge wurde zunächst über die Kündigung der gemeinsamen Satzung mit der Kammer beraten. Die Abgeordnetenversammlung beauftragt den Vorstand, Gespräche mit dem Präsidium der Landesärztekammer mit dem Ziel zu führen, das gemeinsame Statut zu erhalten, aber gleichzeitig zu beachten, daß die Notdienstordnung Sache der KV bleibt, da diese auch nach dem Sozialgesetzbuch für deren Sicherstellung verantwortlich ist.

Nach eingehenden Beratungen wurde schließlich die Notdienstordnung von der Abgeordnetenversammlung mit großer Mehrheit (99 Ja-Stimmen, 10 Enthaltungen und 4 Gegenstimmen) verabschiedet und soll zum 1.10.2002 in Kraft treten. Im Einzelnen werden durch die neue Notdienstordnung folgende Punkte geregelt:

- ▶ Pflicht zur Teilnahme am Notdienst für alle niedergelassene Vertragsärzte
- ▶ Festlegung der Voraussetzungen für die Teilnahme privatärztlich tätiger Ärzte
- ▶ Regelung von Mitwirkung nicht niedergelassener Notdienstärzte
- ▶ Fixierung der Aufgabenstellungen für Bezirksstellen, Notdienstgemeinschaften und Obleute
- ▶ Ausweitung der KV-geschützten Dienste auf sog. Brückentage sowie Vergabe für gleiche NFD-Pauschalen bei kollegialen Diensten und gebietsärztlichen Bereitschaften
- ▶ Eindeutige Vorgaben bez. Buchführung und Rechnungslegung
- ▶ Wegfall der Bruchteilsgemeinschaft

Hier wurde ein Kompromiß gefunden, der den Notdienst zeitgemäß ordnet,

ohne die Pluralität der Lösung zu sehr einzuschränken. In dieser Frage kommt eine neue wesentliche Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz auf die Bezirksstellen der KV Hessen und damit die Geschäftsausschüsse zu.

Grundsätze der Honorarverteilung

Neue Fallzahlbegrenzung:

Nach einführender Darstellung der Ergebnisse der Vorstandsarbeitsgruppe zum EHV durch Dr. Gerd Zimmermann, Vorstand der Bezirksstelle Frankfurt und Dieter Gerlich, kaufmännischer Geschäftsführer der KV Hessen, wurde die neue Fallzahlbegrenzung diskutiert und beschlossen. Begrenzungen sollen nur noch dann stattfinden, wenn die Fallzahl der Honorargruppe um mehr als 1 % gestiegen ist. Damit ist abgesichert, daß regionale Verwerfungen durch Fallzahlverschiebungen im Interesse einer gerechten Honorierung wieder möglich sind. Auch werden die Grenzwerte auf das Jahr 2001 bezogen und damit aktualisiert.

Die Gruppe der Psychotherapeuten gab zu bedenken, daß bei ihrer kleinen Patientenzahl mit großer Fallzahlschwankung in der Einzelpraxis eine generelle Regelung nicht umsetzbar sei. Die Abgeordnetenversammlung trug diesen Einwänden Rechnung, so daß die Psychotherapeuten keiner Fallzahlbegrenzung unterliegen.

Vergütung der Notdienstleistungen:

Des weiteren wurde beschlossen, daß die Notdienstleistungen durch einen zentralen Notdiensttopf vergütet werden, der von allen Gruppen dieser KV, Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten gespeist wird, da es sich um eine Aufgabe aller Mitglieder der KV handelt.

Die Details der Finanzierung werden in der nächsten Abgeordnetenversammlung ebenso wie die restlichen Punkte der Honorarverteilung und der Regularien beschlossen. Einvernehmlich wurde nach mehr als zehn Stunden Diskussion die Festsetzung der Abgeordnetenversammlung auf den 22.6.2002 beschlossen.

Alice Leugermann

KBV-Vertreterversammlung

Die Bundestagswahl steht an – Forderungen

Im Gesundheitswesen besteht dringender Handlungsbedarf. Das war auf der Vertreterversammlung der KBV, die am 27. Mai 2002 in Rostock stattfand, spürbar. Sowohl der Bericht zur Lage von Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Vorsitzender der KBV, als auch die teilweise hitzige Diskussion machten dies deutlich: Der zweitgrößte Wirtschaftszweig in Deutschland wird durch die Gesundheitspolitik in seiner Arbeit eingeschränkt: Die klein- und mittelständischen Unternehmen im Gesundheitswesen werden seit nunmehr zehn Jahren gebeutelt durch eine strikte Kostendämpfungspolitik und die Bindung der Ausgaben an die Beitragstabilität. Unzumutbare Arbeitsbelastungen und eine ausufernde Bürokratie behindern einen Großteil der fast 4 Millionen Beschäftigten im Gesundheitssystem, ein Viertel davon arbeitet in deutschen Arztpraxen, bei ihrer wichtigen Aufgabe, der Versorgung von Patienten.

Damit das kranke Gesundheitswesen wieder genesen kann stellt die KBV folgende Forderungen an die kommende Bundesregierung:

- ▶ Freie Berufsausübung für Kassenärzte und Psychotherapeuten
- ▶ Neujustierung der Grundlage des Systems der sozialen Krankenversicherung - Solidarität, Subsidiarität, Eigenverantwortung - vor dem Hintergrund des demographischen Wandels
- ▶ Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung
- ▶ Einschränkung der Kassenwahlfreiheit
- ▶ Abschaffung des Budgets
- ▶ Einzelverträge im kollektiven Rahmen
- ▶ Chancengleichheit mit dem Krankenhaus

- ▶ Freie Arztwahl
- ▶ Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung
- ▶ Neustrukturierung der KVen

Zu den Kandidaten für eine Regierung nach dem 22. September äußerte sich Richter-Reichhelm wie folgt: „Die CDU/CSU haben durch Herrn Seehofer in Gegenwart des Kanzlerkandidaten Edmund Stoiber einer Gebührenordnung in Euro und KV-Einzelleistungsverträgen, ja der Kostenerstattung das Wort geredet. Die FDP ist Feind jeder Budgetierung und will Wettbewerb und Kostenerstattung. Was die Bündnisgrünen und die PDS meinen ist ohne Neuerungen. Und die SPD wird, wenn beim ABAG erfolgreich verhandelt wird und die Kostenentwicklung nach der Aufgabe der Budgets medizinisch begründbar bleibt, wo möglich Rationalisierungsreserven gehoben und Zielvereinbarungen eingehalten werden, die Kopfpauschalensystematik verlassen. Wir nehmen Ulla Schmidt und die jetzige Regierung bei ihrem Wort.“

Aber die KBV-Spitze begnügte sich nicht damit, die Situation zu kritisieren. Richter-Reichhelm stellte auch Reformideen der KBV vor:

Vertragskonzept

Vorgestellt wurde ein flexibles Vertragskonzept, das dem Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelverträgen Rechnung tragen soll. Richter-Reichhelm äußerte wörtlich:

- ▶ „Die bedarfsabhängige Vertragsarztzulassung ist [...] die Voraussetzung und die Grundlage zur Teilnahme an der flächendeckenden Regelversorgung.
- ▶ Darüber hinaus soll es, gebunden an einen besonderen Versorgungsauftrag der Kassen, eine Regelver-

sorgung mit besonderen qualitativen Anforderungen geben.[...] Jeder Arzt, der die Bedingungen erfüllt, nimmt teil an diesem Sondervertrag der KV mit einer Kasse oder einem Kassenverband [...]

- ▶ Wahltarife mit Versichertenbindung sollen angeboten werden. [...]
- ▶ [...] Wenn [...] eine Kasse sektorübergreifend einen Verbund aus einer Gruppe von Ärzten und einem Krankenhaus unter Vertrag nehmen will [sektorübergreifende Integrationsverträge], dann kann sie es hier in die Tat umsetzen. Voraussetzung sind eine Ausschreibung und ein Rahmenvertrag auf kollektivvertraglicher Grundlage, der Mindestqualität und Mindestfinanzierung festlegt.
- ▶ Ermächtigung [...] nicht mehr durch den Zulassungsausschuss und für alle Kassen, sondern entsprechend dem Bedarf und dem Versorgungsauftrag der Kasse im jeweiligen Vertrag mit der KV.
- ▶ Eine institutionelle Krankenhauszulassung ohne Bedarfsprüfung kann es allenfalls für in einem Katalog definierte, hochspezialisierte Leistungen geben [...]. Die Wettbewerbsgleichheit zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus ist Voraussetzung.“

Der Vorsitzende der KBV machte deutlich, daß dieses Konzept nur mit einer gestuften Vergütungsvereinbarung realisiert werden kann, die die Vergütungsbudgets ersetzt:

- ▶ Bundeseinheitliche Gebührenordnung in Euro mit einheitlichen Qualitätsanforderungen an Kliniken und Praxen
- ▶ Arztgruppenspezifische Vergütungsvereinbarungen für die Regelversorgung
- ▶ Vergütungsformen für besondere



Versorgungsaufträge und einzelne Arztgruppen gestützt auf indikationsbezogene und leitliniengestützte Komplexe

- ▶ Gesonderte Vergütungsvereinbarungen für Wahltarife
- ▶ Sektorübergreifende Integrationsvergütung

Richter-Reichhelm erläuterte auch Vorschläge zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten:

- ▶ Zusatztarif für Individualleistungen
- ▶ Möglichkeit der Kostenerstattung für jeden Versicherten
- ▶ Neuordnung von Härtefällen
- ▶ Festzuschüsse für veranlaßte Leistungen

Disease-Management-Programme

Ein weiterer Punkt der Tagesordnung waren Disease-Management-Programme. Die Vertreter waren sich einig: Ärzte wollen nicht zu Denunzianten ihrer Patienten werden, deshalb zogen alle Gremien der KBV die Notbremse für die DMPs. Die verfaßte Ärzteschaft sagt „Nein“ zu einer Verbindung von RSA und DMPs und damit „Nein“ zu den von den Krankenkassen geforderten Datentransfers.

Sowohl KBV als auch Bundesärztekammer haben dafür gekämpft, daß die medizinischen Grundlagen für die Behandlung von Patienten in DMPs im Koordinierungsausschuß beschlossen werden. Und der Gesetzgeber hat eingesehen, daß DMPs nicht gegen die Ärzteschaft durchgesetzt werden können. Das war ein Erfolg. Aber als das Anforderungsprofil des DMP für Diabetes mellitus Typ 2 im Koordinierungsaus-

schuß diskutiert wurde, stellte sich heraus, daß die Krankenkassen in Sachen Datentransfer nach wie vor Forderungen stellen, die die Ärzteschaft nicht erfüllen kann: unverschlüsselte Patientendaten! Dies wäre ein „Einstieg in die Orwellsche Welt“, meinte Dr. Axel Munte, Vorsitzender der KV Bayerns.

Die Rechtsverordnung, wie sie vor der Anhörung vorliegt, erlaubt den Krankenkassen Case-Management und damit wird der Behandlungsauftrag des Arztes ausgehöhlt. Das kann die Ärzteschaft nicht akzeptieren. Deshalb auch die strikte Haltung der Vertreterversammlung zur Einführung von DMPs.

EBM

Eine hitzige Debatte fand dann am Nachmittag statt: Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts zum bundeseinheitlichen Kostensatz der Dermatologen, sieht sich die KBV dazu gezwungen, den EBM wesentlich schneller als bislang absehbar zu reformieren. Das Urteil war am 15. Mai 2002 ergangen und fordert die Neuberechnung aller Praxisbudgets, sofern diese weitergeführt werden sollten. Geklagt hatte ein Hautarzt im Zusammenhang mit Honorarbescheiden von 1998. Dr. Andreas Köhler, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KBV, machte deutlich, daß eine Neuberechnung zwar möglich, politisch aber nicht sinnvoll ist. Deshalb werde die KBV bis zum 1. Januar 2003 alle Praxisbudgets über den Bewertungsausschuß versuchen abzuschaffen, auch auf die Gefahr hin, daß daraus ein Konflikt mit den Krankenkassen erwächst. Das Konzept des neuen EBM soll noch im zweiten Quar-

tal 2002 fertiggestellt und im Juli dem Vorstand und dem Länderausschuß vorgelegt werden. Bereits Mitte August soll es im Bewertungsausschuß mit den Kassen abgestimmt werden.

Die Delegierten zeigten sich überrascht. Heftig wurde diskutiert und manch ein Redner drückte sein Erstaunen deutlich aus: „Eine Umstellung unter derart großem Zeitdruck wäre ein Riesenfehler, den wir alle später ausbaden müßten,“ meinte Dr. Michael Späth von der KV Hamburg. Dr. Hans-Friedrich Spies, Vorstandsmitglied der KBV und Vorsitzender der KV Hessen, wies nachdrücklich darauf hin, daß bei einer weiteren Diskussion in dieser Form die Beschlußlage der Vergangenheit und die Handlungsfähigkeit der Vertreterversammlung auf dem Spiel stehen. Beschlossen worden waren die Abschaffung der Praxisbudgets und die Einführung des neuen EBM, notfalls sogar über das Schiedsamt (erweiterter Bewertungsausschuß). „Wir sollten uns, bitte schön, an die eigenen Beschlüsse erinnern!“ mahnte Spies. Die Abschaffung der Budgets galt als politisches Ziel und wird in der aktuellen Wahlkampfzeit auch als Forderung an die Parteien formuliert! Wenn nun aber die Budgetierung und der alte EBM doch beibehalten werden soll, dann ist das widersinnig. Danach nahm die Diskussion einen Wendepunkt und die Vertreter stimmten der Einführung des EBM 2000 Plus zu. Gleichzeitig forderten sie aber auch eine Klausurtagung der Vertreterversammlung, die im August 2002 stattfinden wird.

Sabine Riese

Anzeige



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

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN

Informationen für einen Projekteinsatz

Informationen zur Fördermitgliedschaft

die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“

Name _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____



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

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köhlischen Park 1
10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 07 097
Landesbank Berlin
BLZ 100 500 00

Gegen Bürokratisierung und standardisierte Leitlinien

105. Deutscher Ärztetag in Rostock

Seine Worte machten Mut: „Lassen Sie sich durch schlechte Bedingungen und bürokratische Hemmnisse nicht abschrecken“, riet der emeritierte Gießener Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Dr. med. vet. h.c. Hanns Gotthard Lasch jungen Medizinern bei der Eröffnung des 105. Deutschen Ärztetages. Charismatisch setzte sich Lasch, neben Dr. med. Georg Holfelder einer der beiden hessischen Ärzten, die in Rostock mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet wurden, in seiner Dankesrede für eine menschliche Medizin und für den Abbau von Hierarchien ein. Der Arztberuf müsse wieder attraktiv werden, forderte der Vizepräsident der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen vor dem Hintergrund eines hochaufragenden Schiffsrumpfes: Die Schiffsbauhalle der Kvaerner Warnow Werft bildete die Kulisse der Eröffnungsveranstaltung.

Arbeitsbelastung und „unerträgliche Bürokratisierung“ der ärztlichen Tätigkeit nähmen der jungen Ärztegeneration derzeit die Freude an der Ar-

beit, erklärte Lasch. Wie von einem unsichtbaren Regisseur arrangiert, ertönte nach seinem Aufruf „Helfen und Heilen muß auch weiterhin der Mittelpunkt unseres Berufes sein“ dreimal das Signalthorn eines Schiffes. Mit „standing ovations“ drückten die Zuhörer ihre Begeisterung für die Worte des Arztes, Wissenschaftlers und Hochschullehrers aus. Auch Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe kritisierte in seiner Eröffnungsrede die ausufernde Bürokratie im Gesundheitswesen; außerdem dürfe der Berufsstand nicht durch pure Ökonomisierung zerschlagen werden: „Sonst wird aus dem Traumberuf Arzt wirklich ein Albtraumberuf“.

Drohender Ärztemangel

Schon jetzt hätten eine ruinöse Kostengesetzgebung, unmenschliche Arbeitsbedingungen und der diffamierende Umgang mit dem Arztberuf in den Medien die Motivation nicht nur unter Deutschlands Jungmedizinern auf einen Tiefpunkt sinken lassen. Hoppe, der die Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

eher kühl aufnahm, warnte die Politik vor einem Ärztemangel, zumal die Zahl der Medizinstudenten immer weiter sinke. Versorgungsengpässe für die Patienten seien die logische Folge. Wie unzufrieden Krankenhausärztinnen und -ärzte mit ihren Arbeits-



links: Prof. Dr. A. Encke,
rechts: Dr. A. Möhrle

bedingungen sind, demonstrierte der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Alfred Möhrle, auf dem Deutschen Ärztetag bei einer Pressekonferenz mit den Ergebnissen der repräsentativen Umfrage, die von der Kammer im vergangenen Jahr unter Klinikärzten in Hessen durchgeführt worden war. Daß Ulla Schmidt am Eröffnungstag in Rostock die zügige Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Bereitschaftsdienst im Krankenhaus als wichtigstes Projekt für die nächste Legislaturperiode tituliert hatte, konnte in Rostock zumindest als Hoffnungsschimmer betrachtet werden. Allerdings blieben Schmidts Versprechungen vage; die im Fallpauschalengesetz für die beiden kommen-



Hessische Delegierte bei der Abstimmung

Dr. P. Zürner



Dr. G. von Knoblauch zu Hatzbach

den Jahre zusätzlich bereitgestellten 200 Millionen Euro bezeichnete der Präsident der Bundesärztekammer in Anbetracht der jährlichen Personalmehrkosten bei korrekter Umsetzung des EuGH-Urteils als einen „Tropfen auf den heißen Stein“.

Förderung von Ärztinnen

Vor vier Jahren in das Programm des diesjährigen Ärztetages aufgenommen, gewann der Schwerpunkt „Ärztinnen“ nun angesichts der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt besondere Bedeutung: Eine Benachteiligung der Frauen kann sich die Ärzteschaft nicht mehr leisten; immerhin sind 61 Prozent der Studienanfänger im Fach Humanmedizin weiblichen Geschlechts. Obwohl die Medizin inzwischen ein Beruf mit nahezu ausgewogenem Anteil von Ärztinnen und Ärzten – die rund 150.000 Ärztinnen in Deutschland stellen 40 Prozent der Gesamtärzteschaft – ist, werden die Karrierechancen für Ärztinnen durch eine Vielzahl von Problemen behindert. „Nur wenige Ärztinnen sind entsprechend ihrer Kompetenz in verantwortlicher Position zu finden. Das ist ein völlig inakzeptabler Zustand, den wir endlich ändern müssen“, sagte die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. med. Astrid Bühren.

Mit großem Engagement traten weibliche Delegierte aus Hessen, so bei-

spielsweise PD Dr. med. Susan Trittmacher und Dr. med. Birgit Drexler-Gormann für mehr Chancengleichheit und Verbesserung der Karrieremöglichkeiten von Ärztinnen ein. Drexler-Gormann prangerte an, daß die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Alltag immer noch als privates Problem angesehen werde. Auf ihren Antrag hin ermahnten die Delegierten den Gesetzgeber, eine flexiblere Handhabung des „job sharing“ und anderer Teilzeitmodelle zu ermöglichen. Gleichberechtigung von Ärztinnen sei eine Sache, führte Drexler-Gormann

weiter aus, eine andere die Bedeutung von Ärztinnen für das Gesundheitssystem. So suchten Patientinnen bei Ärztinnen auch Verständnis und Einfühlungsvermögen. „Ich appelliere an die Bundesärztekammer, die Weiterentwicklung von Ärztinnen zu fördern und uns nicht in ein paar Jahren, wenn man uns nicht mehr braucht, als Lückenbüßer wieder an die Luft zu setzen“, sagte die Mühlheimer Ärztin.

Christiane Schlang aus Hessen kritisierte, daß Fortbildung und Familie nur schwer miteinander vereinbart werden könnten. So sei beispielsweise der Mutterschutz im AiP nicht geregelt; ebenso gebe es keine Möglichkeit, Elternzeiten im AiP zu nehmen. Mit Blick in den Saal wies Schlang außerdem darauf hin, daß auch in der Berufspolitik – „ohne den anwesenden Herren zu nahe zu treten“ – immer noch viel zu wenige Ärztinnen vertreten seien.

Mentoring-Projekt

Drexler-Gormann stellte das aktuelle „Mentoring für Ärztinnen“-Projekt der Landesärztekammer Hessen vor, dessen Vermittlung und wissenschaftliche Begleitung dem Hessischen Koordinierungsbüro für Naturwissenschaftle-

rinnen an der Frankfurter Universität angegliedert werden soll. Einer bundesweiten Verbreitung des Mentoring-Projekts wurde auf dem Ärztetag zunächst nicht zugestimmt, so daß die Ergebnisse der hessischen Initiative Beispielcharakter annehmen könnten.

Der Ärztetag forderte die Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände auf, bewußt und zielstrebig Ärztinnen zu fördern. Wesentliche Voraussetzung für eine sinnvolle Vereinbarung von Beruf und Familie sei die Sicherstellung der Kinderbetreuung.

Absage an Checklisten-Medizin

„Ärzte behandeln keine Krankheiten, sondern kranke Menschen“, betonte Professor Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkman, Qualitätssicherungsexperte der Bundesärztekammer, in Rostock. Daher seien Standards und Normen im Sinne verbindlicher Handlungsanweisungen in der Medizin höchst problematisch und könnten – bei strikter Einhaltung – den ärztlichen Auftrag sogar in sein Gegenteil verkehren. Die Delegierten erteilten jeder Form einer „Checklisten-Medizin“ eine klare Absage. Die individuelle Behandlung von Patienten und die Anwendung wissenschaftlich begründeter Leitlinien seien keine Gegensätze,

Ch. Schlang



Dr. B. Drexler-Gormann

sondern müssten sinnvoll miteinander verbunden werden. „Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin? – Orientierung des Arztbildes in einer sich wandelnden Gesellschaft“: so lautete der Titel des Referats, das der Präsident der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AMF), Professor Dr. Albrecht Encke aus Frankfurt auf dem Ärztetag hielt.

Nationales Leitlinienprogramm

In einer Situation der veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, des technischen Fortschritts der Medizin, der damit verbundenen demographischen Entwicklung und der Diskussion über die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, fühle sich die Ärzteschaft zu einer Stellungnahme und einer Standortbestimmung des eigenen Berufsbildes verpflichtet, führte Encke aus. Die Bundesärztekammer habe mit dem Angebot bzw. der Ankündigung eines „Nationalen Leitlinienprogramms“ unter Einbindung der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften „einen vernünftigen Vorschlag“ gemacht. Der wissenschaftliche Standard der Medizin müsse durch die Medizinischen Fachgesellschaften definiert werden.

Parallel dazu hätten BÄK und KBV die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) als Clearingstelle für die Praxis geschaffen. Die ärztlichen und nichtärztlichen Körperschaften des öffentlichen Rechts müssten sich der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Fachgesellschaften bedienen, sie gegebenenfalls auf ihre Praxistauglichkeit überprüfen, dürften sich aber in der Empfehlung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Vorschriften nicht über die wissenschaftlichen Erkenntnisse hinwegsetzen. Allerdings seien die Leitlinien als Hilfestellung für Ärzte gedacht und nicht als standardisierte Handlungsanweisung im Einzelfall. Der Ärztetag begrüßte das „Nationale Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer“ ausdrücklich; ihre erste Ar-

beit – die Versorgungsleitlinie Diabetes Typ II – soll institutionalisiert werden.

Neuordnung der Hausarzt-Qualifikation

Zu erregten Wortbeiträgen und Debatten führte das Thema Weiterbildung in Rostock, ging es doch um eine Weichenstellung für die Zukunft der hausärztlichen Versorgung. Vehement sprachen sich hessische Delegierte, vor allem Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. med. Peter Zürner, für den Erhalt der bisherigen internistischen Weiterbildung aus. Die Mehrheit der Delegierten stimmten jedoch einer Neuordnung der Hausarzt-Qualifikation zu. Künftig werden „Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin“ die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Damit wurde eine Modell der Bundesärztekammer angenommen, das eine zweigliedrige Struktur in allgemeinmedizinisch/internistisch geprägte Hausärzte und spezialisierte Internisten vorsieht. Künftig soll es einen „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ sowie einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung geben. Der BDI hatte das Konzept abgelehnt und im November letzten Jahres ein eigenes „Konvergenz-Modell“ vorgestellt, für das der Ärztetag nun jedoch nicht votierte. Hoppe wertete die Entscheidung für den Hausarzt neuen Typs als historisch.

Dr. K. König



PD Dr. S. Trittmacher

Öffentlichkeitsarbeit

Gegen Ende des Deutschen Ärztetages setzte Hessen noch einen positiven Akzent: Der hessische Delegierte Dr. med. Klaus König beantragte, daß die Zeitschrift „medizin heute“ als einzige und zugleich inhaltlich & äußerlich wirkungsvoll gestaltete Publikation der Ärzteschaft für die Bevölkerung auch weiterhin an privatärztliche Praxen geliefert werden solle. Die Entscheidung der Bundesärztekammer, dies aus Kostengründen einzustellen, könne nicht nachvollzogen werden, da „medizin heute“ ein wirkungsvolles Instrument der Öffentlichkeitsarbeit darstelle. Die Delegierten folgten dem Appell von Dr. med. Alfred Möhrle, den Antrag an den Vorstand der Bundesärztekammer zu überweisen.

Katja Möhrle
(alle Bilder pop)

Anzeige

Ihre Praxisabgabe – mit uns ein Erfolg!



DEUTSCHE
ÄRZTE-
VERSICHERUNG
Finanzen im Ganzen

- Vorausschauende Abgabeplanung
- Vorauswahl der Interessenten
- Sicherung der Kaufpreiszahlung

IHR PARTNER IN RHEIN-MAIN:

SERVICE-CENTER FRANKFURT

Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main

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

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!

Hessische Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 2002:



**Dr. med.
Georg Holfelder**

Er ist das, was die Hessen einen „echten Frankfurter Bub“ nennen: Georg Holfelder wurde am 27. August

1929 in Frankfurt am Main geboren. Hier wuchs er auf, machte Abitur und studierte von 1950 bis 1956 Physik und Medizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität. „Körpergewichte von Säuglingen in einer Großstadt“ hieß die Doktorarbeit, mit der er sich 1956 zum Dr. med. promovierte. Seine Weiterbildung mit den Schwerpunkten Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie führte ihn zuerst nach Höxter/Westfalen, später nach Bad Orb und nach Lübeck, wo er sich zunächst chirurgisch weiterbildete. Von 1960 an war er Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg; die Anerkennung als Facharzt für Orthopädie erhielt er 1963. Zwei Jahre später führte Holfelder der Weg wieder nach Frankfurt zurück: Er ließ sich mit eigener Praxis als Orthopäde mit D-Arzt-Zulassung in der Mainmetropole nieder.

Früh interessierte sich Holfelder für Fragen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Auch engagierte er sich in medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und in den Berufsverbänden sowie in Körperschaften. In seine Amtszeit als Vorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden fällt eine Reihe von Gesetzen zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Gesundheitsstrukturreform wechselnder Bundesregierungen. Seit 1972 ist der engagierte Arzt Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärz-

tekammer Hessen; 1984 wurde er in das Präsidium der Kammer berufen und hatte das Mandat bis zum Jahr 2000 inne. Von 1985 bis 2001 war er Delegierter bei den Deutschen Ärztetagen. Zu seinen zahlreichen Auszeichnungen gehören die Richard-Hammer-Medaille (1989) und die Ehrenplakette in Silber (1993) der Landesärztekammer Hessen. 1995 erhielt Georg Holfelder das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland; Ende November 2002 den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland 1. Klasse.

(siehe auch: Deutsches Ärzteblatt 22)



**Professor Dr.
med. Dr. med.
h.c. Dr. med.
vet. h.c. Hanns
Gotthard Lasch**

Vielleicht hat ihm der Vater den ausgeprägten Sinn für

Struktur in die Wiege gelegt: Gotthard Lasch war Jurist; der Sohn, 1925 in Liegnitz, Schlesien, geboren, begann sein Medizinstudium an der Universität Breslau. Nach Unterbrechungen durch Arbeitsdienst, Wehrdienst und Gefangenschaft studierte Hanns Gotthard Lasch an der Universität Erlangen weiter, wo er 1951 das medizinische Staatsexamen ablegte. Im Anschluß an die Medizinalassistentenzeit in Erlangen ging Lasch zunächst für ein Jahr an das Physiologisch-Chemische Institut Frankfurt am Main. Danach kehrte er zu seinem akademischen Lehrer Professor Dr. med. Karl Matthes an die Universität Heidelberg zurück und arbeitete dort erst als Stagiensarzt, später als Oberarzt. Lasch

wurde mit der Doktorarbeit „Acc. Globulin und Prothrombin als Leberfunktionsprobe“ 1951 zum Dr. med. promoviert und habilitierte sich 1959 mit dem Thema „Latente Gerinnung in der Blutbahn“. Seine Weiterbildung zum Internisten absolvierte er in Heidelberg; 1965 erhielt er die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. Im selben Jahr wurde der damals 39jährige auf einen Lehrstuhl für Innere Medizin an der Universität Gießen berufen und dort zum Leiter der I. Medizinischen Klinik ernannt. Bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1993 blieb Lasch in Gießen.

Er baute ein Wissenschaftler- und Ärzteteam auf, das entscheidend zur Aufklärung des Pathomechanismus der intra- und extravasalen Gerinnung und des Multiorganversagens in Lunge und Darm beigetragen hat. 1977 wurde Hanns Gotthard Lasch zum Gründungspräsidenten der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) gewählt und stand dieser wissenschaftlichen Vereinigung bis 1988 vor. Die deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wählte ihn 1982 zu ihrem Präsidenten; seit 1993 bekleidet er das Amt des Generalsekretärs. Für seine Verdienste in Wissenschaft, Forschung und politischer Beratung wurde der Arzt, Wissenschaftler, Hochschullehrer und Gutachter wiederholt ausgezeichnet; unter anderem mit der Gustav-von-Bergmann-Medaille in Gold (2001), dem Hessischen Verdienstorden und dem Großen Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland. Lasch ist stellvertretender Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim.

(siehe auch: Deutsches Ärzteblatt 22) möh (alle Bilder pop)

Es gilt das gesprochene Wort

Ulla Schmidt
Bundesgesundheitsministerin



„Die meisten, die das deutsche Gesundheitswesen runterschreiben, haben eine Rückreiseversicherung, wenn sie ins Ausland fahren. Im Falle einer Krankheit möchten sie in Deutschland behandelt werden.“

„Auch Bereitschaftsdienste sind Arbeitszeit. Diese Erkenntnis werden wir in den Kliniken zügig durchsetzen.“

„Es steht nirgendwo geschrieben, daß AiPler so wenig wie jetzt verdienen müssen.“

Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages



„So zweifelhaft also internationale Vergleiche sind, so unseriös sind auch Konzepte selbsterannter Politikberater. Die Expertokraten wollen doch nur das eine: auf Biegen und Brechen den Kassenversorgungsstaat, die Schematisierung der medizinischen Behandlungsabläufe und die bedingungslose Durchökonomisierung unseres Gesundheitswesens.“

„Das sind die Pfeiler, auf denen die neue Zuteilungsmedizin aufgebaut werden soll. Frei nach dem Motto: Egal was kaputt geht, Hauptsache Patienten und Ärzte bleiben draußen!“

„Zuteilungsmedizin ist in der Bevölkerung nicht mehrheitsfähig und darf auch in der Politik nicht mehrheitsfähig werden.“

„Gerade die Koppelung der Disease-Management-Programme an den Risikostrukturausgleich hat zu einer unheilvollen Verquickung von Medizin und Ökonomie geführt. Die Gefahr ist groß, daß demnächst Patienten nur noch als Kosten- und Normgrößen im Finanzausgleich der Krankenversicherungen behandelt werden.“

„Allein die Dokumentation der DMP, so wie sie einigen Kassen vorschwebt, würde einen gigantischen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen – Fachleute sprechen von 2,5 Milliarden Euro. Betriebs- und Ortskrankenkassen müssen mit bis zu 1.500 Vollzeitkräften allein zur Verwaltung dieser Programme rechnen. Das hat nichts mehr mit Gesundheitspolitik zu tun, das ist purer Verwaltungswahn.“

„Dann dauert es auch nicht lange, bis wir mehr Kontrolleure als Kontrollierte im Gesundheitswesen haben.“

„Die Verwaltung von Krankheiten wird offensichtlich wichtiger als die Behandlung von Kranksein.“

„Was Politisierung, Bürokratisierung und Ökonomisierung mittlerweile aus unserem Beruf gemacht haben, ist nicht mehr zu verantworten und ist schon heute für viele Patienten spürbar.“

„Wir Ärzte sind keine Erfüllungsgehilfen, weder einer Staats- noch einer Checklistenmedizin.“

„Wir haben keine Lust mehr, nur noch Feigenblatt der Menschlichkeit in einem Prozeß gnadenloser Durchökonomisierung des Gesundheitswesens zu sein!“

„Ärzte sind keine Euthanatiker, Ärzte stehen für das Leben – und dabei wird es auch bleiben!“

Professor Dr. Friedrich Wilhelm Kolkmann
Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg



„Man kann medizinische Standards als allgemeine Richtschnur oder Maßstab für ärztliches Handeln verstehen. Standards haben einen hohen Verbindlichkeitsgrad. Absolute Standards erreichen einen Verbindlichkeitsgrad von 100 Prozent. Sie sind einzuhalten. Gerade deshalb sind sie in der Medizin, wenn überhaupt, nur mit äußerster Zurückhaltung anwendbar.“

„Es kann keinen vernünftigen Zweifel daran geben, daß es in Deutschland immer eine *lex artis medicinae* gegeben hat und daß die weit überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte nach den aktuellen Regeln der Kunst handelt.“

„Es ist eine triviale Erkenntnis, die sich allerdings noch nicht zu bestimmten Expertenkreisen und manchen EBM-Napoleons herumgesprochen hat, daß Menschen und ihre Krankheiten sehr vielgestaltig sind.“

„Standards und Normen im Sinne verbindlicher Handlungsanweisungen sind in der Medizin höchst problematisch und können – bei strikter Einhaltung – den ärztlichen Heilauftrag in sein Gegenteil verkehren.“

„Warum sagen wir den Menschen nicht, was längst gesagt sein müßte? Daß nämlich das ganze unsägliche Gedöns um den § 137 f SGB V, die DMP, ein Kümmelblättchen ist, Bauernfängerei, ein falsches Spiel.“

Professor Dr. Albrecht Encke
Präsident der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) Frankfurt am Main



„Das Bild des Arztes, d.h. sein Selbstverständnis hat sich in seiner grundsätzlichen ethischen Einstellung nicht verändert, muß aber unter den gesellschaftlichen

Rahmenbedingungen überdacht werden und gegebenenfalls eine Ergänzung erfahren.“

„Der Arzt ist nach wie vor der geeignetste Anwalt des akut, chronisch oder prospektiv erkrankten Menschen.“

„Die ohne Zweifel notwendigen gesundheitspolitischen Überlegungen dürfen die Bedeutung der Persönlichkeit des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung und das dringende Anliegen des Patienten – Hilfe, Heilung, zumindest Linderung – nicht verdrängen.“

„Es gibt keine Ausnahme von der ärztlichen Ethik; und juristisch wiegt die Voluntas aegroti als absolut verbindlich und höher als das vom Arzt oder gar einer Institution eingeschätzte Salus aegroti.“

„Die von den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften... erarbeiteten und methodisch ständig weiterentwickelten medizinischen „Leitlinien“ werden häufig von äußeren „Experten“ in Zweifel gezogen oder um der schnellen Einführung gesetzlicher Bestimmungen (Koordi-

nerungsausschuß, Disease-Management-Programme) und mutmaßlicher Kosteneinsparungen der Krankenkassen inhaltlich verfälscht.“

„Lauterbach und Mitarbeiter bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem zwar durchaus Vorteile, empfehlen aber aus gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Gründen die Übernahme der „Leitlinien“ aus anderen Ländern.“

„Erkrankte Menschen wollen nicht als Kunden wirtschaftlich erfolgreich operierender Krankenhausträger oder Krankenkassen noch als attraktive oder unattraktive DRG-Fälle mißbraucht werden, sondern unter Berücksichtigung des aktuellen Standes wissenschaftlicher Erkenntnisse mit ihrem individuellen Krankheitsbild behandelt werden.“

Zusammenstellung: S. Kalinski
(alle Bilder pop)

Kreuzworträtsel

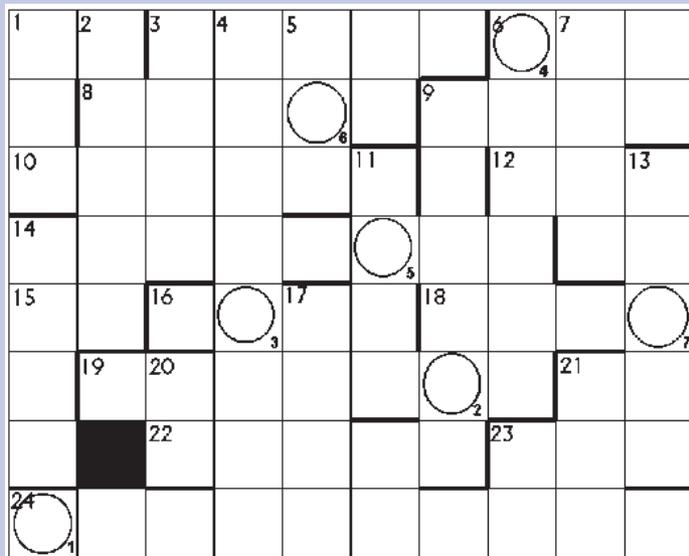
Waagrecht

- 3 Wortteil: Kohlendioxid betreffend • 6 JC-Virus-Infektion bei AIDS-Patienten mit infauster Prognose (Abk.) • 8 Greisenhaft
- 9 Häufigster gutartiger Tumor der Gebärmutter • 10 Mittel gegen Pedikulose und Skabies • 12 Seltene Ursache einer angeborenen Herzventrikelfunktionsstörung, Morbus ... (Eponym)

Lösungswort:



1 2 3 4 5 6 7



- 14 Blasenmuskel • 15 eingeschaltet • 16 RNA-Virenfamilie, zu der das Rötelnvirus gehört; römisches Gewand • 18 Disseminierte systemische Langerhanszellhistiozytose bei Kindern: Morbus Abt-Letterer-... • 19 Schmerzen beim Wasserlassen
- 20 Körperteil, der bei der Behandlung mit Foscarnet, Ulzera entwickeln kann • 23 Wellenförmige Temperaturschwankung bei der Lymphogranulomatose, ...-Ebstein-Fieber (Eponym) • 24 Prostata-protektivs Unkraut

Senkrecht

- 1 Zellen des juxtaglomerulären Apparats der Niere: ...kissenzellen • 2 Erdteil, in dem das Prostatakarzinom signifikant seltener vorkommt • 3 Aberrierendes Vorhof-Kammer-Leitungsbündel beim Präexitationssyndrom
- 4 Männliches Geschlechtshormon • 5 Weiche Hirnhaut • 6 Symptom einer Urogenitaltuberkulose • 7 Angeborenes Oro-fazio-digitales Syndrom (Eponym)
- 9 Klinischer Befund beim Horner-Syndrom • 11 Analgetikagruppe, zu der das Ibuprofen gehört (Abk.) • 13 Syndrom der „verbrühten Haut“ (Eponym) • 14 Region, in die prostatistische Schmerzen oft ausstrahlen
- 17 Ophthalmoskopisches Zeichen des Fundus arterioscleroticus (Eponym) • 20 Invasive neurologische Diagnostik mit postinterventionellem Kopfschmerzsyndrom (Abk.) • 21 Aromatisches Getränk, das Prostatabeschwerden lindern kann

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

Prävention des Prostatakarzinoms durch Ernährung*

Vassilis Poulakis, Ulrich Witzsch und Eduard Becht

Klinik für Urologie und Kinderurologie, Direktor: Professor Dr. med. E. Becht
Krankenhaus Nordwest der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, Frankfurt/Main
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main

Zusammenfassung der Fortbildungsveranstaltung am Krankenhaus Nordwest vom 15. November 2001, Vortrag des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Professor Dr. med. J. Altwein über „Ernährung und Prostatakarzinom“

Ernährungsgewohnheiten und Karzinominzidenz

Die deutliche Differenz der Inzidenz des Prostatakarzinoms zwischen verschiedenen Ländern oder Regionen (Diagramm 1 und 2) bestätigt die Tatsache, daß Ernährungsfaktoren den biologischen Prozeß der Karzinogenese in einer hemmenden oder provokativen Richtung beeinflussen können. Genetische Unterschiede reichen zur Erklärung dieses Phänomens nicht aus. Es fällt auch auf, daß ein Anstieg der Erkrankungswahrscheinlichkeit für das Prostatakarzinom durch Migration bestimmter ethnischer Gruppen von Gebieten mit einer niedrigen Inzidenz (z.B. Japan, China) in solche mit einer hohen Inzidenz (Hawaii, USA) festzustellen ist.

Keine Unterschiede bestehen jedoch zwischen den einzelnen Ländern in der Häufigkeit latenter, klinisch stummer Karzinome. Wie also kommt es zu den Differenzen in der Häufigkeit manifester Karzinome? Dieser Umstand kann nur durch ein unterschiedliches Wachstumsverhalten der latenten Karzinome erklärt werden. In einigen Bevölkerungsgruppen bleiben diese latenten Karzinome scheinbar langfristig in ihrem ruhenden Stadium, wohingegen in anderen Bevölkerungsgruppen sich das zunächst langsam wachsende Karzinomgewebe plötzlich vermehrt. Die genauen Ursachen für diese landesspezifischen



Diagramm 1. Ländervariationen der altersstandardisierten Mortalität am Prostatakarzinom im Zeitraum 1990-1993.

Unterschiede des Wachstumsverhaltens sind nicht bekannt.

Wegen dieser Ursache dann zu einer relativ bedeutungslosen PIN-I-Läsion, zu einem manifesten, aber klinisch inapparenten Alterskarzinom oder zu einem aggressiven Tumor des jüngeren Mannes führen, ist es sicher ein extrem multifaktorielles Geschehen und es gibt nach heutigem Wissenstand verschiedene Ansätze, die individuelle Progressionsneigung durch exogene, präventive Maßnahmen hemmend zu beeinflussen. Dabei sollte sprachlich

zwischen der diätetischen Prävention (durch Wahl bzw. Weglassen bestimmter Lebensmittel) und der Chemoprävention (durch bestimmte chemisch definierte Substanzen, v.a. Medikamente, z.B. Finasterid) unterschieden werden. Prostata- und Mammakarzinom, Herzgefäßerkrankungen sowie Osteoporose gelten hauptsächlich als „Westliche Erkrankungen“. Die westliche Diät, die reich an tierischem Fett und Protein aber arm an Ballaststoffen ist (Diagramm 3), kann dafür verantwortlich sein. Dahingegen fällt auf, daß Be-



Diagramm 2. Weltweite Variationen der altersstandardisierten Prostatakarzinominzidenz.

völkerungsgruppen mit einem geringen Risiko für das Auftreten von Prostatakarzinomen (und auch der benignen Prostatahyperplasie) in hohem Ausmaß Nahrungsmittel zu sich nehmen, die reich an Ballaststoffen, Isoflavonoiden und anderen Mikronährstoffen sind. Die traditionelle asiatische Ernährung sowie jene der Mittelmeerregion scheint also eine besondere Rolle bei der Risikoverminderung zu spielen. Dieser Zusammenhang wird durch weitere Beobachtungen gestützt:

- ▶ Die Prostatakarzinom-Inzidenz von Asiaten steigt bei Auswanderung in westliche Länder an.
- ▶ In Serum und Prostata-Flüssigkeit asiatischer Männer lassen sich zu einem hohen Anteil die in Sojaprodukten enthaltenen Isoflavonoide nachweisen.
- ▶ Bei Vegetariern (die sich ähnlich wie Asiaten gemüserich ernähren) treten in geringerem Ausmaß Prostatakarzinome auf.

„Vom Makrokosmos zum Mikrokosmos“ oder „von den Ernährungsgewohnheiten zu den Mikronährstoffen“

Verschiedene Mikronährstoffe sind im Hinblick auf Prävention bzw. begleitende Therapie des Prostatakarzinoms in der Literatur beschrieben:

- ▶ Phytoöstrogene wie Isoflavonoide, Flavonoide und Lignane

- ▶ Antioxidativ wirksame Substanzen (Vitamine C und E und Vitamin A bzw. Carotinoiden sowie Lycopene)
- ▶ Spurenelemente (Zink und Selen)
- ▶ Vitamin D
- ▶ Fettreiche Produkte und Omega-3 Fettsäuren
- ▶ Phytosterolen
- ▶ Andere Faktoren (Grüner Tee, Alkohol, Adipositas)

Die Rolle aller dieser Mikronährstoffe werden kurz erläutert.

Die Phytoöstrogene: Isoflavonoide, Flavonoide und Lignane

Viele eßbare pflanzliche Produkte beinhalten Substanzen, die zu den Phytoöstrogenen („pflanzliche Östrogene“) gehören und vor allem in Sojabohnen vorkommen (Abbildung 1 und 2). Sojabohnen beinhalten die konjugierte Glykoside von Isoflavonoiden, nämlich Genistein und Daidzein und ihre methylierte Derivative (Biochanin A und Formononetin) (Abbildung 3-5). Im Darm werden die mit der Nahrung aufgenommenen

Isoflavonoide durch die Darmflora zunächst in eine biologisch aktive Form überführt. Dabei gehen aus den Isoflavonoiden die schwach östrogenwirksamen Metabolite Daidzein, Genistein und Equol hervor. Diese werden über die Nieren ausgeschieden und können im Urin nachgewiesen werden. Lignane und Isoflavonoide können sich in verschiedenen Körperflüssigkeiten, wie im Plasma, Ejakulat, prostatatischen Exprimat und Speichel, finden. Diese Substanzen können nicht nur im Plasma und Urin von Männern und Frauen aus Japan und China, die große Menge an Soja konsumieren, sondern auch im Urin von Vegetariern in westlichen Industrieländern, die große Menge an Gemüse, Früchte und Vollkorngetreide zu sich nehmen und durch die geringere Prostatakarzinominzidenz im Vergleich zu westlicher Normalbevölkerung charakterisiert sind.

Die wichtigste Wirkung der Isoflavonoide ergibt sich aus ihrer chemischen Struktur, die derjenigen des im Körper synthetisierten 17-β-Estradiols ähnelt (Abbildung 3). Isoflavonoide können eine kompetitive Hemmung am Östrogenrezeptor, der sich beim

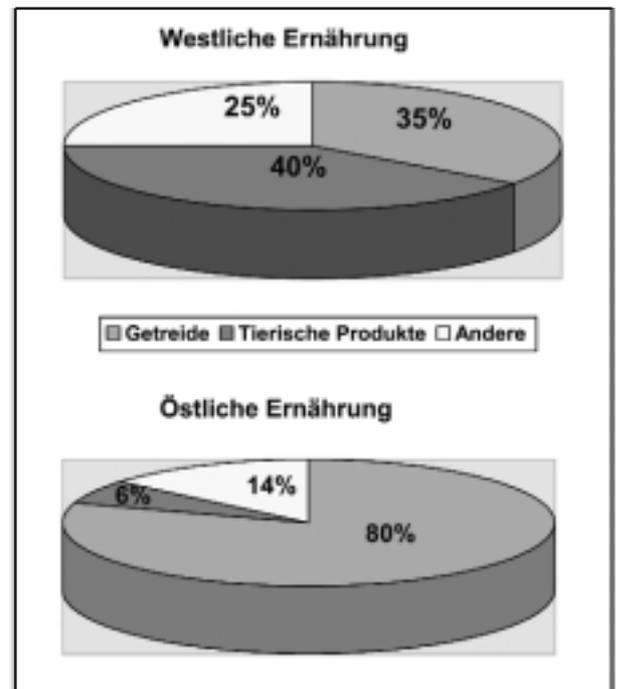


Diagramm 3. Vergleich der westlichen mit der östlichen Ernährung.



Abbildung 1. Schematische Repräsentation der Haupterährungsquellen für Flavonoide und Isoflavonoide.



Mann u.a. im Prostatagewebe nachweisen läßt, entfalten. Da die intrinsische Aktivität der Pflanzenöstrogene nur schwach ausgeprägt ist, kommt es zu einer Hemmung der östrogenabhängigen Zellteilungsaktivität der Prostata. Sogar eine Tumorregression ist durch hochkonzentrierte Isoflavonoid-Einnahme beschrieben.

Ebenfalls von Bedeutung ist die durch Isoflavonoide ausgelöste Steigerung der SHBG (Sexualhormon-bindendes Globulin)-Synthese in der Leber. Dadurch verringert sich der Anteil freier Androgene im Blut, die normalerweise zum Wachstum eines Prostatakarzinoms beitragen. Höherer SHBG-Spiegel und niedrigerer freier Testosteronspiegel wurden bei Männern aus Japan und China und bei Vegetariern nachgewiesen.

Andere Mechanismen, die der Karzinom-Entstehung entgegenwirken, sind eine Hemmung der 5 α -Reduktase, der Aromatase, der Zellteilungsaktivität und der Angiogenese sowie eine antioxidative Wirkung:

▶ Durch die 5 α -Reduktase wird aus Testosteron das 5 α -Dihydrotestosteron (DHT) gebildet, dem zusammen mit den Östrogenen eine wichtige Bedeutung in der Entstehung der benignen Prostatahyperplasie und des Prostatakarzinoms zukommt. DHT bindet an spezifische Androgenrezeptoren und löst so die

Synthese von Proteinen aus, die stimulierend auf das Prostatawachstum wirken. Die Hemmung der 5 α -Reduktase durch Phytoöstrogene erzielt dabei 80% der Wirkung von Finasterid, einem synthetischen 5 α -Reduktasehemmer.

▶ Die Aufgabe der Aromatase ist der Abbau zirkulierenden Testosterons und Androstendions in Estradiol bzw. Estron. Die Anzahl der Östrogenrezeptoren ist sowohl quantitativ als auch qualitativ bei Prostatakarzinomen erhöht, so daß der Hemmung der Aromatase durch Phytoöstrogene eine entscheidende Bedeutung in der Prävention zukommt.

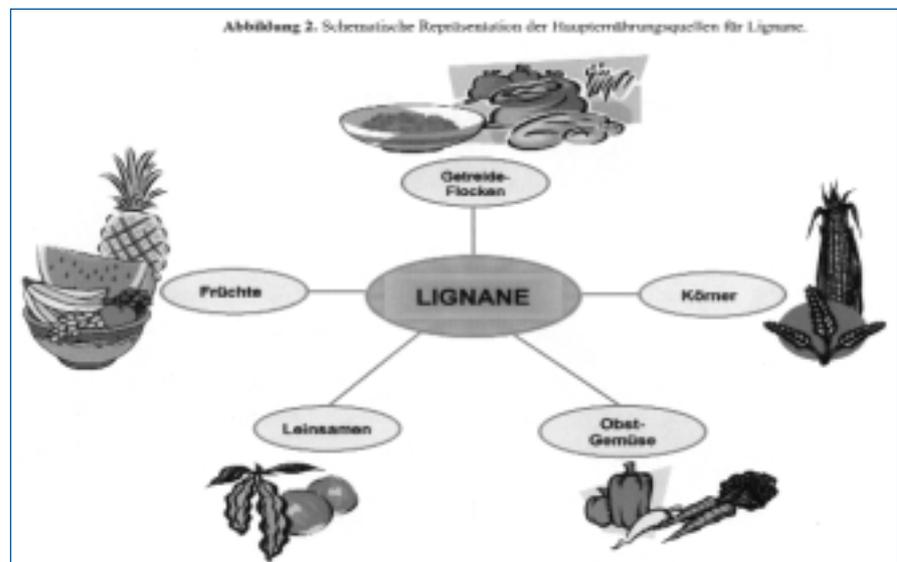
▶ Durch Hemmung der Angiogenese werden die Tumorzellen von der für sie so wichtigen Blutversorgung abgeschnitten. Der Prozeß der Angiogenese wird durch verschiedene Substanzen, wie „Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF)“ und „Fibroblast Growth Factor 2 (FGF-2)“ gefördert. Genistein, eines der Abbauprodukte der Isoflavonoiden, hat eine direkte hemmende Wirkung auf FGF-2 in einer sehr geringen Konzentration sowohl in vitro als auch in vivo (Abbildung 6).

▶ Durch die Hemmung tyrosinspezifischer Proteinkinasen werden die Tumorzellen zur Apoptose geführt. Tyrosinspezifische Proteinkinasen sind Integralteile der Transzellmembran-Rezeptorproteine, die für die Signaltransduktion durch die Aktivierung von verschiedenen Wachstumsfaktoren („epidermal growth factor“, „platelet-derived growth factor“ usw.) verantwortlich sind. Genistein hat eine direkte hemmende Wirkung auf die tyrosinspezifischen Proteinkinasen.

▶ Die Verringerung der Zellteilungsaktivität wirkt sich auch positiv auf den Verlauf einer benignen Prostatahyperplasie aus.

Um die genannten positiven Effekte zu erzielen, sind gleichbleibende Plasmaspiegel notwendig, die wiederum durch eine mehrfache tägliche Zufuhr er-

Abbildung 2. Schematische Repräsentation der Haupterährungsquellen für Lignane.



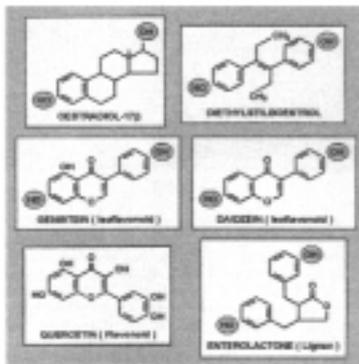


Abbildung 3. Vergleich der chemischen Struktur zwischen 17- β -Östradiol, dem synthetischen Östrogen Diethylstilböstrol und den schwach östrogenwirkenden Isoflavonoiden bzw. Lignan.

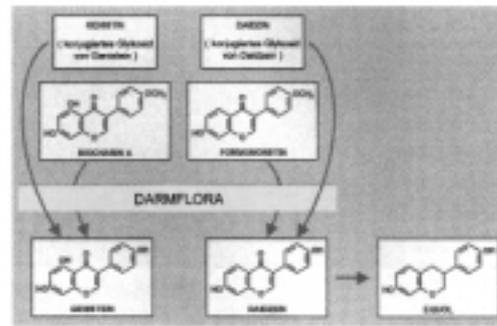


Abbildung 4. Schematische Repräsentation des normalen durch die Darmflora bedingtes Metabolismus von Ernährungsstoffen in bestimmten Isoflavonoiden und ihren Derivaten.

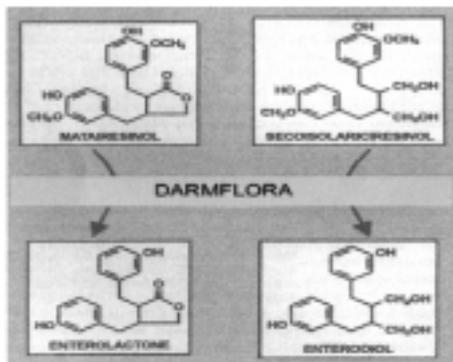


Abbildung 5. Formation von Lignan durch die Darmflora.

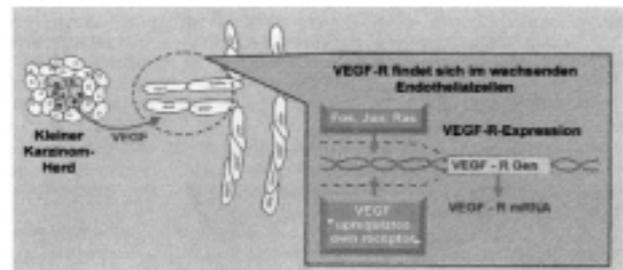


Abbildung 6. Formation von Blutgefäße in der Richtung des Tumorstwachstums unter dem Einfluss von sezernierten Angiogenesefaktoren, wie z.B. von VEGF.

reicht werden. Bei einer kontinuierlichen Zufuhr können die Isoflavonoid-Plasmaspiegel sogar diejenigen der körpereigenen Östrogen-Spiegel übersteigen.

Antioxidativ wirksame Substanzen

Eine wichtige Rolle in der Kanzerogenese spielen aggressive Sauerstoffradikale, die bei aeroben Stoffwechselprozessen entstehen. Gehen die Radikale Bindungen mit der DNA oder mit Zellmembranen ein, können daraus Schäden für die Zelle entstehen und eine Tumorentwicklung initiiert werden. Aus diesem Grund nehmen Substanzen, die als Radikalfänger fungieren und die anfallende Radikale neutralisieren (Antioxidanzien), eine wichtige Position in der Tumor-Prophylaxe ein.

Vitamin C ist die wirksamste Antioxidanzie im wässrigen System. Es ist außerdem an vielen anderen Prozessen beteiligt, wie z.B. Hydroxylierungsreaktionen, Kollagensynthese und Hemmung der Nitrosaminbildung. Außerdem fordert es die Eisenresorption sowie die Biosynthese von Neurotransmittern und wirkt modulierend auf das

Immunsystem. In vitro zeigt es eine hemmende Wirkung auf die maligne Zellentartung und reduzierte die durch den Karzinogenen bedingte Chromosomschädigung. In der Nahrung ist Vitamin C vor allem in Zitrusfrüchten, aber auch in Beeren, Obst, Gemüse, Kartoffeln und Salat enthalten. **Trotz der allgemein akzeptierten positiven Rolle von Vitamin C existiert bis heute kein Nachweis einer direkten Korrelation zwischen Vitamin-C-Spiegel und Prostatakarzinominzidenz.** In Prostatakarzinomzellkulturen zeigte Vitamin C eine zeit- und dosisabhängige zytotoxische Wirkung, die durch die Kombination mit **Vitamin K** 5- bis 20-fach verstärkt werden kann.

Ausgeprägte antioxidative Wirkung im lipophilen Milieu besitzt das **Vitamin E**. Vollkorngetreide beinhalten Lignanevorstufen, Vitamin E und andere Phenolpräparate und es wurde postuliert, daß diese Substanzen für das verminderte Risiko zur Prostatakarzinomentstehung unter einer ballaststoffarmen Kost verantwortlich sind. Obwohl die „Alpha-Tocopherol Beta-Carotene Cancer Prevention Stu-

dy“ für die Evaluierung des Effektes von Vitamin E und Beta-Caroten auf das Lungenkarzinom vorgesehen war, sind eindrucksvolle Ergebnisse zu verzeichnen:

- ▶ 34%ige Reduktion der Prostatakarzinom-Inzidenz bei den mit Vitamin E behandelten Männern (Vitamin-E-Supplementation: 50 mg/die)
 - ▶ Senkung des Auftretens manifester Karzinome (Stadium II - IV) um 35 %
 - ▶ Verringerung der Mortalität um 41 %
- Eine signifikante Senkung der Inzidenz und Mortalität an Prostatakarzinomen läßt sich demnach durch Langzeit-Supplementation mit täglich 50 mg Vitamin E erreichen. In einer anderen Studie von 2.974 Männern über einen Beobachtungszeitraum von mehr als 17 Jahren wurde bewiesen, daß niedriger Vitamin-E-Plasmaspiegel mit höherem Risiko für das Prostatakarzinom korrelierte. Natürliche Vitamin-E-Quellen sind Pflanzen- und Fischöle sowie Nüsse, Eier und Innereien.

Das **Vitamin A** wurde längst als essentiell für das Zellwachstum und die weitere Zellentwicklung anerkannt. Es existiert in zwei Formen, nämlich die



Carotinoide, welche in Pflanzenstoffen vor allem in frischem Obst und Gemüse (das betrifft in erster Linie gelbe und orange Obstsorten sowie dunkelgrünes Blattgemüse und Karotten) enthalten sind, und die Alkohol- bzw. Aldehydformen mit ihren Estern, die aus tierischen Nährstoffen zu entnehmen sind. Es gibt auch mehr als 200 synthetische Vitamin-A-Derivate, die als Retinoide bekannt sind. Dem Vitamin A werden neben den antioxidativen Eigenschaften zusätzliche Qualitäten zugesprochen, die ihre antikanzerogene Wirkung erklären. Dazu gehört die Förderung der Immunantwort, die Hemmung der Tumorentwicklung und die Verringerung von Schäden am Zellkern. Die Retinoide haben auch eine hemmende Wirkung auf die 5 α -Reduktase. Ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen Androgenen und Retinoiden ist auch lange bekannt. Für diese **direkte anti-androgene Wirkung** sprechen die guten klinischen Ergebnisse der Therapie der androgenabhängigen Hautkrankheit, der Akne, mit verschiedenen synthetischen Retinoiden.

Obwohl einige Studien ein statistisch signifikantes Risiko für das Prostatakarzinom bei Patienten mit erniedrigtem Retinolspiegel ergaben, zeigen andere Studien keine protektive Rolle bezüglich der Vitamin-A-Supplementierung. Epidemiologische Studien referierten allerdings über ein erhöhtes Prostatakarzinomrisiko durch den Konsum vom Vitamin A. Eine mögliche Erklärung dieser Diskrepanz liegt an den unterschiedlichen Ernährungsquellen für das Vitamin A. In Asien und in anderen Ländern mit niedriger Prostatakarzinominzidenz wird Vitamin A hauptsächlich aus Obst und Gemüse entnommen. Dagegen ist in den USA die Hauptquelle für das Vitamin A in fetthaltigen Produkten zu suchen. Die positive Korrelation zwischen Vitamin A und Prostatakarzinom kann an dem hohen Fettkonsum liegen. Nach der „Alpha-Tocopherol Beta-Carotene Cancer Prevention Study“ korreliert Beta-Caroten mit einem erhöh-

ten Prostatakarzinomrisiko. Dieser Effekt ist allerdings ausgesprochen stärker bei Männern, die Alkohol konsumierten. Es ist wahrscheinlich zu unterstellen, daß Retinoiden einen biphasischen Effekt aufweisen: Die exzessive Administration reduzierte die Effektivität bzw. kann die Tumorentwicklung fördern und andere Faktoren, wie z.B. Alkohol, können die Dosis-Antwort-Kurve verändern.

Die **Lycopene** gehören zu den Carotinoiden und sind reichlich in Tomaten, und Tomatenprodukten (Ketchup, Paste, Sauce, Suppe, Saft) sowie in anderen roten Früchten (Wassermelone, Grapefruit) enthalten. Es ist bekannt, daß die biologische Wirkung von Carotinoiden, wie Beta-Caroten (das sogenannte Pro-Vitamin A), mit ihrer Fähigkeit korreliert, Vitamin A zu produzieren. Dagegen kann sich Lycopene wegen einer chemischen Besonderheit nicht in Vitamin A transformieren. Die antikanzerogenen und antiatherogenen Eigenschaften von Lycopene wurden durch zwei Mechanismen erklärt (Abbildung 7). Der nicht-oxidative Mechanismus korreliert mit der Hemmung der karzinogeninduzierten Phosphorylation von bestimmten Proteinen, wie p53 und Rb-Antionkogen, und konsekutiv wird der Zellzyklus in der Phase G0-G1 gestoppt. Potente mitogene Faktoren, wie der „Insulin-like growth factor“ und das Zytochrom P450, ein metabolisches Enzymsystem der Leber, werden durch Lycopene inaktiviert (karzinoprotektive Modulation). Eine Immunmodulation, durch eine Regulation der intrathymischen T-Zelldifferenzierung wird Lycopene zugeschrieben. Der antioxidative Mechanismus korreliert mit der Protektion von kritischen Zellbiomolekülen, wie Lipiden, Lipoproteinen, Proteinen und DNA. Bei gesunden Individuen führt eine lycopenefreie Diät zur Erhöhung der Lipidoxidation. Patienten mit Prostatakarzinom haben niedrige Lycopenspiegel und hohe „Oxidationspiegel“ von Serumlipiden und -proteinen. Die Mittelmeerdiät, die an Obst und Gemüse sowie an Tomaten reich ist,

wurde für die niedrige Prostatakarzinominzidenz in dieser Region als verantwortlich angesehen. Giovanucci fand in einer Übersicht von 72 epidemiologischen Studien, welche die Rolle der Tomaten, tomatenhaltigen Produkten und Lycopenen in der Karzinogenese untersuchten, daß in 35 von den 57 Studien, die eine inverse Assoziation zwischen Tomatenkonsum oder Lycopinspiegel und Karzinomrisiko zeigten, diese Assoziation statistisch signifikant war. Keine von diesen Studien demonstrierten einen negativen Effekt nach hohem Tomatenkonsum oder bei hohem Lycopenspiegel. In einer Studie wurde niedriger PSA-Serumspiegel bei Patienten mit Prostatakarzinom nach Supplementierung mit Tomatenextrakten in Kapselform nachgewiesen. **Es empfiehlt sich deshalb eine lycopeneiche Diät, nicht nur wegen der antikanzerogenen sondern auch wegen der antiatherogenen und kardioprotektiven Wirkung.**

Spurenelemente

Für einen optimalen antioxidativen Schutz des Körpers werden **Spurenelemente** wie Selen und Zink benötigt. Sie sind Bestandteil zahlreicher Enzymsysteme, die für eine Neutralisierung potentiell schädlicher Radikale sorgen (z.B. Glutathionperoxidase, Katalase, Superoxiddismutase).

Selen ist enthalten in Seefisch, Fleisch, Eiern und Getreideprodukten. Verschiedene epidemiologische Studien zeigten einen protektiven Effekt von Selen auf vielen Karzinomarten. Das Prostatakarzinomrisiko ist doppelt so hoch bei Patienten mit niedrigem Selen-Serumspiegel wie bei Individuen mit höherem Selen-Spiegel. In einer randomisierten Studie an 1.312 Patienten wurde der Effekt der Selensupplementierung auf die dermatologischen Malignomen untersucht. Es wurde auch eine signifikant niedrigere Prostatakarzinominzidenz bei Männern, die sich einer Selensupplementierung unterzogen, nachgewiesen. **Diese Ergebnisse zusammen mit den Ergebnissen anderer randomisierter Studien befürwor-**

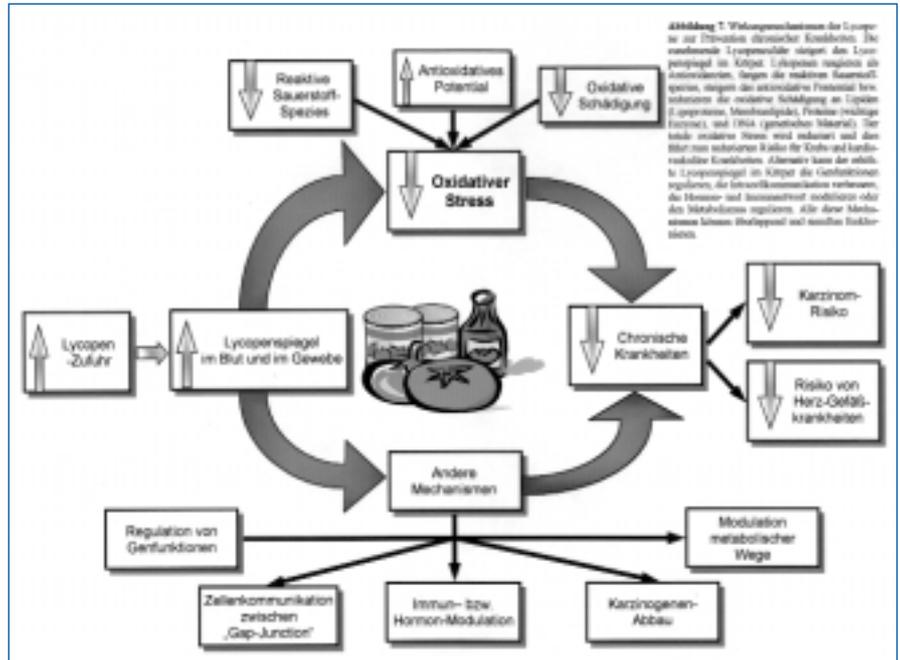


ten eine auf der Selen-Supplementierung basierte präventive Strategie für das Prostatakarzinom.

Zink findet sich in allen Nahrungsmitteln tierischer Herkunft (Fleisch, Eier, Milch, Käse). Ihre optimale Wirkung können antioxidative Vitamine und Enzymsysteme sowie die sekundären Pflanzenstoffe allerdings erst entfalten, wenn sie in Kombination aufgenommen werden. Da das Prostatakarzinom weniger Zink in das Prostataexprimat nach Prostatamassage sezerniert, wurde es postuliert, daß die malignen Prostatazellen unfähig sind hohe Zinkmengen zu akkumulieren. Dies führt durch eine erhöhte Zitratoxidation und ATP-Produktion zur malignen Transformation. Obwohl in einer schwedischen epidemiologischen Studie eine positive Assoziation zwischen Prostatakarzinom und Zink beobachtet wurde, gab es allerdings nach der statistischen Korrektur durch die totale Kalorienaufnahme keine eindeutige Assoziation zwischen Prostatakarzinominzidenz und allen, einschließlich Zink, untersuchten Ernährungsstoffen. Da aus anderen epidimiologischen Studien widersprechende Ergebnisse herauskommen und die physiologische sowie die pathologische Rolle vom Zink in der Prostata unzureichend bekannt sind, gilt derzeit eine therapeutische oder präventive Zink-Supplementierung als empirisch.

Vitamin D

Vitamin D ist ein Sammelbegriff für die antirachitischen Substanzen, die unter der Ultraviolettstrahlung im Körper synthetisiert werden. Calcitriol (1,25-D3) ist die aktive Form der Vitamin D. Seit 1988 ist bekannt, daß Vitamin-D-Rezeptoren im menschlichen Prostatagewebe vorhanden sind. Eine Studie von National Cancer Institute demonstrierte eine Assoziation zwischen Prostatakarzinomrisiko und einer genetischen Variation der Vitamin-D-Rezeptoren in Prostatazellen. Homozygoten für einen bestimmten Genpolymorphismus (Taq I) haben 3-fach höheres Prostatakarzinomrisiko als Patienten



mit anderen Genvariationen des Vitamin-D-Rezeptoren-Genes. In Zellkulturen weist Vitamin D eine hemmende Wirkung auf die Zellproliferation auf, es begünstigt die Differenzierung der menschlichen Prostatakarzinomzellen und reduziert die Sekretion vom Kollagenase Typ IV. Diese Befunde erklären wahrscheinlich die Vermutung, daß 1,25-D3 das Risiko des invasiven Prostatakarzinoms reduziert und für die Chemoprävention eine Anwendung finden kann.

Epidemiologische Studien bewiesen eine inverse Korrelation zwischen Prostatakarzinom mortalität und Ultraviolettstrahlung, welche der Hauptfaktor für die endogene Vitamin-D-Produktion ist. Außerdem ist das Alter der Hauptrisikofaktor für das Prostatakarzinom, und ältere Menschen haben wegen einer geringeren Exposition zur Sonne und wegen einer altersbedingten Störung der Vitamin-D-Synthese häufig ein Vitamin-D-Defizit. Daß die Schwarze Bevölkerung eine höhere Prostatakarzinominzidenz aufweisen, kann durch ein Vitamin-D-Defizit erklärt werden. Der hohe Melaninspiegel in der stark pigmentierten Haut hemmt die Produktion der Pro-Vitamin D. Eine direkte Evidenz, daß Vitamin-D-Mangel ein Risikofaktor für das Pro-

statakarzinom ist, kam von zwei prospektiven Studien, die eine starke Korrelation zwischen niedrigem Vitamin-D-Spiegel und hohem Prostatakarzinomrisiko fanden.

Omega-3-Fettsäuren

Die fetthaltigen Lebensmittel scheinen, der stärkste Umweltrisikofaktor für das Prostatakarzinom zu sein. Darüber hinaus korreliert die Prostatakarzinom mortalität mit dem Verzehr an tierischem Fett. Schützend ist wahrscheinlich die Verwendung von mehrfach ungesättigten Fettsäuren in der Nahrung, v.a. von Omega-3-Fettsäuren. Hierzu liegen sowohl experimentelle als auch epidemiologische Hinweise vor. Autopsiestudien zeigten bei Eskimos eine niedrige Atheroskleroseinzidenz und kein Prostatakarzinom konnte bei hohem Verzehr an 3-Omega-Fettsäuren nachgewiesen werden. Günstige Effekte bei entzündlichen und immunologischen Erkrankungen sowie in der Prävention von Krebskrankungen werden den Omega-3-Fettsäuren zugeschrieben. So können sie z.B. Dysplasien von Zellen der Darmschleimhaut rückgängig machen. Ungesättigte Fettsäuren haben eine Wirkung auf die 5a-Reduktase und können damit die Konversion von



Testosteron zu Dihydrotestosteron beeinflussen. Essentielle Fettsäuren wirken der Tumorinvasivität und dem Metastasenpotentiell entgegen und sie verstärken die Immunantwort des Wirts. Die in Fisch enthaltenen Omega-3-Fettsäuren scheinen unter anderem der Grund für die in Mittelmeerlandern signifikant geringere Inzidenz des Prostatakarzinoms zu sein. Mehrere Studien aus mediterranen Ländern konnten eine inverse Relation zwischen dem Anteil mehrfach ungesättigter Fettsäuren in der Nahrung und dem Erkrankungsrisiko an hormonabhängigen Tumoren feststellen.

Von großer Bedeutung ist die Beobachtung, daß Patienten mit höherem Cholesterolspiegel als Risikogruppe für das Prostatakarzinom gelten. Da die cholesterolsenkenden Medikamente eine verbreitete Anwendung gefunden haben, bleibt es zu evaluieren, ob diese Mittel eine zusätzliche Wirkung auf die Prostatakarzinominzidenz aufweisen.

Phytosterole (PS)

Phytosterole sind die Analogsubstanze von Cholesterol in pflanzlichen Produkten. Ihre Molekularstruktur ähnelt dieser von Cholesterol und sie werden in die Zellmembran aufgenommen und inkorporiert. Die westliche Diät beinhaltet ca. 80mg PS/die, dagegen ist in der vegetarischen und japanischen Diät 345 - 400 mg PS/die enthalten. Die besten Ernährungsstoffe für PS sind unraffinierte pflanzliche Öle, Samen und Nuß. Eine Verbesserung der Symptomatik bei den ersten Stadien der benignen Prostatahyperplasie (BPH) durch Phytosterolen-Supplementation konnte in einer randomisierten, placebo-kontrollierten Studie beobachtet werden. Diese PS-Präparate beinhalten hauptsächlich β -Sitosterol und führen zur subjektiven Besserung der BPH innerhalb von sechs Monaten nach dem Therapiebeginn. Die lipophilen Extrakte der amerikanischen Zwergpalmenfrüchte (*Sabal seerrulata*) beinhalten eine komplexe Mischung von freien Fett-

säuren, Esteren und β -Sitosterol. β -Sitosterol kann das Wachstum von Prostatakarzinomzellen in vitro durch eine Aktivierung des Sphingomyelinzyklus und eine Apoptoseninduktion hemmen. Phytosterole haben vielfältige Möglichkeiten, der Entstehung bösartiger Tumore entgegenzuwirken:

- ▶ Beeinflussung sekundärer Stoffwechselprodukte im Magen-Darm-Trakt (sekundäre Gallensäuren)
- ▶ Verlangsamung der Zellproliferation
- ▶ Zytostatische Wirkung auf Prostatakarzinom-Zellen in der Kultur
- ▶ Freisetzung potenziell antiproliferativ wirksamer Proteine aus den maligne transformierten Prostatazellen.

Grüner Tee

1988 referierten Khan et al. über den protektiven Effekt von Polyphenolen des grünen Tees gegen die Induktion von Hauttumoren in Tierexperimenten. Epidemiologische Studien bestätigen, daß die Polyphenole von grünem Tee mit dem niedrigem Prostatakarzinomrisiko assoziiert. Ein Extrakt aus dem grünen Tee (Epigallocatechin-3-Gallat) induziert Zellarrest und Apoptose in Prostatakarzinomzelllinien. Diese Befunde können erklären, warum die asiatischen Länder, wo eine große Menge an grünem Tee konsumiert wird, eine niedrige Inzidenz an klinischen Prostatakarzinomen aufweisen. **Da grüner Tee billig, nicht-toxisch und prompt erhaltlich ist, scheint ein ideales chemopräventives Mittel zu werden, wenn eine protektive Wirkung auf das Prostatakarzinomwachstum durch prospektive Studien bewiesen wird.**

Alkohol

Der Alkoholverzehr hat kaum eine Assoziation

mit dem Prostatakarzinomrisiko. In einer Evaluierung von verschiedenen retrospektiven Arbeiten, die Alkohol als Prostatakarzinomrisiko mituntersucht haben, fand sich keine signifikante Korrelation. Sechs prospektive Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

Adipositas

Adipositas wurde in der Mehrheit der Studien als body mass index (BMI) untersucht. Von den 17 retrospektiven Arbeiten konnte nur eine einen signifikant prädisponierten Einfluß zeigen (Odd Ratio, d.h. relatives Risiko 4,4). Dagegen fanden acht von den zehn prospektiven Studien ein leicht erhöhtes Prostatakarzinomrisiko (OR bei 1,5). Diese Abschätzung von Adipositas mit dem BMI ist allerdings ungenau. BMI kann nicht zwischen „Magermasse“ und Fettmasse unterscheiden. „Magermasse“ („lean mass“) korreliert mit dem Androgengehalt und assoziiert positiv mit dem Prostatakarzinomrisiko. Auf der anderen Seite ist die Fettmasse („fat mass“) eine Quelle für Androstenedion, welches nach Aromatisierung Östrogen bildet und einen protektiven Effekt gegen Prostatakarzinom aufweist.

Das „National Cancer“ Programm (NCP-Programm)

Inzwischen gibt es viele Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Le-

Anzeige

E | K | B
RECHTSANWÄLTE

Rechtsanwälte

Uwe Ehlert
Rechtsanwalt

Vertragsarztrecht
Ist mein Tätigkeitschwerpunkt

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



bensgewohnheiten und Krebserkrankungen beschäftigen. Die Ergebnisse dieser Studien sind so ermutigend, daß die Deutsche Krebsgesellschaft das NCP-Programm zur Prävention hormonabhängiger Tumore empfiehlt:

- ▶ Reduktion von Übergewicht
- ▶ Allgemeine Fettrestriktion, Ersatz tierischer Fette durch mehrfach ungesättigte Pflanzenfette, Verzehr von Oliven- und Fischöl
- ▶ Neutralisation freier Radikale durch hohen Obst- und Gemüse-Anteil der Nahrung (reich an Antioxidanzien), optimal sind fünf Portionen pro Tag
- ▶ Zufuhr ballaststoffreicher Nahrung zur Entschlackung des Magen-Darm-Traktes
- ▶ Senkung des Östrogenspiegels durch Reduktion des Alkohol-Konsums
- ▶ Regelmäßige sportliche Betätigung, mindestens drei mal wöchentlich 30 Minuten
- ▶ Zufuhr isoflavonoidreicher Nahrung (Sojaprodukte) zur Verdrängung körpereigener Östrogene am Östrogenrezeptor

Gezielte Nahrungsergänzung mit Mikronährstoffen

Es ist unumstritten, daß eine Korrelation zwischen der Ernährung und Krebser-

krankungen besteht. Deshalb stehen tumorprotektive Nahrungsbestandteile im Mittelpunkt des Forschungsinteresses der letzten Jahre.

Die aus den Forschungsergebnissen resultierenden Ernährungsempfehlungen sind teilweise äußerst komplex und deshalb oft schwierig in die täglichen Abläufe zu integrieren. Vor allem die für die Prostatakarzinom-Prävention besonders bedeutsamen Isoflavonoide können in westlichen Industrienationen, in denen Soja als wichtige Phytoöstrogenquelle nicht zu den Grundnahrungsmitteln gehört, auch durch eine ausgewogene Ernährung kaum in ausreichenden Konzentrationen aufgenommen werden. Eine Supplementierung mit Isoflavonoiden kann eine geeignete Alternative darstellen. Tomaten, nicht-aufbereitende Tomaten, Obst und Gemüse sollten einen großen Teil der täglichen Ernährung ausmachen. Rotes Fleisch sollte durch Fisch möglichst ersetzt werden. Dosierungsempfehlungen für Vitamine und Spurenelemente der Deutschen Gesellschaft für Ernährung beziehen sich lediglich auf die Vermeidung von Mangelzuständen. Um das antioxidative und tumorpräventive Potential von Mikronährstoffen effizient zu nutzen,

sind weitaus höhere Dosierungen - wie sie in Studien ermittelt wurden - notwendig.

Um die empfohlenen Substanzen langfristig und in ausreichender Dosierung zu sich zu nehmen, ist auch zu überlegen, ob eine gezielte Nahrungsergänzung in Kapselform von Vorteil ist. Dafür bieten sich vor allem Nahrungsergänzungsprodukte an, die wichtige Mikronährstoffe in kompletter Zusammensetzung und ausreichender Dosierung enthalten. Eine sinnvolle gesunde Ernährung zur Senkung des Prostatakarzinomrisikos durch eine medikamentöse Supplementierung muß allerdings unbeantwortet bleiben.

Die zuvor genannten Aussagen sind allgemeine Anhaltspunkte zur Ernährung prophylaxe, die allerdings eine individuelle Aufmerksamkeit und eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms nicht ersetzen können.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:
Dr. Vassillis Poulakis
Krankenhaus Nordwest
Steinbacher Hohl 2 – 26
60488 Frankfurt/Main

Multiple Choice-Fragen

(Nur eine Antwort ist richtig)

? 1. Welche Beobachtungen bestätigen die These, daß Ernährungsfaktoren den biologischen Prozeß der Karzinogenese in einer hemmenden oder provokativen Richtung beeinflussen können?

- (a) Die deutliche Differenz der Inzidenz des Prostatakarzinoms zwischen verschiedenen Ländern oder Regionen
- (b) Genetische Unterschiede
- (c) Ein Anstieg der Erkrankungswahrscheinlichkeit für das Prostatakarzinom ist durch Migration bestimmter ethnischer Gruppen von Gebieten mit einer niedrigen Inzidenz (z.B. Japan, China) in solche

mit einer hohen Inzidenz (Hawaii, USA) festzustellen.

- (d) Bei Vegetariern (die sich ähnlich wie Asiaten gemüserich ernähren) treten in geringerem Ausmaß Prostatakarzinome auf.
- (e) Richtig sind = a., c. und d.

? 2. Zu „westlichen Erkrankungen“, bei denen die westliche Diät, die reich an tierischem Fett und Protein aber arm an Ballaststoffen ist, dafür verantwortlich sein kann, zählen

- (a) Prostata- und Mammakarzinom
- (b) Herzgefäßerkrankungen
- (c) Osteoporose

- (d) Richtig sind = a. und b.
- (e) Richtig sind = a., b. und c.

? 3. Welche Mikronährstoffe zeigen keine Wirkung auf die Prävention des Prostatakarzinoms?

- (a) Vitamin A
- (b) Vitamine B
- (c) Vitamin C
- (d) Vitamin D
- (e) Spurenelemente (Zink und Selen)

? 4. Welche Aussage bzgl. der Phytoöstrogene ist nicht richtig?

- (a) „Pflanzliche Östrogene“ sind vor allem in Sojabohnen enthalten.
- (b) Die Darmflora spielt eine große



Rolle in der Umwandlung dieser Phytoöstrogenen in die biologisch aktive Form.

- (c) Isoflavonoide können keine kompetitive Hemmung am Östrogenrezeptor.
- (d) Isoflavonoide zeigen eine Hemmung der 5 α -Reduktase, der Aromatase, der Zellteilungsaktivität und der Angiogenese.
- (e) Die Verringerung der Zellteilungsaktivität durch die Isoflavonoide wirkt sich auch positiv auf den Verlauf einer benignen Prostatahyperplasie aus.

? 5. Folgende Aussage bzgl. der antioxidativ wirkenden Substanzen trifft nicht zu:

- (a) Es gibt ausreichende Evidenz, daß die Prostatakarzinominzidenz mit dem Vitamin-C-Spiegel direkt korreliert.
- (b) Nach der „Alpha-Tocopherol Beta-Carotene Cancer Prevention Study“ sind die Inzidenz und die Mortalität an Prostatakarzinomen durch Langzeit-Supplementation mit täglich 50 mg Vitamin E gesunken.
- (c) Retinoiden weisen einen biphasischen Effekt auf.
- (d) Keine von diesen Studien demonstrierten einen negativen Effekt nach hohem Tomatenkonsum oder bei hohem Lykopenenspiegel.
- (e) Eine lycopeneiche Diät ist nicht nur wegen der antikanzinogenen sondern auch wegen der antiatherogenen und kardioprotektiven Wirkung zu empfehlen.

? 6. Zur Supplementierung von Spurenelementen zur Prävention des Prostatakarzinoms zählen:

- (1) Selen
- (2) Zink
- (3) Eisen
- (4) Magnesium
- (5) Kupfer

- (a) 1-5 = alle sind richtig
- (b) nur 1 und 2 sind richtig
- (c) nur 1 ist richtig
- (d) nur 2 ist richtig
- (e) keine ist richtig

? 7. Zur Bestätigung der Vermutung, daß 1,25-D3 das Risiko des invasiven Prostatakarzinoms reduziert und für die Chemoprävention eine Anwendung finden kann zählen:

- (1) Genetische Variation der Vitamin-D-Rezeptoren in Prostatazellen korreliert mit einem erhöhten Prostatakarzinomrisiko.
- (2) In Zellkulturen weist Vitamin D eine hemmende Wirkung auf die Zellproliferation auf.
- (3) Daß die Schwarze Bevölkerung eine höhere Prostatakarzinominzidenz aufweisen, kann durch ein Vitamin-D-Defizit erklärt werden.
- (4) Das Alter ist kein Hauptrisikofaktor für das Prostatakarzinom, da bei älteren Männern eine vermehrte Vitamin-D-Synthese beobachtet wurde.
- (5) Prospektive Studien zeigen eine starke Korrelation zwischen niedrigem Vitamin-D-Spiegel und hohem Prostatakarzinomrisiko.

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

? 8. Welche Aussage bzgl. der Omega-3-Fettsäuren ist nicht richtig?

- (a) Die Prostatakarzinom mortalität korreliert mit dem Verzehr an tierischem Fett.
- (b) Schützend ist wahrscheinlich die Verwendung von mehrfach ungesättigten Fettsäuren in der Nahrung, v.a. von Omega-3-Fettsäuren.
- (c) Ungesättigte Fettsäuren haben eine Wirkung auf die 5 α -Reduktase und können damit die Konversion von Testosteron zu Dihydrotestosteron beeinflussen.
- (d) Die in Fisch enthaltenen Omega-3-Fettsäuren scheinen unter anderem der Grund für die in Mittelmeerländern signifikant geringere Inzidenz des Prostatakarzinoms zu sein.
- (e) Gesättigte Fettsäuren wirken der Tumorinvasivität und dem Metastasenpotentiell entgegen und sie ver-

stärken die Immunantwort des Wirts.

? 9. Ein 45-jähriger gesunder Mann fragt nach einer Ernährung zur Prävention des Prostatakarzinoms. Was würden Sie ihm nicht empfehlen?

- (a) Gemüse, Früchte und Vollkorngetreide zu sich nehmen
- (b) Langzeit-Supplementation mit täglich 50 mg Vitamin E
- (c) Verzehr an Tomaten, und Tomatenprodukten (Ketchup, Paste, Sauce, Suppe, Saft)
- (d) Vitamin-A fetthaltige Produkte.
- (e) Verwendung von mehrfach ungesättigten Fettsäuren in der Nahrung, v.a. von Omega-3-Fettsäuren (Fisch usw.)

? 10. Zur Prävention des Prostatakarzinoms ist im allgemeinen am besten ratsam:

- (1) Übergewichtreduktion
- (2) Fettrestriktion, Ersatz tierischer Fette durch mehrfach ungesättigte Pflanzenfette, Verzehr von Oliven- und Fischöl
- (3) Verzehr von Obst- und Gemüse-Anteil zur antioxidativen Wirkung
- (4) Reduktion des Alkohol-Konsums zur Senkung des Östrogenspiegels
- (4) Zufuhr isoflavonoidreicher Nahrung (z.B. Sojaprodukte) zur Verdrängung körpereigener Östrogene am Östrogenrezeptor

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

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

Positronen-Emissions-Tomographie in der Onkologie

C. Menzel, U. Berner und F. Grünwald

Einleitung

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) hat sich in den letzten zehn Jahren zunehmend in das Spektrum diagnostischer Methoden integrieren können. Sie weist insbesondere onkologische Krankheitsherde mit hohem positiven Kontrast nach und zeigt diese Herde aus diesem Grunde bereits ab einer vergleichsweise geringen Größe, die oft auch unterhalb der Beurteilbarkeitsgrenze radiologischer Verfahren liegt. Dabei wird diese Aussage in Ganzkörpertechnik und nicht auf eine Organ- oder Körperstruktur begrenzt (z.B. Leber oder Thorax) erhoben. Hierdurch werden in der Onkologie eine Reihe völlig neuer Perspektiven und Therapieansätze ermöglicht, dies betrifft insbesondere die Therapiekontrolle. Die PET liefert dabei eigenständige Informationen, die vielfach erst im unmittelbaren Vergleich zur radiologischen Diagnostik zu voller Aussage-

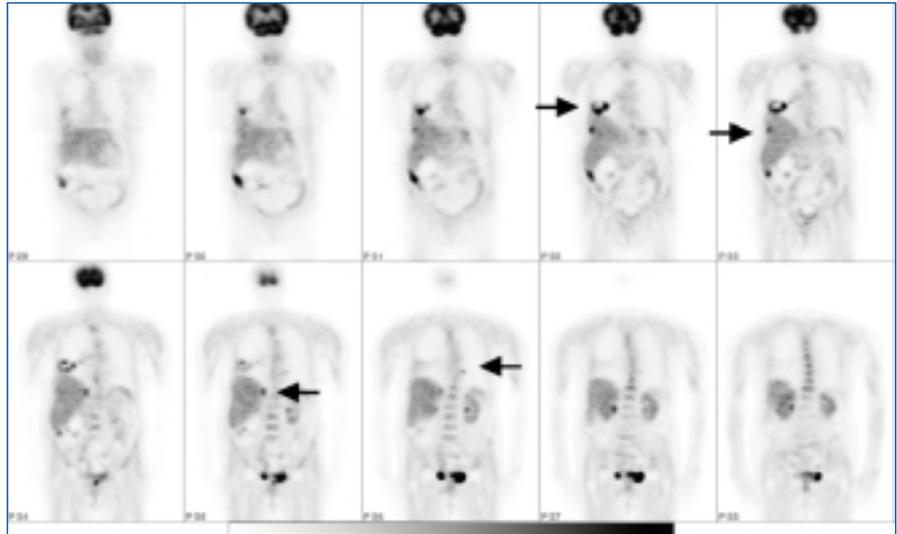


Abbildung 1: Sequenz coronaler Schnitte durch den Körperstamm von ventral nach dorsal; erkennbar ein relativ großes peripheres Bronchialkarzinom mit einer regionalen Lymphknotenmetastase und einer kontralateralen Lungenfilia sowie Filiae in Nebenniere rechts und Leber.

kraft kommen. Insofern besteht in der ganz überwiegenden Zahl der Fragestellungen keine Konkurrenzsituation der Verfahren, vielmehr sind Synergien anzustreben.

Die PET ist im klinischen Einsatz in den meisten Zentren heute weitgehend auf Fluor-18-markierte Desoxyglukose (FDG) beschränkt. Allein diese Substanz ist kommerziell allgemein verfügbar, was auf der Kombination vergleichsweise günstiger strahlen-physikalischer Eigenschaften des Fluor-18 (Halbwertszeit 110 Minuten) mit den bei den meisten Indikationen optimalen Möglichkeiten einer Bilddarstellung des Glukosemetabolismus beruht.

Unter diesen Voraussetzungen haben sich drei Hauptindikationsgebiete für die Methode ergeben; 1. verschiedene Fragestellungen aus der Onkologie, insbesondere in der Rezidivdiagnostik und der Therapiekontrolle, 2. die Differentialdiagnose psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen und 3. die Vitalitätsdiagnostik des Myokards.

Während die Untersuchungen auf dem Gebiet der onkologischen Er-

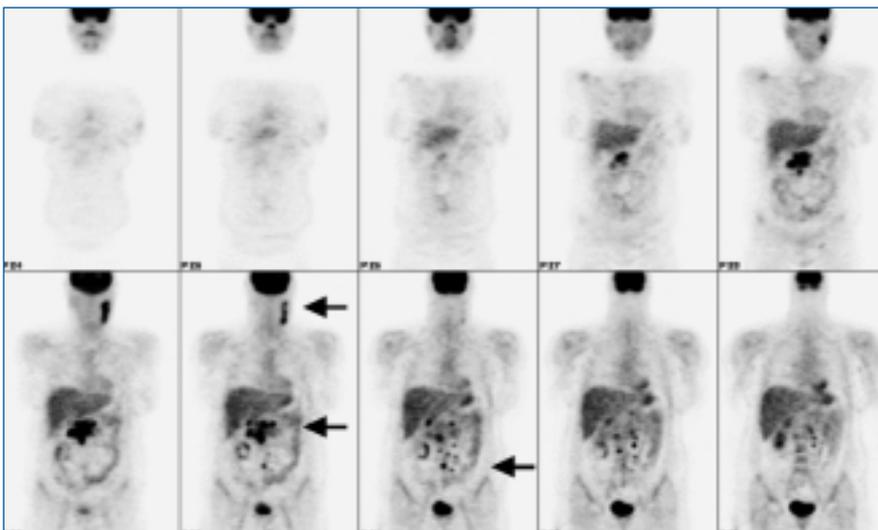


Abbildung 2: Zentroblastisches NHL mit bekannter Manifestation links cervical, in der PET Nachweis ausgedehnter Tumorherde auch intraabdominell, hierdurch Up-Staging von Stadium I zu Stadium III



Tabelle 1: EBM-evaluierte* Indikationen für die Positronen-Emissions-Tomographie nach der deutschen Konsensuskonferenz 2000

Indikation	Klassifikation
Endokrine / neuroendokrine Tumore	
Differenzierte Schilddrüsenkarzinome	
- Differenzierung benigner / maligner Schilddrüsenläsionen	4
- Therapiekontrolle	3
- Restaging radiojod-negative Läsionen	1a
- radiojod-positive Läsionen	1b
Medulläres Schilddrüsen-Ca., Phäochromozytom, Karzinoide, Merkel-Tu.	
	3
Gastrointestinale Tumore	
Oesophaguskarzinom	
- Differenzierung benigne / maligne Läsion	3
- Staging für LN- und Fernmetastasen	1a
- Therapiekontrolle	3
- Rezidivdiagnostik	3
Pankreaskarzinom	
- Differenzierung Entzündung versus Malignom	1a
- Staging LN- oder Fernmetastasen	3
- Rezidivdiagnostik	1b
Kolorektale Karzinome	
- Therapiekontrolle	1b
- Restaging bei V.a. Rezidiv (e.g. Tumormarkeranstieg)	1a
Gynäkologische Tumore	
Mammakarzinom	
- Differenzierung benigne / maligne Läsion	2
- N-Staging (Primarii > 2cm)	1b
- M-Staging	2
- Rezidivdiagnostik, Therapiemonitoring (Chemotherapie)	3
Ovarialkarzinom	
- Rezidivdiagnostik	2
Kopf-Hals-Tumore und CUP-Syndrom	
- Differenzierung benigne / maligne Läsion	3
- im Falle eines Zweitumors	2
- N-Staging	1a
- M-Staging	3
- Rezidivdiagnostik	1a
- Therapiekontrolle	3
- Cancer-of-unknown-Primary (CUP)	1a
Lungentumore	
- Differenzierung benigne/maligne Läsion bei Patienten mit erhöhtem OP-Risiko	1a
- Differenzierung benigne/maligne Läsion bei allen anderen Patienten	1b
- N-Staging (nicht-kleinzelliges BC)	1a
- extrathorakales M-Staging (ZNS ausgenommen)	1a
- Rezidivdiagnostik	1a
- Therapiekontrolle	2
Maligne Lymphome	
Morbus Hodgkin	
- Staging	1b
- Therapiekontrolle	1b
High-grade NHL	
- Staging	1b
- Therapiekontrolle	1a
Low-grade NHL	
- Staging	3

- Therapiekontrolle	3
Maligne Melanome	
Differentialdiagnose benigne / maligne	3
N-Staging (Breslow > 1.5 mm oder bekannte LN-Filiae)	1b
M-Staging (Breslow > 1.5 mm oder bekannte LN-Filiae)	1b
Therapiekontrolle	3
Prognose	3
Rezidivdiagnostik oder Follow-up in pT3- und pT4-Stadien oder bei Metastasen	1a
Knochen und Weichteiltumore	
Differenzierung benigne / maligne Läsion und der biologischen Aggressivität	1b
T-Staging	4
- Skip-Lesions (Osteosarkome)	3
N-Staging	
- Knochentumore	4
- Weichteiltumore	3
M-Staging	3
Therapiekontrolle	3
Rezidivdiagnostik	3
Hirntumore *	
Differenzierung Rezidiv / Narbe bei high-grade Gliomen	1a
Nachweis einer Tumordifferenzierung eine Rezidiv	1a
Lokalisation der Biopsiestelle	1a
Tumor grading	1b
Resttumormasse nach OP	1b
Differenzierung ZNS-Lymphom / Toxoplasmose	1b

1a: etablierte klinische Anwendung,
 1b: wahrscheinlich nützliche klinische Anwendung,
 2: nützlich in selektierten Fällen,
 3: noch nicht beurteilbar (wegen fehlender oder inkompletter Daten),
 4: klinische Nutzung nur sehr selten;
 EBM: evidence based medicine, nach Reske SN & Kotzerke J (1),
 außer * nach Kuwert et al. (16)

krankungen grundsätzlich auf den Nachweis fokaler Steigerungen der FDG-Anreicherung fokussieren, also eine eventuelle Pathologie im Positivkontrast darstellen, zielen Fragestellungen aus den Gebieten der Neurologie, Psychiatrie und Kardiologie – bei hohem Energieverbrauch des Zielorganes – primär auf eine Abbildung des Organes und ggf. den Nachweis umschriebener Stoffwechselstörungen hin.

Für die meisten Tumoren haben sich in den letzten Jahren klare Indikationen herausgestellt, in der die PET mit FDG mit großer Effizienz klinisch eingesetzt werden kann, die folgend i.E. dargestellt, detailliert jedoch nur beispielhaft besprochen werden können. Eine Überarbeitung und Aktualisierung dieser Indikationen wurde zuletzt im Rahmen der III. nationalen und interdisziplinären Konsensuskonferenz vorgenommen (1). Klinisch etablierte Anwendungen wurden als 1a-Indikationen, klinisch wahrscheinlich nützliche Applikationen als 1b-Indikationen bezeichnet. Eine Über-

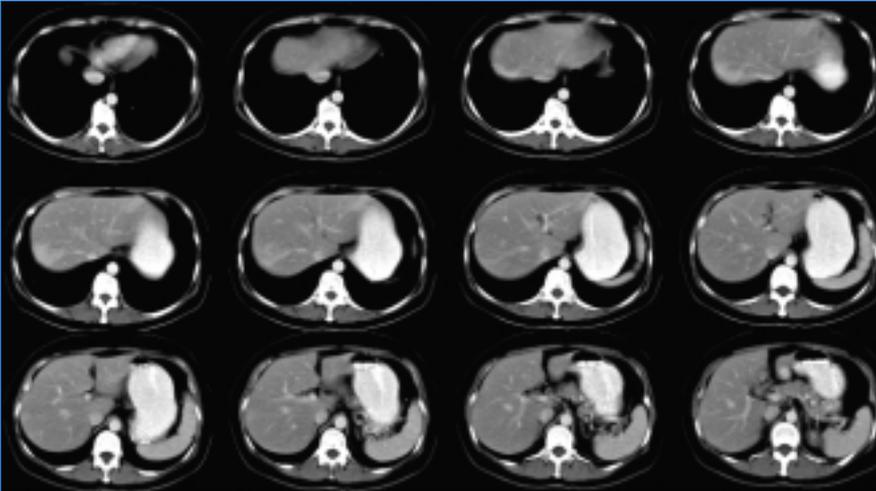


Abbildung 3 a: Oberbauch KM-CT einer Patientin mit Z.n. Sigma-Ca. und zuletzt Tumormarkeranstieg. Ein sonographisch vorherbeschriebener Prozeß im linken Leberlappen findet auf Grund eines Partialvolumeneffektes kein überzeugendes Korrelat.

sicht zu den Indikationen ist in Tabelle 1 dargestellt. Seltener Indikationen bzw. Fragestellungen, bei denen die PET keine sinnvolle Information liefern kann, werden entsprechend mit den Graden 2 bis 4 bezeichnet, wobei im Einzelfall der Einsatz der Methode sehr sinnvoll sein kann, die Datenlage aber auf Grund der Seltenheit der Erkrankung eine bessere Einstufung nicht oder noch nicht rechtfertigt.

Klinische Indikationen

Es sollen folgend exemplarisch einige typische klinische Anwendungen der PET mit FDG etwas detaillierter dargestellt werden. Die vollständige Liste anerkannter Indikationen findet sich in Tabelle 1.

Cancer-of-unknown-primary (CUP) Syndrom & Kopf-Hals-Tumore

Der Nachweis einer Metastase, z.B. in einem zervikalen Lymphknoten, ist häufig das erste Zeichen eines Tumorerleidens. Größere Studien gehen davon aus, daß in 5 bis 10 % aller Tumorfälle zunächst ein CUP-Syndrom vorliegt. In der Folge kommt – bei meist bekannter Histopathologie – eine ganze Batterie diagnostischer Tests zum Einsatz, um den Primarius und weitere Metastasen darzustellen. Da die CUP aus Sicht der PET als

„Z.n. unauffälliger radiologischer Diagnostik“ bezeichnet werden kann, eignet sich gerade diese Entität besonders gut, um auf die Vorteile hinzuweisen, die sich zusätzlich zur morphologisch orientierten Schnittbild-diagnostik (CT, MRT) ergeben.

Diese Vorteile bestehen nicht nur auf Grund der Ganzkörperdiagnostik sondern auch durch die Möglichkeiten kleine, morphologisch leicht zu übersehende oder tatsächlich radiologisch unauffällige Befunde noch richtig darstellen zu können. Die PET kann in einem solchen, negativ-selektierten Kollektiv – die klaren Fälle sind ja sämtlich radiologisch herausgefiltert – immerhin noch in 30-40 % der Patienten den Primarius darstellen (2-4).

Für das CUP-Syndrom sowie für das N-Staging und die Rezidivdiagnostik von Kopf-Hals-Tumoren hat die PET eine höhere Sensitivität als andere diagnostische Schnittbildverfahren, so daß relevante Zusatzinformationen z.B. zum CT, welches routinemäßig erfolgt, gewonnen werden können. Diese Indikationen wurden entsprechend mit 1a gewichtet.

Lungentumoren

Die nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinome (NSCLC) machen etwa 4/5 aller bösartigen Lungentumore aus.

Diese Gruppe stellt mit 18 % der Fälle auch den häufigsten Tumor des männlichen Geschlechts dar. Der Tumor bleibt lange asymptomatisch, die Frühdiagnose gelingt daher vergleichsweise selten, so daß etwa 50 % der Patienten erst im Stadium III oder IV diagnostiziert werden. Unter Einsatz aller Therapiemodalitäten beträgt die Fünf-Jahres-Überlebensrate im Stadium I 50 %, im Stad. II 30 %, im Stad. IIIa < 20 %, IIIb < 5 % und schließlich im Stadium IV < 2%. An die FDG PET werden im Zusammenhang mit den NSCLC mehrere Fragen gestellt:

1. Die Dignitätsbeurteilung neu aufgetretener, solitärer Lungenrundherde,
2. das N-Staging bekannter NSCLC zur Frage der Operabilität,
3. der Nachweis bzw. Ausschluß von Fernmetastasen,
4. die Kontrolle der Effektivität einer Therapie und
5. die Rezidivdiagnostik.

Eine aktuelle Metaanalyse über mehr als 2.500 gut dokumentierte Fälle



Abbildung 3b: Ventrale PET-Projektion des Körperstammes. Nachweis einer solitären Filia im Segment 2 des linken Leberlappens, die retrospektiv auch auf der CT erkennbar wird. Zufallsbefund eines koinzidenten papillären Schilddrüsenkarzinoms des rechten Schilddrüsenlappens. Gleicher Patient wie Abbildung 3a.



(evidence based medicine - (EBM)-Kriterien) konnte hier die Rolle der FDG PET eindeutig belegen (5). Die Dignitätsbeurteilung suspekter Lungenrundherde gelingt mit einer Sensitivität von 96 % bei einer Spezifität von 80 %, mit 88 % bzw. 92 % beim N-Staging, mit 94 % und 97 % für den Nachweis von Fernmetastasen und mit 99 % bzw. 89 % hinsichtlich der Differenzierung von Rezidiven.

Es ist die hohe Zahl solcher meist zufällig in einer konventionellen Röntgenthoraxaufnahme entdeckter Lungenrundherde zu berücksichtigen. Allein in den USA wird diese Zahl auf jährlich über 130.000 geschätzt, von denen aber weitaus weniger als die Hälfte maligne sind. Die im Anschluß heute übliche Computertomographie läßt artdiagnostisch letztlich noch so viele Fälle offen, daß etwa 1/3 aller operierten Lungenrundherde histopathologisch benignen Veränderungen zugeordnet werden.

Auf Grund der recht sicheren Durchführbarkeit, der guten Aussagekraft bei einer Sensitivität und Spezifität von je über 90 % und relativ seltener bedrohlicher Komplikationen im Rahmen der CT-gesteuerten Feinnadelbiopsie bei suspekten Lungenrundherden ist die vergleichsweise teure PET zur Dignitätsbeurteilung v.a. beim älteren Patienten (1a-Indikation) mit erhöhtem Operationsrisiko und bei schlecht erreichbaren Läsionen indiziert. Für alle anderen Fälle einer reinen Dignitätsbeurteilung wird die Methode mit 1b bewertet, während sie naturgemäß für die Fragestellungen 2-5 mit 1a zu bewerten ist.

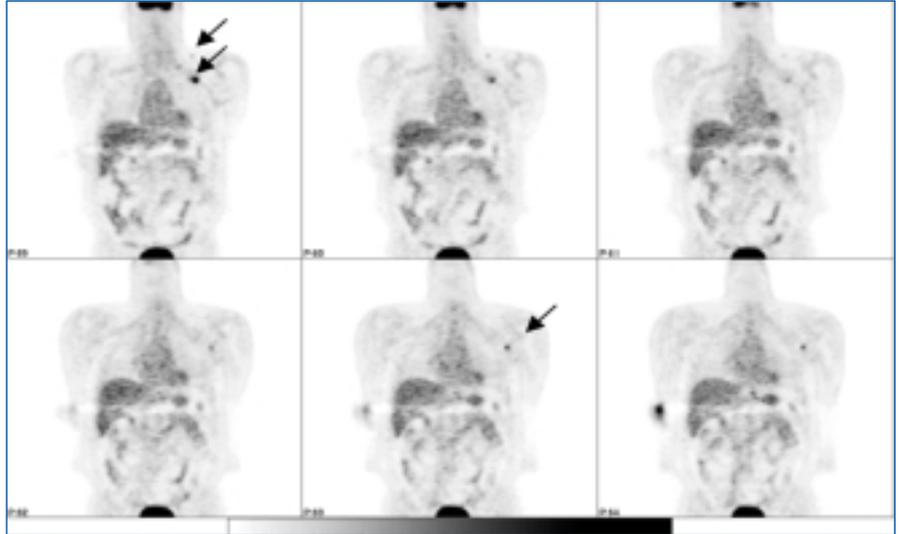


Abbildung 4: PET-Befund einer multiplen lokoregionären Lymphknotenfiltration eines malignen Melanoms. Ursprüngliche Lage des Primarius am linken Oberarm.

Hinsichtlich der potentiell kurativen Operation verbleibt beim konventionellen Staging eine relevante Unsicherheit beim N-Staging der NSCLC, die auch durch die Mediastinoskopie nicht ausgeräumt werden kann. Hier liefert die nicht-invasive PET fundamentale Zusatzinformationen bei vergleichsweise günstigeren Kosten.

Eine Limitation der FDG PET im Rahmen der Abklärung von Lungentumoren liegt in der – wenn auch sehr seltenen – Rate falsch negativer Befunde, die insbesondere bei Lungenrundherden unterhalb 5-7 mm Durchmesser und einigen, vorzugsweise hoch differenzierten histologischen Subtypen, hier v.a. bei fast allen Karzinoiden und etwa 2/3 der bronchoalveolären Karzinome, gefunden wurden. Falsch positive Befunde treten selten in Zusammenhang mit entzündlichen Prozessen, einer Tuberkulose oder Sarkoidose, bei Pilzinfektionen und Pneumonien auf. Diese Befunde sind nach Art und Lage sowie ihrer Relation zu anatomischen Strukturen aber

in der Regel in ihrer Dignität richtig einzuschätzen.

Maligne Lymphome

Die Hodgkin-Lymphome (HL) stellen mit einem Anteil von ca. 1 % aller onkologischen Erkrankungen eine eher seltene Entität dar, die sich durch das meist junge Lebensalter der Patienten und eine Reihe sehr effektiver Therapieoptionen auszeichnet. Sie erfordern konsequente und optimale diagnostische und therapeutische Konzepte, um die erreichbar günstige Prognose (etwa 80 % Zehn-Jahres-Überlebensrate im Stadium I-II) zu erzielen. Fragen an die PET bei Patienten mit HL und auch den intermediate und high Grade Non-Hodgkin-Lymphmen (NHL) lauten:

1. Staging der Erkrankung,
2. Monitoring einer Behandlungsmaßnahme,
3. Differenzierung einer posttherapeutisch verbliebenen Narbe von vitalem Resttumor,
4. Nachweis einer Transformation der Erkrankung in ein höhergradig malignes Verhalten.

Die Datenlage ist bei den Lymphomen im Vergleich zu den Lungentumoren inhomogener. Dies ist mit Fokus auf die HL einerseits auf die nicht immer mögliche histopathologische

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

Befundverifikation und auch das – oft auf einer mangelnden Gesamtfallzahl beruhende – „Vermischen“ von Hodgkin-Lymphomen und Non-Hodgkin-Lymphomen zurückzuführen.

Mit Ausnahme der Low-grade NHL weisen aber alle Lymphome eine kräftig gesteigerte FDG-Aufnahme auf. Sie eignen sich, entsprechende Fragestellung vorausgesetzt, daher hervorragend, um mittels FDG PET untersucht zu werden. Die Datenlage bei histopathologisch verifizierbaren Läsionen und im direkten Vergleich zu morphologisch orientierten Verfahren ist daher – trotz gewisser Inhomogenität – überzeugend.

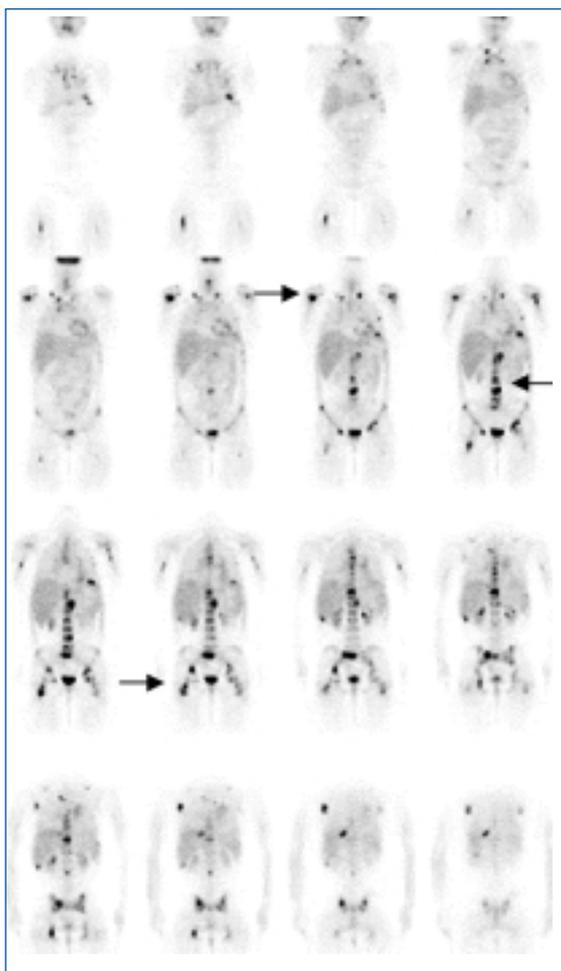


Abbildung 5: Sequenz coronaler Schichten der PET von ventral nach dorsal mit Nachweis einer disseminierten Knochenmarkinfiltration eines entdifferenzierten neuroendokrinen Karzinoms (einzelne Herde beispielhaft markiert). Die MIBG-Diagnostik war in diesem Fall unauffällig.

In 58 histopathologisch verifizierten, extranodalen Läsionen einer Arbeit von Moog et al. (6) wies die PET eine Sensitivität von 100 % bei einer Spezifität von 97 % auf, was der Computertomographie mit jeweils 63 % und 93 % deutlich überlegen war. Zur Differenzierung einer Narbe von vitalem Resttumor nach Chemotherapie – einer echten Domäne der PET – zeigte die PET eine Sensitivität von 71-88 % bei einer Spezifität von 83-86 % (7-9) und erwies sich hier der Computertomographie als überlegen (10).

Limitationen bestehen in seltenen Fällen in der Abgrenzung vitaler Resttumore von entzündlichen Veränderungen, die insbesondere nach percutaner Radiatio noch für einige Wochen (etwa vier bis sechs Wochen) eine definitive Befunderhebung im PET erschweren können. Grundsätzlich ist aber der Effekt einer Therapie mittels PET früher als mit morphologischen Schnittbildtechniken zu beurteilen.

Kolorektale Karzinome

Für die Primär- und Rezidivdiagnostik dieser Tumore stehen mit den radiologischen und endoskopischen/sonographischen Verfahren hervorragende Methoden zur Verfügung. Auf Grund der besonderen Häufigkeit dieser Tumore und auch wegen verbesserter Therapieoptionen, verbleibt aber eine relativ hohe Zahl offener klinischer Fragestellungen oder suspekter Befunde. Der typische Fall hierbei liegt in der unklaren Erhöhung der Tumormarkerwerte im Blut bei unauffälligem oder unklarem klinischen und diagnostischen Be-

fund. In vier großen Arbeiten konnte die PET in der Rezidivdiagnostik bei insgesamt 420 Patienten eine Sensitivität von 93-100 % bei einer Spezifität von 95-98 % erreichen (11-14). Diese Indikation ist entsprechend als 1a klassifiziert worden. Auch hier können zur radiologischen Schnittbilddiagnostik relevante Zusatzinformationen gewonnen werden, da diese im Untersuchungsgebiet begrenzt sind und z.B. Partialvolumeneffekte in einigen Lokalisationen auch gewisse Limitationen hervorrufen können – insbesondere wenn zusätzliche Raumebenen zur transaxialen Standardebene nicht dargestellt werden (s.a. Abbildung 3).

Daneben kommt die PET in denjenigen Situationen mit großem Erfolg zum Einsatz, in denen die konventionellen Schnittbildverfahren unklare bzw. nicht-eindeutige Befunde liefern. Dies trifft – insbesondere nach stattgehabter percutaner Radiatio – v.a. auf die Differenzierung von Narbengewebe und einem Lokalrezidiv zu.

Maligne Melanome

Die malignen Melanome gehören zur Gruppe der relativ am stärksten FDG-anreichernden Tumore. Aus diesem Grunde lassen sich mit hoher Genauigkeit auch sehr kleine Tumorherde nachweisen, wobei auf Grund des willkürlichen Metastasierungsmuster die Vorteile der PET als Technologie für die Ganzkörperdiagnostik besonders zum Tragen kommen. Die Wahrscheinlichkeit für ein metastatisches Geschehen korreliert mit der Größe des Primarius, was den Einsatz der PET als Routineuntersuchung in frühen Stadien nicht sinnvoll macht. Als Grenze wird derzeit eine Tiefeninfiltration des Tumors nach Breslow von > 1.5 mm oder der Nachweis vergrößerter Lymphknoten angesehen. In diesen definierten Fällen ist dann auch der PET vor jedem anderen diagnostischen Verfahren der Vorzug zu geben.

Daneben hat sich die Methode im Rahmen der Nachsorge zur Rezidiv-



diagnostik sowie zum Follow-up bei großen Primärtumoren (pT3/4) und vorausgegangenen Metastasen bewährt.

Neuroendokrine Tumore

Diese heterogene Gruppe relativ seltener Tumore umfaßt für die Erwachsenen vor allem die C-Zell-Karzinome, die malignen Phäochromozytome und Paragangliome sowie im Kindesalter insbesondere die Neuroblastome. Aus nuklearmedizinischer Sicht stellt sich dieses Kollektiv insofern besonders interessant dar, als hier mit der Jod-131-Metaiodbenzylguanidin (MIBG)-Therapie in Zusammenspiel mit der Tumor Chirurgie und der Radiochemotherapie ein potentiell kurativer nuklearmedizinischer Behandlungsansatz gegeben ist.

Im Rahmen einer Diagnostik dieser Tumore wird heute neben der CT vielfach die Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie (SMS) mit In-111-Octreotide und die Szintigraphie mit I-123- oder I-131-MIBG eingesetzt. Die Ganzkörperuntersuchung ermöglicht für die SMS die Prüfung einer Behandlungsoption mit „kalten“, also nicht radioaktiven Somatostatinanaloga, und „heißen“, Yttrium-90-markierten Derivaten. Insgesamt deutet sich dabei an, daß diese Tumoren bei Expression des Somatostatin-Rezeptors eine bessere Prognose aufweisen. Mittels MIBG-Szintigraphie wird dabei – neben einem Staging und auch einer Anwendung i.R. der Nachsorge – ergänzend die Möglichkeit einer entsprechenden Therapie geprüft.

Entdifferenzierte Tumoranteile stellen wichtige Targets für die PET mit FDG dar, da hier – wie bei anderen Tumoren auch – die lokale Glukoseutilisation stark gesteigert ist. Dieses schon bei den differenzierten Schilddrüsenkarzinomen als „Flip-Flop-Phänomen“ beschriebene Verhalten eines unterschiedlich darstellbaren Verhaltens differenzierter und mäßig bzw. schlecht differenzierter Tumorklone scheint auch für eine

Tabelle 2: Erstattungsfähige Indikationen der FDG PET in den USA gemäß Medicare Coverage Advisory Committee

Erkrankung	Indikation
Nicht-kleinzelliges BC	zur Diagnose, zum Staging und Restaging
Oesophaguskarzinom	zur Diagnose, zum Staging und Restaging
Kolorektales Karzinom	zur Diagnose, zum Staging und Restaging
Maligne Lymphome	zur Diagnose, zum Staging und Restaging
Maligne Melanome	zur Diagnose, zum Staging und Restaging (*)
Kopf-Hals-Tumore	zur Diagnose, zum Staging und Restaging

* regionales N-Staging ausgenommen

Reihe der neuroendokrinen Tumore zu gelten.

Bei Neuroblastomen konnte in einer größeren Arbeit an einem Kollektiv von 51 Fällen die Wertigkeit der FDG PET vor allem in der Nachsorge dieser Patienten belegt werden (15). Unter Ausschluß zentralnervöser Tumormanifestationen – die der FDG PET nur schlecht zugänglich sind – ist nach dieser Studie die Nachsorge der Neuroblastome bildgebend mittels PET und der Knochenmarkbiopsie allein ausreichend.

Kostenerstattung für die FDG PET in der Onkologie

Auch wenn die vorliegende Übersicht und insbesondere die Arbeit von Reske et al. (1) eine Orientierung über PET-relevante Fragestellungen gibt, so lohnt sich in jedem Fall auch bei den nicht mit 1a oder 1b klassifizierten oder auch den unerwähnten Fragestellungen die Diskussion der Kasuistik mit einem PET-erfahrenen Nuklearmediziner. Im Hinblick auf die Kosten der Diagnostik ist in jedem Fall eine kritische Analyse vorhandener und ggf. fehlender Befunde im Kontext mit den Möglichkeiten der PET erforderlich, um zu einer fundierten Indikationsstellung zu kommen.

Während die Privatkrankenkassen die Leistungen der PET regelhaft erstatten, sieht die Situation bei den gesetzlichen Krankenkassen leider noch immer deutlich schlechter aus. Bei gesetzlich versicherten Patienten ist vor jeder Untersuchung die Kostenübernahmeerklärung des Versicherungs-

trägers einzuholen. In der Regel erfolgt eine Einzelfallentscheidung nach Stellungnahme durch den medizinischen Dienst der GKV. Diese Stellungnahme kann im Einzelfall, speziell bei erforderlichen Ein- und Widersprüchen, bis zu einigen Wochen in Anspruch nehmen. Gegebenenfalls kann die PET auch prä- oder poststationär zur Vermeidung oder zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes angewandt werden, was eine entsprechende Vergütung rechtfertigt. Zum Vergleich sind in Tabelle 2 die seitens Medicare für die USA definierten PET-Indikationen, die im Leistungskatalog der Kasse enthalten sind, dargestellt.

Diskussion

Für das Gesamtgebiet der onkologischen Diagnostik bleibt festzustellen, daß die FDG PET bei einer Reihe von Indikationen (s.a. Tabelle 1) einen festen Platz einnimmt. Die PET konkurriert dabei kaum mit den radiologischen Verfahren, die Kraft flächendeckender Verfügbarkeit und Indikation ohnehin in der Mehrzahl der Fälle initial eingesetzt werden. Sie stellt vielmehr oft eine ideale und entscheidende Zusatzinformation dar. Ihr Einsatz – als Ganzkörperuntersuchungsverfahren – richtet sich nach lokaler Befunderhebung auf Fragen des Stagings sowie der Therapieplanung und -kontrolle. In diesen Bereichen ist die PET nachgewiesenermaßen dann auch kosteneffektiv. Radiologische Untersuchungen werden danach oft wieder – speziell vor einer tumorchirurgischen

Intervention – zur gezielten morphologisch „greifbaren“ Befunddarstellung benötigt.

Ähnlich wie seit langem für die radiologische Diagnostik bekannt, ist auch die FDG PET an hohe Ansprüche hinsichtlich der Qualifikation ihrer Anwender, an den technischen Standard und die Datenverarbeitung geknüpft und ihr Resultat wird durch diese Faktoren unmittelbar beeinflusst. So ist, neben einem standardisierten Akquisitions- und Verarbeitungsprotokoll und einem engmaschigen unmittelbaren Feedback des weiterbehandelnden Arztes, u.a. auch ein dedizierter Vollring-PET-Scanner zu fordern. Unter diesen Voraussetzungen leistet die FDG PET einen wichtigen Beitrag im diagnostischen Spektrum und damit in der optimalen Versorgung onkologischer Patienten.

Die aktuelle Anwendung der Methode ist dabei zunächst auf FDG als Tracer fokussiert. Mit der Entwicklung und dem weiteren Ausbau leistungsfähiger radiochemischer Labore wird künftig eine zunehmend exaktere in-vivo-Charakterisierung von Tumoren möglich werden. Hierbei wird das nicht-invasive „molecular-imaging“ mittels PET für den Onkologen Einblicke in Biologie, Differenzierung und Therapiereponse der Tumorerkrankungen ermöglichen,

die eine präzisere und damit auch nebenwirkungsärmere Behandlung erlauben.

Literaturverzeichnis

1. Reske SN, Kotzerke J. FDG-PET for clinical use. Results of the 3rd German interdisciplinary consensus conference „Onko-PET III“, 21 July and 19 September 2000. Eur J Nucl Med 2001; 28: 1707-1723
2. Manolidis S, Donald PJ, Volk P, Pounds TR. The use of positron emission tomography scanning in occult and recurrent head and neck cancer. Acta Otorhinolaryngol Ital 1998; 18: 387-391
3. Assar O, Fischbein NJ, Caputo GR, et al. Metastatic head and neck cancer: role and usefulness of FDG PET in locating occult primary tumors. Radiology 1999; 210: 177-181
4. Bohuslavizki KH, Klutmann S, Kroger S, et al. FDG PET detection of unknown primary tumors. J Nucl Med 2000; 41: 816-822
5. Hellwig D, Ukena D, Paulsen F, Bamberg M, Krisch CM. Metaanalyse zum Stellenwert der Positronen-Emissions-Tomographie mit F-18-Fluorodesoxyglucose (FDG-PET) bei Lungentumoren. Pneumologie 2001; 55: 367-377
6. Moog F, Bangerter M, Diederichs CG, et al. Extranodal malignant lymphoma: detection with FDG PET versus CT. Radiology 1998; 206: 475-481
7. Bangerter M, Moog F, griesshammer M, et al. Role of whole body FDG-PET imaging in predicting relapse of malignant lymphoma in patients with residual masses after treatment. Radiography 1999; 5: 155-164
8. Cremerius U, Fabry U, Kröll U, et al. Klinische Wertigkeit der FDG-PET zur Therapiekontrolle bei malignen Lymphomen – Ergebnisse einer retrospektiven Studie an 72 Patienten. Nuklearmedizin 1999; 38: 24-30
9. Jerusalem G, Beguin Y, Fassotte MF, et al. Whole-body positron emission tomography using 18F-fluorodesoxyglucose for posttreatment evaluation in Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma has higher diagnostic

and prognostic value than classical computed tomography scan imaging. Blood 1999; 94: 429-433

10. de Wit M, Bohuslavizki KH, Buchert R, et al. 18FDG-PET following treatment as valid predictor for disease free survival in Hodgkin's lymphoma. Ann Oncol 2001; 12: 29-37

11. Delbeke D, Vitola JV, Sandler MP, et al. Staging recurrent metastatic colorectal carcinoma with PET. J Nucl Med 1997; 38: 1196-1201

12. Flamen P, Stroobants S, Van Cutsem E, et al. Additional value of whole-body positron emission tomography with fluorine-18-2-fluoro-2-deoxy-D-glucose in recurrent colorectal cancer. J Clin Oncol 1999; 17: 894-901

13. Valk PE, Abella-Columna E, Haseman MK, et al. Whole-body PET imaging with [18F] fluorodeoxyglucose in management of recurrent colorectal cancer. Arch Surg 1999; 134: 503-513

14. Delbeke D, Martin WH, Sandler MP, et al. Evaluation of benign vs. malignant hepatic lesions with positron emission tomography. Arch Surg 1998; 133: 510-515

15. Kushner BH, Yeung HW, Larson SM, et al. Extending positron emission tomography scan utility to high-risk neuroblastoma: fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography as sole imaging modality in follow-up of patients. J Clin Oncol 2001; 19:3397-3405

16. Kuwert T, Bartenstein P, Grünwald F, et al. Clinical value of positron emission tomography in neuromedicine. Position paper on results of an interdisciplinary consensus conference. Nervenarzt 1998; 69:1045-1060

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. C. Menzel
Klinik für Nuklearmedizin
Klinikum der Johann Wolfgang
Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt / Main

Anzeige

NEU UND GEBRAUCHT

ULTRASCHALL

mit Garantie + KV-Zulassung
Ankauf, Verkauf, Service

**ständige attraktive
Sonderangebote**

Ihr gewissenhafter Partner direkt vor Ort:
KMT Kälzer Medizintechnik
 Beatusstr. 17
 56073 Koblenz
 Tel 0261.94704-0
 Fax 0261.94704-22

Zeyher Str. 2
 68723 Schwetzingen
 Tel 06202.9259292
 Fax 06202.9259294

GROSSE
AUSSTELLUNG
FARBDOPLER

Anzeige

Gebrauchtgeräte

EKG * Spirometer * Therapie,
generalüberholt, mit Garantie.

Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen
aller Fachrichtungen

MED.ORG. -Einrichtungsberater
Fine Medical Partners

Medizintechnik • Praxiseinrichtung • techn. Service

Dipl.-Ing. Keil + Kistler

Heinrich-Heine-Str. 6 • 35440 Linden/Gießen
Fon: (0 64 03) 40 81 • Fax: (0 64 03) 7 63 75

PC gestützte cardiopulmonale
Diagnostik

TERRORISMUS – TODESFURCHT UND TODESMUT

*Risiken und Chancen geistiger Wandlungen nach dem 11. September 2001¹
Antworten eines psychiatrischen Zeitgenossen zu einer Anfrage der
University of Maryland*

von H. J. Bochnik, Frankfurt/Main

Das erschrockene Entsetzen nach den mörderischen und selbstmörderischen Terroranschlägen auf das World Trade Center wurde weltweit durch Medien, mit Augenzeugenschaft für jedermann, verbreitet, verstärkt und verlängert.

Die Neigung zur routinierten Betroffenheit wurde durch die wiederholten Selbstmordakte, mit denen Israel terrorisiert wird, immer wieder durch echte Betroffenheit verdrängt.

Auch die staatlichen Reaktionen wurden durch Erschrecken, Entsetzen, Angst, gekränktes Machtbewußtsein und Rachsucht mitgesteuert. Verunsicherungen führten auch weltweit zu Vermeidenshaltungen, die wiederum zu schweren wirtschaftlichen Einbrüchen geführt haben.

Daß nichts mehr so sei, wie es vorher war, hören wir aus den USA, die sich seitdem zum Krieg entschlossen haben und die Nato mitzogen.

Die University of Maryland fragte deshalb nach geistigen Wandlungen als Folge des 11. September 2001.

Angrenzende psychiatrische und psychotherapeutische Erfahrungen ergaben sich besonders aus Konfliktberatungen, die auch zum inneren und äußeren Frieden führen sollten:

Todesfurcht, Verlustängste, Trauer tauchen dabei ebenso auf, wie Angst, Verzweiflung, Haß, narzißtische Kränkung, Macht- und Rachsucht, wie zerstörende und selbstzerstörerische Gehässigkeiten, die einem vernünftigen Interessenausgleich, mit innerem und äußerem Frieden, entgegen stehen und

daher überwunden werden sollen (juristisch heißt „sollen, müssen wenn möglich“).

Die persönlichen Partnerschaftskonflikte zeigen grundsätzlich ähnliche Auswege zum Frieden, wie die großen Konflikte zwischen Völkern, Staaten, Weltanschauungen und Religionen, die noch kompliziert werden durch vernetzte wirtschaftliche und politische Interessen, durch massenpsychologische Realitäten und durch vordringliche Wählererwartungen an Kraft- und Macht-demonstrationen sowie an Vergeltung.

Friedensfähigkeit im Großen wie im Kleinen setzt den guten Willen und die Befähigung voraus, die Interessen des anderen zu verstehen und kompromißhaft zu berücksichtigen.

Die Friedensfähigkeit kann durch eine geistige Haltung vorbereitet werden: **sich selbst durch die Augen des anderen sehen lernen und dessen Bewertungen achten.**

Die Schwierigkeit dieser psychotherapeutischen Empfehlung liegt darin, daß die verfeindeten Parteien erst begreifen lernen müssen, daß das Wohl beider Seiten gemeint ist und daß man – wie bei Ehekonflikten – im Vorfeld der Verständigung leicht der Parteinahme verdächtigt wird („Sie wollen ja bloß meinem Mann Recht geben“).

Das parteiische moralisierende Mißverständnis bei der Verständigungssuche im nahen Osten, entweder antisemitisch oder antiarabisch zu sein, darf Friedensbemühungen nicht abschrecken.

Denn eines muß klar sein: **wer nicht willens ist verstehen zu lernen, wird keinen Frieden finden.** Das gilt für Ehekonflikte, wie für den Nahostkonflikt. Beispiele der Iren und Basken sollten warnen, denn mörderischer Haß kann, über Generationen hin, einen langen Atem behalten.

Sicher ist deshalb, daß äußere politische Bemühungen nicht ausreichen, um einen Verständigungsfrieden zu schaffen, sofern sich die Betroffenen nicht zum wechselseitigen Verstehen entschließen. In diesem Sinne kann – wie in der Psychotherapie – Hilfe nur Hilfe zur Selbsthilfe sein.

Dabei ist es grundsätzlich doch sicher, daß Frieden zwischen Israelis und Palästinensern beispielhaft blühende Landschaften und Wohlstand schaffen können.

Frieden ist geistig vorzubereiten. In Partnerschaftskonflikten kann der Therapeut die „Feinde“, oder milder die „Gegner“, zu der Befähigung führen, sich selbst durch die Augen des anderen zu sehen.

Im nahöstlichen Völkerkonflikt könnte dieser Bewußtseinswandel durch Medien vermittelt werden, die es mit beiden Seiten wohl meinen, die vom Existenzrecht der Israelis wie der Palästinenser in selbstgewählten Ordnungen und sicheren Grenzen ausgehen.

Was muß angesichts der Lage verstanden werden:

1. Es gibt keine Sicherheit vor ent-

schlossenen, rücksichtslosen, selbstmörderischen Terroristen. Ihre Stärke liegt in dem glaubensfesten Vertrauen in die Gerechtigkeit ihres Handelns, das unmittelbar ins Paradies führen soll und das sie aus sozialem Nichts zu Helden aufsteigen läßt.

2. Selbstmordterror, eine weltweit zunehmende Taktik der Schwachen.

Dies zu verstehen ist wichtig, denn es nützt nichts – zum Troste gefährdeter und betroffener Israelis – Selbstmordterror zum Verbrechen zu erklären, „das durch nichts zu rechtfertigen ist“. Diese einseitige Erklärung der Illegalität enthält eine Fehleinschätzung der Kräfte und Interessen der kriegführenden Schwachen, die Selbstmordattentate weiterhin als Kriegshandlungen (mangels regulärer technisierter Truppen) einsetzen und als solche auch verstehen. Natürlich muß man sich der Attentäter erwehren. Ziel sollte es aber sein, die dahinter stehenden kriegführenden Interessen hinsichtlich einer Kompromißfähigkeit zu überprüfen.

Der selbstmörderische High-Tech-Terror mittels Flugzeugentführungen, wie gegen das World-Trade-Center, beweist ein hohes Maß an Planungsfähigkeit, organisatorischem Können, Finanzkraft und zuverlässiger Todesbereitschaft von technisch und geistig gut geschulten Einzelkämpfern. Solche spektakulären technischen Leistungen werden deshalb wohl selten bleiben.

Immerhin ist es jetzt denkbar, daß man als ahnungsloser Passagier eines Linienfluges sein Ende in einer fliegenden Bombe findet. Schon der Gedanke daran kann ängstigen und geplante Flüge absagen lassen. Vergessen werden dabei weit häufigere tödliche Möglichkeiten, wie sie bei Verkehrsunfällen auf Straßen täglich, oft in der Luft und auf See, in Naturkatastrophen und bei tödlichen Krankheiten vorkommen.

Zahlreiche, aber einzeln handelnde gläubige Selbstmordkrieger können viel häufiger als durch High-Tech-Terror Unheil anrichten. So geraten un-

schuldige, ahnungslose Passanten unversehens in eine Sprengung oder in eine Kalaschnikow-Garbe. Während man im letzten Krieg noch durch Fliegeralarm gewarnt wurde und einen Luftschutzbunker aufsuchen konnte, können die armen Israelis heute warnungslos an allen Orten zerfetzt und verwundet werden. Die allgegenwärtige warnungslose Gefahr fördert Angst und Unsicherheit als Dauerzustand.

Es ist daher eine sehr gefährliche Aussicht, daß Rekrutierungen und Einsatz von schlichten islamischen Terrorkriegern vergleichsweise einfach und wirksam sind:

Weltweit in islamisch-gläubigen Elendsgebieten wachsen chancenlose, arbeitslose, ungebildete, aber auch religiös fanatisiert junge Menschen heran. Ihnen wird die Chance geboten, durch einen Knall aus der sozialen Elendsexistenz und aus der persönlichen Bedeutungslosigkeit zum Helden aufzusteigen und sofort ins Paradies zu kommen. Die Frage, „warum noch leben, wenn man sich so leicht aus dem Elend ins Paradies verabschieden kann“, dürfte besonders unter dem Druck des Gegenterrors zunehmend verführerisch werden.

Auch die strategische Steuerung des Selbstmordterrors ist verführerisch.

Mit einem militärisch minimalen Aufwand von nur 100 Selbstmordkriegern – also nicht einmal einer Kompanie – könnte ein hochtechnisierter Krieg mit Gegenterror unerträglich gemacht werden.

Die einzig denkbare Abschreckung dieser gläubigen Krieger wäre eine Wandlung ihres Glaubens, die aus der Pflicht zur terroristischen Opferung des Lebens eine Sünde macht, die ins persönliche Nichts, in die Hölle oder in ewige Verdammnis führt. Eine solche, durchaus denkbare Glaubenswandlung ist heute ebenso wünschenswert, wie unrealistisch. Vielleicht könnte sie übermorgen unter der Autorität eines friedlichen Islams in Erfüllung gehen, wenn die verachtende Unterdrückung gewichen ist.

Will man eine solche Wandlung för-

dern, sollte man diese Selbstmordkrieger nicht nur als Verbrecher behandeln, sondern **als Gesinnungstäter anerkennen**, deren Ehre durch die notwendige Bekämpfung unberührt bliebe, dies auch als Garant einer möglichen Wandlung. Im deutschen Strafrecht wurde bis kurz nach dem 1. Weltkrieg noch zwischen kriminellen Tätern und Gesinnungstätern unterschieden. Letztere kamen in Festungshaft, die die Ehre nicht berührten, und nicht ins Zuchthaus – (so wie auch Kriegsgefangenschaft nicht entehrt – ein zusätzliches Problem –, da der Nahost-Krieg sich weit außerhalb der Regeln der Haager Landkriegsordnung vollzieht).

Ähnliche Wandlungen hat der Islam schon hinter sich: So einmal die Heranbildung der mörderischen Assassins (kurz vor und während der Kreuzzüge), so zum anderen auch die humane tolerante wissenschaftliche und künstlerische Befruchtung der abendländischen Kultur bis an die Grenze der Neuzeit. Allerdings fehlt dem Islam unsere Epoche der Aufklärung, die rationale Konfliktlösungen erleichtert.

Kann tödliche Feindschaft überwunden werden?

Diesbezüglich sind die USA und Israel als Opfer terroristischer Selbstmordtaktik und deren möglicher Überwindung in sehr verschiedenen Situationen.

Im Krieg der USA ist der Feind weltweit verstreut und schwer erkennbar, dazu drohen Massungsvernichtungsmittel. Der Feind kann mit militärisch vergleichsweise minimalen Mitteln großen materiellen und mentalen Schaden anrichten und eine militärische Bekämpfung provozieren, die unvergleichlich viel teurer ist, die aber auch Angst, Haß und gefährliche Solidarisierung fördert und deren Sieg unsicher ist. Man denke an Vietnam.

Ganz anders Israel. Hier kämpfen zwei benachbarte Bevölkerungen um ihr Lebensrecht, die gemeinsam Wohlstand hervorbringen können. Jetzt sind sie beide befangen in Angst, Haß, Rach- und Machtssucht. In dieser ver-

fahrenen Lage, in der Handlungen durch Emotionen bestimmt werden, kann, wie gesagt, die viel beschworene diplomatische Befriedung von außen keinen dauerhaften Erfolg bringen, da den nur Israelis und Palästinenser gemeinsam herbeiführen können.

Beide könnten sich ein Beispiel am Abbau des tödlich gefährlichen Ost-West-Konfliktes nehmen, der erst möglich wurde, nachdem jede Seite auch die Interessen des anderen bedachte.

Israelis und Palästinenser haben einen Schlüssel zum Frieden in der Hand, da sich Völker mit ihren abwägbaren Interessen persönlich gegenüber stehen. Sie könnten die feindlichen Emotionen abbauen, wenn sie lernen, wie beschrieben, sich selbst durch die Augen des anderen zu sehen.

Ganz anders die USA, die keine gemeinsame Grenze zu einem Volk mit einer terroristisch agierenden Glaubensgemeinschaft haben. Sie kann daher auch keinen Interessenausgleich von Volk zu Volk schaffen. Umgekehrt ist daher auch die Legitimierung des Terrors durch ein Kriegsziel noch viel problematischer. Außerdem: USA und Nato müssen gegebenenfalls auch militärisch dem bedrohlichen Aufbau von Massenvernichtungsmitteln entgegenzutreten können.

Der westlich tabuisierte Tod

Die ersten Überlegungen zu Risiken und Chancen der geistigen Wandlungen nach dem 11. September 2001 betrafen das Erleben von Völkern in provozierten kriegerischen Auseinandersetzungen. Natürlich steht hinter den politisch und militärisch wirksamen Massenaffecten immer auch ganz persönliches Erleben von Ängsten, Befürchtungen und Verunsicherungen, die m.E. mit dem tabuisierten Tod zusammenhängen. So ist bei uns die Verständnislosigkeit gegenüber der Todesbereitschaft der Selbstmordterroristen die Regel. Sie verrät eine fehlende Gelassenheit gegenüber Tod und Sterben, die einen rationalen Umgang mit dem einzigen und unvermeidlichen Erlebnis, das uns allen bevorsteht, blockiert.

Die Verdrängung des Todes entspricht einem westlichen egozentrischen Zeitgeist, der auch Aufopferungspflichten als Zumutungen ausweicht. So kontrastiert zum Beispiel Wehrdienstverweigerung mit dem freiwilligen Zustrom zum glaubensfesten Selbstmordterrorismus.

Der 11. September 2001 hat die normale Verdrängung des persönlichen Todes mit seiner Unsicherheit, hinsichtlich Vernichtung oder Weiterleben in anderer Form, dramatisch zerrissen. Klar wurde, daß es keine Sicherheit gibt, die die Angst vor dem eigenen, auch überraschenden Tod einfach überwinden könnte.

Zuerst ist der Angst die Macht zu nehmen, da Angststeuerung der Würde des Menschen widerspricht, weil sie die Freiheit zu autonomen Entscheidungen fesselt. Da Angst einer der gefährlichsten Widersacher der Besonnenheit ist, ist Angstbekämpfung zur Wahrung der Würde auch eine Ehrensache (ausführlicher über Angst und Panik bin ich im Hessischen Ärzteblatt 1/2002 a.a.O. eingegangen).

Angst entsteht durch ein Mißverhältnis zwischen Selbstsicherheit und Bedrohung. So gibt es mehrere Wege zu der Angstbekämpfung:

- ▶ Selbstsicherheit kann durch Besinnung auf die eigenen Kräfte erhöht werden.
- ▶ Wenn möglich, ist das Gewicht der Bedrohung zu vermindern.
- ▶ Wenn die Bedrohung unvermeidlich tödlich ist, kann die normale Angst schwinden bei gelassenem Akzeptieren der tödlichen Möglichkeit. So können in gefährlichen Situationen rettende Handlungsspielräume gewonnen werden.
- ▶ Pflichterfüllung kann das Akzeptieren des Todes erleichtern (wie es z.B. für Soldaten aller Zeiten selbstverständlich war und ist)
- ▶ Aussicht auf Ruhm kann den Tod versüßen. Dies gilt sicher für die Selbstmordterroristen, wie auch für freiwillige „Himmelfahrtkommandos“ in Kriegen, z.B. Kamikaze-Flieger; wahrscheinlich gilt dies auch

für rekordjagende Extremsportler. Daß Tatenruhm und Helden seit jeher verehrt werden, läßt sich an Denkmälern und schriftlichen Zeugnissen ablesen. Wenn wir Deutsche, nach dem Mißbrauch der Opferbereitschaft, mit Heldentum auch sehr zurückhaltend umgehen, ändert dies nichts daran, daß in Katastrophen „Helden und Feiglinge“ auftauchen.

- ▶ Angst vor dem eigenen Tod, insbesondere dem Opfertod, kann in verinnerlichter religiöser Gläubigkeit schwinden, die alle großen Religionen der Welt anbieten.
- ▶ Unter dem Einfluß des naturwissenschaftlichen Denkens ist in der westlichen Welt die schützende Glaubensgewißheit zurückgedrängt worden, die in der östlichen Welt mangels eines Jahrhunderts der Aufklärung fraglos blieb.
- ▶ Dem Skeptiker bleibt, dem unvermeidlichen Ende tapfer und mit neugieriger Gelassenheit entgegen zu gehen.

Fazit:

Die Fragen nach Risiken und Chancen geistiger Bewegungen nach dem 11. September 2001 berührten neben massenpsychologischen, politischen und militärischen Problemen auch ganz persönliche Einstellungen zum Tod.

Die persönlich-psychotherapeutisch wie rational-politisch friedenschaffende Chance ist der Wille zur Verständigung, das bedeutet zu lernen, sich selbst durch die Augen des Gegners zu sehen, um zu beidseits erträglichen Interessensabwägungen zu kommen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. J. Bochnik
Psychiatrie – Neurologie –
Psychotherapie
Zentrum der Psychiatrie der Universität
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60258 Frankfurt/Main
Tel.: 069 – 6301 / 7196

¹ Professor Goeke danke ich für die Anregung, über diese Fragen als Psychiater nachzudenken.



Ausgabenexplosion Arzneimittel – Was ist zu tun?

Handlungsoptionen zur Steuerung des Arzneimittelmarktes mit dem Ziel einer Ausgabenbegrenzung

Vorbemerkung

Durch den erheblichen Ausgabenanstieg für Arzneimittel in Deutschland im Jahr 2001 von ca. 10,5% sind diverse hektische gesetzliche Aktivitäten durch die Regierungskoalition in Gang gesetzt worden. Der Anstieg in Deutschland ist jedoch beim Blick über die Grenzen ein internationales Phänomen in Ost und West, in Nord und Süd. Deswegen erfolgen zur Zeit in allen mit der Bundesrepublik vergleichbaren Nationen Überlegungen zur Steuerung der Arzneimittelausgaben.

Grundsätzlich hat der Staat, der verantwortlich ist für die Daseinsvorsorge seiner Bürger, zur Steuerung der Arzneimittelausgaben zwei extreme Optionen, nämlich: Totale Freigabe des Marktes und den Verzicht auf jedwede Eingriffe oder die totale staatliche Regulierung.

Entschließt man sich zur **totalen Freigabe ohne Interventionen**, dann würde das für Deutschland u.a. den Wegfall des Festbetragsystems, den Wegfall des Wirtschaftlichkeitsgebots im SGB V, den Wegfall der gerade erst geschaffenen Aut-Idem-Substitutionsregelung in den Apotheken und den Wegfall von Negativlisten und der geplanten Positivliste bedeuten. Auch die gesetzlich festgelegten Preisspannen des Großhandels und der Apotheken würden ebenso verschwinden wie das Verbot des Versand- und Internethandels.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß in der Bundesrepublik dieser Weg derzeit nicht angedacht wird.

Andererseits würde eine **totale staatliche Intervention** bedeuten: Einrichtung einer Preisfestsetzungsbehörde für alle Arzneimittel, auch für solche, die patentgeschützt sind, und für generische Substanzen. Und die Arzneimittel-

zulassung nur, wenn die Neuzulassung auch einen ökonomischen Zusatznutzen aufweist, sowie die Erarbeitung einer straffen Positivliste unter Wegfall der Schutzzonen um die besonderen Therapierichtungen. Und damit verbunden: Die staatliche Zuteilung von Arzneimitteln, was letztendlich die Schaffung staatlicher Distributionsvergabestellen voraussetzen wird. Im Hinblick auf die Geschehnisse im sozialistischen Ostblock vor dem Zusammenbruch ist es sehr unwahrscheinlich, daß dieser Weg in seinen extremsten Ausprägungen in Deutschland gegangen werden wird.

Fortsetzung des moderaten Umbaus

Wenn beide Extremvarianten nicht zum Zuge kommen und die Arzneimittelkosten beitragsrelevante Steigerungsraten aufweisen, wird an einem weiteren moderaten Umbau des Systems gearbeitet werden müssen.

Folgende Optionen werden auf der Agenda stehen:

► Preisabsenkung für Generika

Eine drastische Preisabsenkung für Generika ist eine Option u.a. auch deswegen, weil die derzeitige 1:1 Rabattierung zu Gunsten der Apotheker durch die generischen Firmen zu unterbinden sein wird. Die Preispielräume für die Rabattierung ergeben sich durch das im internationalen Vergleich zu hohe Niveau der Generikapreise.

► Reimportmißbrauch

Intervention des Gesetzgebers bei den Rabattierungspraktiken der Reimport-Firmen, die durch die unglückselige Schiedsamtentscheidung gegen die Apothekerschaft ihre Preise so stark angehoben haben, daß sie aus den Gewinnen der Reimport-

umsätze naturale Rabattierungen und geldwerte Rabattierungen an den Handel vornehmen. Diese Rabatte stehen, wenn überhaupt jemandem, dann der GKV zu.

► Aut-Idem-Begrenzung

Begrenzung der Aut-Idem-Substitution auf solche Arzneimittel, die eine unproblematische Kinetik und Bioverfügbarkeit haben, um prognostizierbares, komplikatives Geschehen im Einzelfall auszuschließen. Zugleich auch Begrenzung der Substitution auf feste Arzneimittel, da bei Salben und anderen Zubereitungen häufig außer dem Wirkstoff die Art der galenischen Zubereitung für die Wirkung des Wirkstoffs maßgeblich ist und deswegen ein eigentlicher Aut-Idem-Vergleich nicht möglich ist.

► Entweder:

Arzneimittelzulassung unter Hinzufügung eines vierten Kriteriums

Bisher muß jedes Arzneimittel zugelassen werden, wenn der Qualitäts-, Wirksamkeits- und Sicherheitsnachweis erbracht ist. Zu fordern ist: Eine Zulassung nur, wenn ein gesundheitsökonomischer Zusatznutzen als viertes obligates Kriterium in das Zulassungsrecht eingefügt wird.

► Oder:

Begrenzung der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Nur noch solche Arzneimittel werden bei harter Beleglage für einen nachhaltigen gesundheitsökonomischen Zusatznutzen im GKV-System zur Verfügung stehen. Dieser gesundheitsökonomische Zusatznutzen muß durch Endpunktstudien und eine gute Beleglage für den Zusatznutzen belegt sein. Wobei die Zahl der zu behandelnden Patienten

ten, um ein schweres oder tödliches Ereignis zu vermeiden, in einem gesellschaftlich akzeptablen, wirtschaftlich tragbaren Verhältnis zueinander stehen muß. Dazu braucht man entweder ein neues unabhängiges Institut oder eine diesbezügliche Konkretisierung der Aufgaben durch Gesetzesänderung für die Arbeit der Positivlistenkommission und des ihr zur Verfügung stehenden Instituts.

► Preisgestaltung im patentgeschützten Bereich

Eine bisher nie da gewesene Hochpreispolitik mit Therapiekosten von DM 30.000,- – 50.000,- pro Patient und Jahr hat sich in den letzten zwei Jahren etabliert. Dies wird sich dauerhaft keine Volkswirtschaft gefallen lassen, weil die Bezahlbarkeit des Systems in Frage steht. Es wird nicht mehr um die Frage gehen: „Brauchen wir ein solches Medikament?“, sondern es wird um die Frage der Verfügbarkeit dieses Medikaments für alle Bürger eines Landes gehen.

Entweder ist der gesundheitsökonomische Zusatznutzen eines solchen Präparats z.B. durch Veränderung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, durch Verhinderung von Invalidität, durch Reduktion von Krankenhausaufenthalten groß genug, den Hochpreis zu rechtfertigen, oder es erfolgt keine GKV-Zulassung.

Alternativ kann nur dann eine Zulassung erfolgen, wenn ein moderater Preis, dessen obere Grenze der Staat oder das GKV-System bestimmen, abverlangt wird.

► Distributionskosten

Unabhängig von der Lösung dieser zum Teil sehr komplizierten Fragen im Zusammenhang mit einer verbindlichen Definition dessen, was ein gesundheitsökonomischer Zusatznutzen ist, muß die Distribution und ihre Kosten neu geregelt werden. Es wird in den nächsten zehn Jahren vorwiegend hochpreisige Zulassungen, die den Patienten letztendlich mehrheitlich nicht vorent-

halten werden können, geben. (In jedem konkreten Einzelfall der Verweigerung gehen Politik und Kassen spätestens nach der ersten kritischen Fernsehsendung in die Knie.)

Erforderlich ist:

- Die Großhandelsspanne für Hochpreispräparate drastisch absenken, um den geringen Aufwand und den hohen Ertrag in eine angemessene Relation zu bringen.
- Die Apothekenspannen für Hochpreispräparate weiter drastisch absenken. Diese Präparate werden vom Apotheker nicht vorfinanziert, nicht auf Lager gehalten, sondern nur dann besorgt, wenn ein Rezept vorliegt. Der Arbeitsaufwand für diesen einfachen Handelsvorgang ist für ein einfaches Kopfschmerzmittel der gleiche wie für ein Hochpreispräparat.
- Die Mehrwertsteuer für alle Arzneimittel, aber insbesondere für Hochpreispräparate, ist durch Absenkung dem europäischen Niveau anzupassen.
- Versandhandel und Bezug von Arzneimitteln über Internet-Apotheken sind in Deutschland nicht mehr zu verhindern.

Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von Hochpreispräparaten:

Die Verordnungsbegrenzung von Hochpreispräparaten an bestimmte Qualifikationen der Ärzte ist eine denkbare Option („Waffenschein“). So kann die Verordnungsfähigkeit gebunden werden an den Facharztstatus oder an eine Kooperationsverpflichtung bei Indikationsstellung und Verordnung mit einem Referenzzentrum. Einrichtung von Zweitmeinungskommissionen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleiche Qualifikationsvoraussetzungen für Klinik und Praxis müssen geschaffen werden, um die Schlepperfunktion dieser Präparate aus der Klinik in die Praxis unter gleichen Bedingungen zu stellen. Kostenerstattungsversprechen der Kassen vor Therapiebeginn. Wirtschaftlichkeitsanktionen im Falle von Umgehungsstrategien.

► Off Label Use

Eine strikte Begrenzung der Verordnung auf den Zulassungsstatus mit Sanktionen im Falle des Zuwiderhandelns wird unumgänglich sein. Anreizsysteme für die Arzneimittelindustrie müssen geschaffen werden, um die Antragstellung zur Indikationsausweitung attraktiver zu gestalten. Durch das BSG-Urteil vom 19.3.2002 hat die bequeme und billige Indikationsausweitung über die ärztliche Verordnung unter Hinweis auf die „Therapiefreiheit des Arztes“ ein Ende.

► Orphan Drugs

Für den Morbus Gaucher, den Morbus Fabry, den Morbus Pompe und die nephropathische Zystinose gibt es bereits Behandlungsmöglichkeiten. Die Jahrestherapiekosten reichen pro Patient bis zu DM 1 Mio. Die Finanzierung dieser Extremprobleme ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Preise müssen in einer vernünftigen Relation zu den Forschungs- und Entwicklungskosten einerseits und den Produktionskosten andererseits stehen. Dazu ist Herstellertransparenz zu fordern. Der Staat muß auf seinen Steueranteil absolut verzichten. Die Distribution darf nicht mehr kosten als es dem tatsächlichen vergleichsweise einfachen Beschaffungsaufwand entspricht. Die Arzneimittelverordnung für Substanzen darf nur von wenigen Referenzzentren erfolgen, deren Indikationsstellung von den Spitzenverbänden des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen geprüft und bei Fehleinsatz sanktioniert werden kann. Das impliziert die Abschaffung der „heimlichen“ Therapieoptimierungsstudien zu Lasten der GKV.

► Richtgrößenprüfungen

Zur Steuerung der Arzneimittelausgaben können die Vertragsärzte nur einen geringen Anteil leisten. Sie bestimmen zwar durch ihre Verordnungen Preis und Menge der Ausgaben. Eine Abschaffung des Wirtschaftlichkeitsgebots, zu denen die



Richtgrößenprüfungen eine besondere Variante darstellen, wird bei realistischer Sicht von der Politik nicht angestrebt werden. Die Verpflichtung der Selbstverwaltung besteht jedoch darin, daß dem Patienten nicht durch eine rigide Prüforgie bei Richtgrößenprüfungen der Zugang zu wirksamen Medikamenten entzogen wird. Das ist nur möglich durch eine angemessene Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten. Ärzte, die ohne den Nachweis von Praxisbesonderheit hohe Verordnungskosten haben, müssen Regresse hinnehmen, wenn sie zugleich die Preisspielräume des generischen Marktes nicht genutzt und Präparate mit umstrittener Wirkung und marginalem therapeutischen Nutzen überdurchschnittlich häufig verordnet haben.

► Rationelle und rationale Pharmakotherapie

Dies ist eine Herausforderung für die Ärzteschaft. Permanente, industrieunabhängige Fortbildung ist ein wichtiges Element, um das Ziel zu erreichen. Vermehrt müssen Elemente und Erfahrungen aus der Erwachsenenbildung Eingang finden in die ärztliche Fortbildung. Dabei müssen vermehrt moderne Prinzipien der Erwachsenenbildung aus den anderen Fachebenen von den Fortbildungsverantwortlichen eingesetzt werden.

Das Bildungsziel muß sein: Den Arzt in Klinik und Praxis zu befähigen, selbstbewußt über sein therapeutisches Vorgehen zur Lösung von Patientenproblemen entscheiden zu können. Nur dann wird er absurden Therapiewünschen von Patienten intelligent begegnen können und verführerische und absatzsteigernde Aktivitäten von Marketingabteilungen in den Bereich industriegesponserter Märchenstunden verweisen können. Zu diesem Selbstbewußtsein gehört auch ein selbstbewußtes Sichverteidigenkönnen im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

► Wettbewerbsrecht und Informationsverpflichtung der Selbstverwaltung stehen sich im Wege und verhindern klare und leicht umsetzbare Therapieinformationen an die Adresse der Vertragsärzte. Die bisherigen diesbezüglichen SBG V-Änderungen durch den Gesetzgeber haben das Grundproblem nicht beseitigt.

► Selbstbeteiligung

Es gibt keinen Zweifel, daß die Selbstbeteiligung der Patienten an ihren Arzneimittelkosten eine Steuerungswirkung hat. Das Kernproblem ist jedoch: In dem Moment, wo die Selbstbeteiligung eine echte Steuerfunktion hat, dann kann sie unsoziale Effekte entwickeln. Angesichts des Wohlstands in unserem Lande ist diese Gefahr eher klein einzuschätzen. Man betrachte nur die Ausgaben unserer Volkswirtschaft für legale Suchtmittel (Alkohol, Nikotin), Touristik und ungesunde Nahrungs- und Genußmittel. Dabei ist die Frage einer intelligenten Zuzahlungsregelung durchaus diskussionswürdig. Das derzeitige nicht steuernde Abgabesystem mit großzügigen Befreiungen hat keine Steuerwirkung, aber immerhin einen Entlastungseffekt in der Größenordnung von ca. 1,5 Mrd. auf die Ausgaben für Arzneimittel. In manchen Gegenden Deutschlands sind jedoch mehr als 50 % der Patienten von Zuzahlungen befreit.

Es gibt weltweit unterschiedliche Zuzahlungssysteme, die alle ihre Vor- und Nachteile haben. Und es gibt genügend Vorschläge für intelligentere Lösungen als die derzeitige. Ziel muß sein, daß die Patienten durch die Zuzahlung dahingehend gesteuert werden, daß sie überflüssige Arzneimittel entweder vermeiden oder überwiegend selbst bezahlen, und daß sie durch die Zuzahlung den preiswerteren aber gleich wirksamen Arzneimitteln den Vorzug geben. Auf Hochpreispräparate wird eine Zuzahlung nie einen steuernden Einfluß haben.

Zusammenfassung

Das Marktgeschehen im GKV-Arzneimittelmarkt ist ein wichtiger, wenn auch nicht entscheidender Ausgabenblock der Kassen. Politik und Krankenkassen haben seit der Budgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 zu sehr und zu einseitig auf die Steuerfunktionsmöglichkeiten der Vertragsärzte gesetzt. Deren Einfluß auf das Marktgeschehen ist jedoch bescheiden, weil sie zur täglichen Lösung von Patientenproblemen ohne Arzneimittel nicht auskommen. Trotz einer drastischen Reduktion der Arzneimittelverordnungen in den letzten fünf Jahren sind die Kosten für die Arzneimittelausgaben Jahr für Jahr um 4 – 6 % angestiegen. (2001 sogar um 10,5 %)

Ärzte haben keinen Einfluß auf die immer höher werdenden Arzneimittelpreise. Sie haben auch keine Chance, hochpreisige Klinikbehandlungen, die in den ambulanten Sektor verlagert werden, zu verweigern. Und sie können sich in zahlreichen Indikationsbereichen der Modernisierung ihrer Arzneimitteltherapie nicht verweigern. Sie tun es auch nicht, wie der Arzneiverordnungs-Report in seiner Ausgabe 2001 feststellt.

Daß dies kein deutsches hausgemachtes Problem ist, zeigt ein Blick über die Grenzen nach Ost und West.

Deswegen stehen alle Gesundheitssysteme immer wieder vor der gleichen Grundproblematik: Bezahlbarkeit versus Profitinteresse der Industrie und Versorgungsnotwendigkeit der Bevölkerung. Da weder eine totale Freigabe von Preis und Menge an Arzneimitteln von unseren Volkswirtschaften zu verkraften ist, noch eine extreme staatliche Zuteilungswirtschaft mit staatlich vorgegebenen Preisen zu einem tolerablen Ergebnis führen wird, wird dieser Sektor des GKV-Systems eine „Dauerbaustelle“ sein und bleiben.

Um im Baustellenbild zu bleiben: Die Architekten dieses Baus werden von allen Seiten ob ihrer Unfähigkeit zur konzeptionellen Planung eines dauerhaft beständigen Gebäudes gescholten. Die Baufirmen sind in der Dauerkritik, weil



sie permanent den gesetzlichen Rahmen sprengen, an allen Ecken und Enden tricksen, die Preise treiben und untereinander absprechen und sich einen Dreck um die finanziellen Sorgen der Finanziers dieses Bauwerkes kümmern. Diese wiederum geben ihre Finanzprobleme durch Regreßanträge an die Maurer weiter, die schier an der Sinnhaftigkeit ihres Versorgungsauftrags verzweifeln.

Denn diese Maurer im weißen Kittel haben zwar gelernt, wie man Patientenprobleme löst und diesen hilft, gesund zu werden, aber sie sind nicht qualifiziert, den Gegensatz zwischen Umsatzinteressen der Arzneimittelindustrie und der Geldnot der Kassen in eine volkswirtschaftlich relevante Balance zu bringen. Dazu fehlt ihnen neben der Qualifikation das notwendige Handwerks-

zeug. Wasserwaage und Senklot sind wie Kugelschreiber und Rezeptblock. Damit läßt sich kein 40 Mrd.-schweres stabiles Gebäude errichten. Dies sollten die Architekten in der Regelungselite unseres Landes endlich begreifen.

Dr. Jürgen Bausch
Ehrenvorsitzender der
Kassenzärztlichen Vereinigung Hessen

Einfluß der Qualitätssicherung im Bereich der Pharmakotherapie der Fettstoffwechselstörung im Ärztenetz Rhein-Main.

J. Bausch, J. Fessler, J. Gross, H. Papendick

Einleitung:

Das Ärztenetz Rhein-Main besteht seit dem 1. Oktober 1998. Eine der zentralen Themen des Ärztenetzes war, Qualitätsverbesserungen im Bereich Pharmakotherapie zu erreichen. Hierzu wurde das Modell der Pharmakotherapie-Zirkel mit eigenen Verordnungsdaten benutzt, das von der KV-Hessen in Zusammenarbeit mit von Ferber (1) in den 90er Jahren entwickelt worden ist. Im Unterschied zu dem Modell von von Ferber, das für Hochverordner entwickelt wurde, handelt es sich bei den Mitgliedern des Ärztenetzes Rhein-Main um einen unselektierten Kollegenkreis, bei dem Hoch-, Normal- und Niedrigverordner gleichermaßen vertreten sind. Im Ärztenetz Rhein-Main sind 137 Kollegen aller Fachrichtungen zusammengeschlossen, davon nehmen 85 Kollegen an Pharmakotherapie-zirkeln teil. Bisher wurden verschiedene Themen ausgewählt: Umsetzungspotential auf Generika, Therapie mit zweifelhaften Medikamenten, Lipidsenkertherapie, Therapie des Diabetes mellitus, Therapie des Asthma bronchiale und der COPD, Menopausentherapie, Therapie der KHK, der Hypertonie und der Herzinsuffizienz) und jeweils anonymisierte Datensätze

für die einzelne Praxis erhoben. Im Ärztenetz Rhein-Main bestehen sechs Pharmakotherapie-zirkel. Die Datenanalyse wird jeweils für die einzelnen Zirkel und in diesem Rahmen für den einzelnen Arzt durchgeführt und danach in Form von Qualitätszirkelsitzungen diskutiert.

Das in dieser Arbeit beschriebene Thema handelt von der Verordnung mit Lipidsenkern. Die Auswahl der Qualitätsmarker und die Zielsetzung im Ärztenetz wurden vor dem Hintergrund der Leitlinie „Therapie mit Lipidsenkern“ der hausärztlichen Leitlinien Gruppe Hessen (2) durchgeführt. Die Leitlinie besagt, daß von einzelnen Hochrisikopatienten abgesehen, eine Primärprophylaxe nicht sinnvoll ist. Eine Sekundärprophylaxe hingegen bringt dem Patienten einen deutlichen Benefit. Die Untersuchung hat nun das Ziel, den Zustand der Verordnung vor dem Aufgreifen des Themas zu beschreiben (Istzustand) in Form der Qualitätszirkel zu intervenieren und zwei Jahre später die Veränderung zu registrieren (Evaluation). Das Ziel der Qualitätsverbesserung soll sein, den Anteil und die absolute Zahl der Sekundärprophylaxe-Patienten zu erhöhen und zu erreichen, daß zur Sekun-

därprophylaxe die Medikamentenauswahl auf die effektiveren CSE-Hemmer im Vergleich zu den Fibraten verlagert wird.

Material und Methode der Untersuchung:

Ausgangspunkt sind die Rezeptdaten der Netzärzte, die vom Apothekenrechenzentrum erfaßt werden und an die BKK Opel geliefert werden. Die Analyse beschränkt sich im Netz auf die Patienten mit Zugehörigkeit zur BKK Opel. Die Patientenzahl der BKK Opel beträgt bei den einzelnen Praxen im Durchschnitt etwa 50 %. Somit ist davon auszugehen, daß die Auswahl repräsentativ für das Ordnungsverhalten der einzelnen Praxen ist. In die Analyse gehen für das Quartal 1/1999 die Daten von 18.143 Arzneimittelpatienten (AMP) und für das Quartal 1/2001 von 18.888 AMP ein. Davon erhielten 901 (1/1999) bzw. 1.154 (1/2001) AMP einen Lipidsenker. Zur Analyse der Arzneimittelverordnungen der Ärzte des Netzes werden Daten mittels eines besonderen Tools, dem Programm Graphical Query Language TM (GQL TM) der Firma Hummingbird Communications Ltd. online von einer Datenbank (Teradatenbanksy-



stem der Firma NCR mit einem Maximal-Speichervolumen von 1,2 Terabyte) beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) in Essen über einen Call Level Interface Treiber (CLI-Treiber) abgerufen. GQL TM ermöglicht, die vorliegenden Daten mit einfachen Mitteln auf den eigenen Computer (PC) in Tabellenform darzustellen.

In der Datenbank werden die auf den von den Patienten abgegebenen Rezepten enthaltene Informationen nach Aufbereitung durch das zuständige Apothekenrechenzentrum vorgehalten. Der Zugriff der einzelnen freigeschalteten BKK ist nur auf die kasseneigenen Daten bzw. auf Gesamt-BKK-Daten für Bund und Länder möglich. Die angeforderten Daten werden auf dem PC vor Ort dann offline in Excel (Microsoft) weiter verarbeitet und dann zusammengestellt.

Die Ergebnisse werden dann den Ärzten, die sich auf alle sechs Qualitätszirkel verteilen, analog zu dem Qualitätszirkelmodell der KV-Hessen und von Ferber⁽¹⁾ dargestellt. Jeder einzelne Arzt erhält seine eigene Praxisanalyse, die den Daten des Gesamtzirkels und denen der KV-Hessen gegenübergestellt werden. Es wird z.B. dargestellt, ob Medikamente oder Medikamentengruppen besonders häufig geschlechtsbezogen oder in einer Altersgruppe verordnet werden. Diese Darstellung kann zum einen tatsächlich einzelne Medikamente betreffen, oder zum anderen auch auf Indikationsebene über den sog. Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen-Code (ATC-Code) geschehen. Somit sieht jeder Arzt seine eigene Verordnung sowie seine Verordnung im Verhältnis zu dem Zirkel, in dem er Mitglied ist. Als Vergleichsgruppe wird bei den Übersichten das Gesamtnetz sowie die KV-Hessen gewählt, so daß er weitere zwei Vergleichsmöglichkeiten hat. Der einzelne Arzt ist bei dieser Auswertung anonymisiert.

Präsentation der Untersuchungsergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse geschieht mit Hilfe von Overheadprojektorfolien im Rahmen eines Qualitäts-

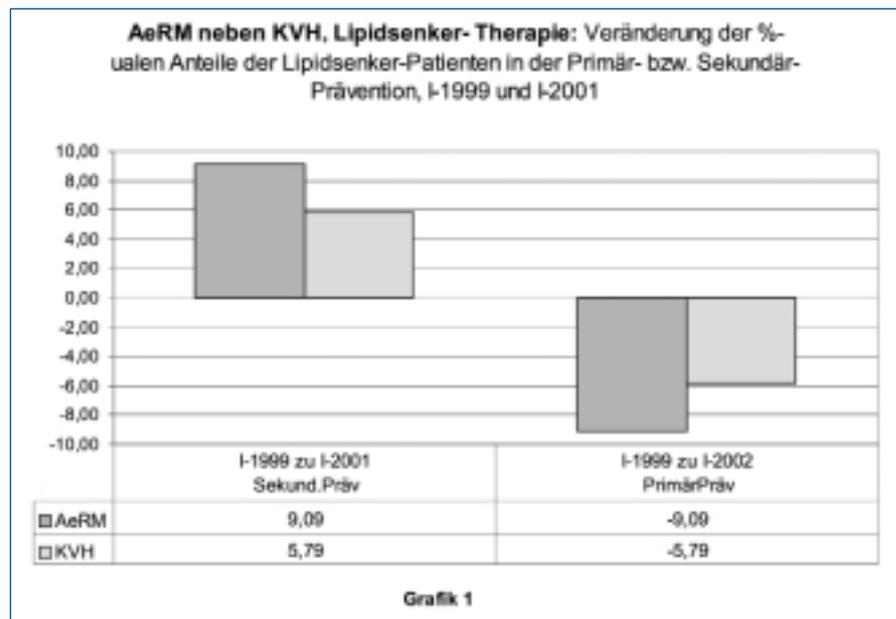
zirkels. Analog dem Qualitätszirkel Setting^(3,4,5,6). Die Moderatoren sind jeweils ausgebildete geschulte Moderatoren der KV-Hessen.

Das Vorgehen richtet sich nach folgenden Prinzipien: Zunächst wird durch die Qualitätssicherungskommission eine Evidence basierte Leitlinie ausgewählt. Diese Leitlinie wird mit den Teilnehmern diskutiert und als verbindlich anerkannt. Da die Leitlinien-Evidence based Medizin geprüft ist, bedeutet die Herstellung einer Übereinstimmung über die Verbindlichkeit im Allgemeinen kein großes Problem. Dieser Teil dient zur Vereinheitlichung des Bildungsstandes der einzelnen Teilnehmer der Pharmakotherapie zirkel. Sie gehen nun mit einer bestimmten Erwartung über ihr Ordnungsverhalten in die entsprechende Datenpräsentation. Stimmt diese Präsentation mit der Erwartung überein, so ergibt sich eine Bestätigung des Verhaltens. Stimmt die Präsentation der realen Verordnung nicht mit der Erwartung überein, so ist eine Betroffenheit des einzelnen Arztes die Folge, da er erkennt, daß er nicht das tut, was er denkt zu tun. Wir erwarten von dieser persönlichen Betroffenheit, eine stärkere Veränderung im Hinblick auf das angestrebte Ziel als eine Reglementierung oder

Regressionierung des einzelnen Arztes^(1,5). Dies Betroffenheit wird persönlich dadurch abgemildert, daß im allgemeinen mehrere Kollegen des gleichen Zirkels ebenfalls vom angestrebten Ziel abweichen. Die Situation der gleichen Betroffenheit bietet zudem die Möglichkeit, anschließend durch Diskussion Strategien zu entwickeln, wie das angestrebte Ziel am besten genutzt werden kann⁽⁶⁾.

Es werden alle Patienten der BKK Opel mit Verordnungen eines Lipidsenkers untersucht. Da uns nur die Rezeptdaten zugänglich sind und nicht die Diagnosen der Krankenscheine, müssen wir an Hand der Begleitmedikation entscheiden, ob ein Patient in die Gruppe der Primär- oder der Sekundärprophylaxe zugeordnet wird. Bei einem der folgenden Medikamente in der Begleitmedikation (Betrachtung der Verordnungen über ein Jahr, um Unsicherheiten im Ordnungsintervall zu vermeiden), wird der Patient in der Gruppe der Sekundärprophylaxe eingeordnet: Thrombozytenaggregationshemmer, Nitrate, Betablocker und Antidiabetika. Die anderen Patienten werden in die Gruppe der Primärprophylaxe eingeordnet.

Zwei Jahre später werden die gleichen Datensätze erhoben und mit den

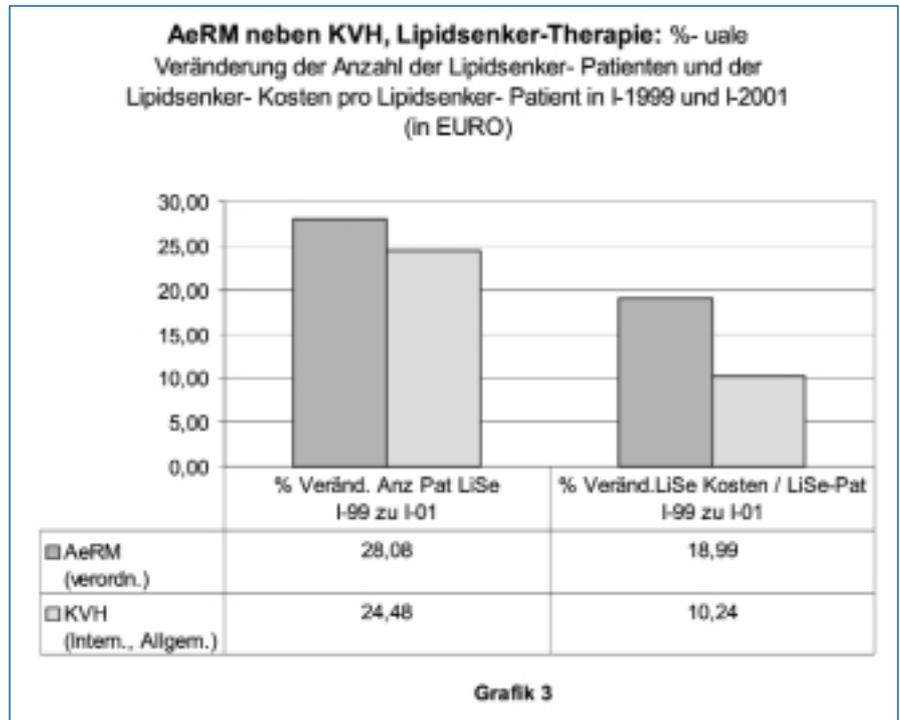


Ergebnissen zwei Jahre zuvor verglichen. Dies geschieht zum Einen für die Teilnehmer des Ärztenetzes und zum Andern zum Vergleich für die Ärzte der KV-Hessen.

Ergebnisse im Zeitvergleich:

Bei der Erstanalyse im Jahr 1999 zeigten die Ergebnisse, daß in allen Zirkeln etwa zur Hälfte Primärprophylaxe und zur Hälfte Sekundärprophylaxe betrieben wird. Zwei Jahre später hat sich der Anteil der Primärprophylaxe vermindert, und der Anteil der Sekundärprophylaxe erhöht. Die Höhe dieser Veränderung ist im Ärztenetz Rhein-Main wesentlich höher als bei der KV Hessen, so stieg der Anteil an Sekundärprävention um 9,09 % im Ärztenetz nahezu doppelt so stark wie in der KV Hessen mit 5,79 % (siehe Grafik 1).

Darüber hinaus veränderte sich ebenfalls der Anteil der CSE-Hemmer im Vergleich zu den Fibraten. Diese Verschiebung war im Ärztenetz Rhein-Main (Zunahme CSE-Hemmer 10,66 %, Abnahme Fibrate 8,67 %) ebenfalls wesentlich stärker als bei der KV-Hessen (Zunahme CSE-Hemmer 6,70 %, Abnahme Fibrate 5,55 %) (siehe Grafik 2). Darüberhinaus wurde auch die Zahl der Lipidsenkertherapien erhöht sowie die Kosten pro Therapie, und dies



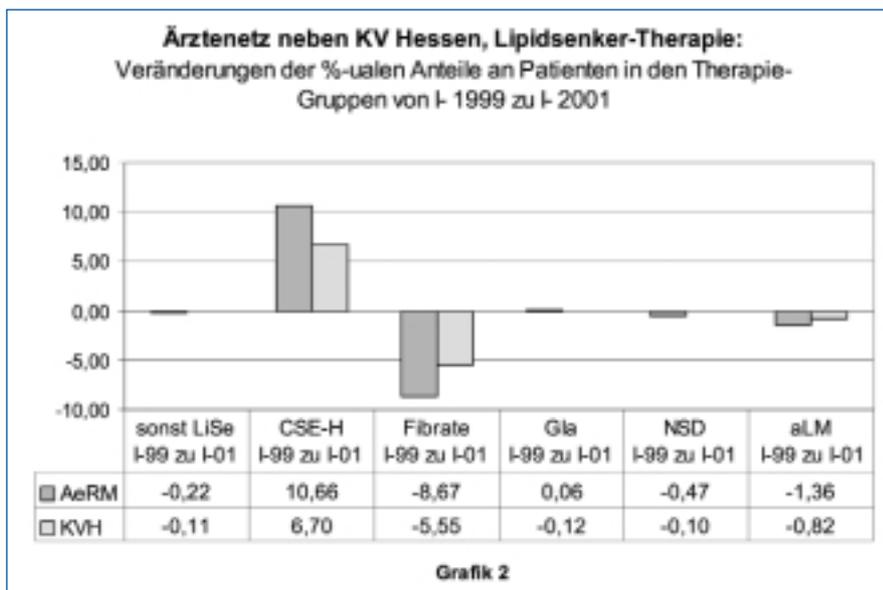
ebenfalls stärker als in der KV Hessen. Der erhöhte Anstieg pro Lipidsenker-Patient resultiert aus dem gewünscht verstärkten Einsatz von CSE-Hemmern (siehe Grafik 3).

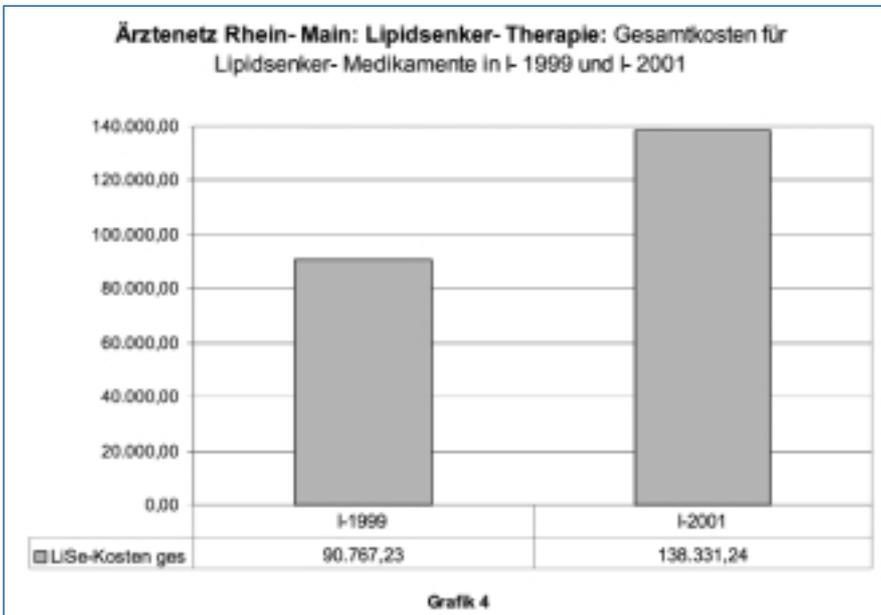
Da insgesamt die Patientenzahlen mit Sekundärprophylaxe zunahmen und dies nicht durch einen Rückgang der Primärprophylaxe kompensiert wurde ergab sich bei diesem Ansatz insgesamt eine Erhöhung der Verordnungskosten im Bereich Lipidsenker-

therapie von ca. Euro 24 000,— pro Quartal (siehe Grafik 4).

Fazit:

Die durchgeführte Arbeit zeigt, daß es möglich ist, mit Hilfe von qualitätsorientierten Verordnungsanalysen in einem Ärztenetz Verordnungsverhalten zu analysieren und zielgerecht zu verändern. Das dabei angewendete Vorgehen ist äußerst komplex: Auf der Basis der Datenanalyse wird mit Hilfe einer Leitlinie eine gemeinsame Zielvorgabe erarbeitet. Die Möglichkeit zur Umsetzung dieser Zielvorgabe werden eingehend diskutiert und mit Hilfe von Strategien festgelegt, wie sie umgesetzt werden können (7). Es zeigte sich im Verlauf, daß es leichter ist, den Neuansatz einer Prophylaxe zu vermeiden als bereits bestehende Primärprophylaxen zu verändern. Dies gelang jedoch auch teilweise. Wir gehen davon aus, daß die Primärprophylaxe auch weiterhin absinken wird, im Verhältnis zu Sekundärprophylaxe. Auch die Qualität der Auswahl der Lipidsenker hat sich deutlich gebessert. Bei der Auswahl der Medikation wurden vermehrt CSE-Hemmer eingesetzt (Evidence based me-





dizinisch gesicherte Wirksamkeit) und die Fibrate und andere Lipidsenker wurden in ihrer Häufigkeit zurückgefahren (Wirksamkeit nicht Evidence based medizinisch gesicherte).

Im Laufe der Qualitätszirkelsitzungen und der einzelnen Datenanalysen, die im Netz durchgeführt wurden, wurden die zunächst bestehenden Vorbehalte und Ängste der Kollegen, im Rahmen eines Zirkels ihre eigenen Verordnungen dargestellt zu bekommen und ihre eigenen Probleme mit den Kollegen zu besprechen, von Sitzung zu Sitzung deutlich geringer. Nach Verlauf eines Jahres bestand eine deutliche Öffnung der Kollegen im Rahmen der Zirkel und es bestand auch keine spürbare Hemmung mehr, über diese Themen zu diskutieren.

Die Veränderungen sind deutlich stärker als die Veränderungen im Gesamtkollektiv der hessischen Ärzte, auf die lediglich durch Regreßandrohung und durch allgemeine Appelle von Politik und KV eingewirkt wurde. Der Unterschied zeigt deutlich, daß eine qualitätsgestützte Beratung effektiver ist und zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität beiträgt.

Es zeigt sich jedoch auch, daß diese Qualitätsverbesserung mit einem im Beobachtungszeitraum erhöhten Anteil an Kosten erkauft werden muß.

Inwieweit längerfristig durch eine

verbesserte Pharmakotherapie Kosten in anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung (stationär/Rehabilitation) eingespart werden können, kann gegenwärtig - mangels Studien - ebenso wenig dargestellt werden wie Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten. Diese Ergebnisse lassen jedoch vermuten, daß auch die angestrebten DMPs mit ihren angestrebten Qualitätsverbesserungen zunächst zu einer Erhöhung der Kosten im ambulanten Sektor führen.

Es zeigt sich jedoch auch, daß diese Veränderungen nur durch intensive und langwierige Arbeit der Ärzte vor Ort zu erreichen ist. Zudem handelt es sich hier um einen kontinuierlichen Prozeß, da immer wieder neue Patienten in die Indikationsgruppe aufgenommen werden und teilweise seit längerer Zeit in der Indikationsgruppe befindlichen Patienten nicht mehr zur Indikationsgruppe gehören. Diese Arbeit erfordert eine hohe

Motivation der Kollegen die - wie unser Modell zeigt - wesentlich besser zu erreichen ist durch Freiwilligkeit, Beratung und Überzeugungsarbeit als durch Zwang in Form von Regreßdrohungen. Offensichtlich ist dieses Modell, daß durch Freiwilligkeit und Einbindung der eigenen Fachlichkeit bestimmt ist, erfolgreicher als ein Modell mit Repression.

Literatur:

- (1) Von Ferber, L; Bausch, J: Qualitätssicherung durch Pharmakotherapie zirkel. Evaluation der Pharmakotherapie zirkel in der KV Hessen 1995/1996. Hessisches Ärzteblatt 7/1997: I-VIII
- (2) Leitlinie zur Therapie der Hyperlipidämie, KVH aktuell 27, März 2000, S. 19-23. Zusätzlich unter www.leitlinien.de unter Leitlinien aus vertragsärztlichen Qualitätszirkeln, Leitlinien der Hausärztlichen Arbeitsgruppe „Leitliniengruppe Hessen“
- (3) Bausch, J: Pharmakotherapie zirkel in der KV Hessen – ein persönliches Schlußwort. Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Schriftenreihe, Januar 2000, ISBN 3-89701-482-3, S. 151-158
- (4) Bausch, J; Fischer, N; von Ferber, L; Szecsenyi, J; Zimmermann, U; Ehrental, K; Wolf-ring, H.J.; von Ferber, C: Qualitätssicherung – QZ Pharmakotherapie. KVH aktuell Spezial, November 1997, S. 7-92
- (5) von Ferber, L; Bausch, J; Schubert, I; Köster, I; Ihle, P: Pharmakotherapie zirkel für Hausärzte – Fortbildung in Pharmakotherapie. Gustav Fischer Verlag, ZaeFQ, 1997, 91: 767-772
- (6) Fessler, J: Umsetzung von Therapiestrategien, in: Rationale und rationelle Pharmakotherapie in der Arztpraxis (4), Band 21, Grüne Reihe, Schriften der KV Sachsen, 1997, S. 2-23
- (7) Gross, J; Fessler, J: Einführung in das Konzept der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Hessisches Ärzteblatt 4/2001: 178-181

Anzeige

Michael Oelmüller
Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte
Arztrechte
Vertragsarztrecht
Krankenhausrecht

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

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

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

Disease Management Programm (DMP) Diabetes:

Rationierung unter dem Etikett guter Qualität?

Die Hessische Fachvereinigung für Diabetes e.V. befürchtet dramatische Qualitätseinbrüche in der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 durch die bisher vorgelegten DMP

Wolfgang Spuck

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus hat Ende der 90er Jahre die GKV jährlich mehr als 16 Mrd. € gekostet. Die Hälfte davon wurde für Krankenhausbehandlung, also für die Therapie von Folgeerkrankungen ausgegeben.^[1] Seit Jahren kalkulieren Diabetologen und Mitarbeiter der Krankenkassen das gewaltige Einsparpotential einer verbesserten Versorgungsstruktur. Die Finanzierungspolitik im Gesundheitswesen allerdings zerstörte jeden Anreiz zum Aufbau neuer Versorgungsformen, obwohl gesetzliche Grundlagen hierfür längst vorliegen, z.B. für integrierte Versorgungsmodelle (§ 140 a ff SGB V). Durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs RSA in der GKV wird empfohlen, strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management) zu entwickeln, die mit Vergütungen aus dem RSA verknüpft werden. Disease Management ist ein integriertes System von Interventionen im Gesundheitswesen für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger zur Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität zu optimierten Kosten bei chronischen Krankheiten.^[2] In Verbindung mit Maßnahmen zur Prävention stellen DMP trotz ungünstiger demographischer Entwicklung eine Finanzierbarkeit chronischer Krankheiten in Aussicht.^[3] Der AOK-Bundesverband hat sein DMP *Curaplan* vorgestellt. Es befindet sich in den Bezirken der KV Nord-Württemberg (Enzkreis) und Süd-Württemberg (Kreis Villingen-Schwenningen) seit 1. April 2002 in einem Testlauf. Wird dieses Strukturangebot den Patienten wirklich mehr Versorgungsqualität sichern, wie dies die Gesundheitsministerin für DMP verspricht?

Wer besitzt die Leitlinienkompetenz?

Das SGB V schreibt in § 137 f für DMP „Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien“ vor. Die Kompetenz für die Entwicklung solcher Leitlinien ist nicht geregelt. Zweifellos liegt solche bei den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Der Bundesverband der AOK hat sich nicht für die Deutsche Diabetes-Gesellschaft als wissenschaftlichen Partner entschieden, sondern für die „Arbeitsgruppe ‚Praktische Evidenz basierte Medizin‘: St. Franziskus Hospital Köln“, die eine „Entscheidungsgrundlage zur Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2“ vorgelegt hat. Dieses Papier ist der Kern des AOK-*Curaplan*-Programms. In der Behandlung der Glucose-Stoffwechselstörung beschränkt es sich auf eine Beseitigung hyperglykämischer Symptome und hält eine generelle Prävention mikroangiopathischer Folgeerkrankungen nicht für erforderlich. Schwerpunktpraxen als zweite Behandlungsebene werden nicht erwähnt, sie sind offenbar bei solchen Therapiezielen überflüssig.

Die Wahl der Empfehlung einer wissenschaftlichen Außenseitergruppe ist insofern ärgerlich, weil auf Betreiben der Bundesärztekammer eine *Nationale Versorgungs-Leitlinie* unter Mitwirkung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft AkdÄ, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft DDG, der Fachkommission Diabetes Sachsen FDS, der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin DGIM, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung ÄZQ Anfang Mai 2002 vorgelegt wurde. Damit be-

stand eine Leitlinie aus kompetentester Quelle.

Der Koordinierungsausschuß hat das *Curaplan*-Programm am 13. Mai 2002 mit kleinen Modifikationen übernommen und hat es so der Bundesministerin als Grundlage für die 4. Rechtsverordnung zur Änderung der RSA-Verordnung empfohlen. Diese Rechtsverordnung wurde in dieser Form am 24. Mai vorgelegt. Irreführend ist die Begründung, in der neben dem Koordinierungsausschuß anerkannte wissenschaftliche Sachverständige und die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften mitgewirkt hätten und dieser Beschluß „einvernehmlich gefaßt worden“ sei. In dieser Verordnung wird jetzt das Behandlungsziel „Symptomfreiheit“ mit dem HbA_{1c}-Wert von < 8 % definiert und die diabetologische Schwerpunktpraxis taucht als Instanz der zweiten Behandlungsebene wieder auf. Weiterhin wird die präventive Stoffwechsellinien zur Vermeidung mikroangiopathischer Folgeerkrankungen mit einem lapidaren Satz als Nebenproblem vom Tisch gewischt: „Bei Vorliegen von mikrovasculären Komplikationen sollte der Arzt überprüfen, ob der Patient zu einer Untergruppe gehört, die von einer normnahen Blutzucker-Einstellung profitiert.“

Ist das *Curaplan*-Programm für Typ 2 Diabetiker ein „Evidenz basiertes“ Therapieprogramm oder eine Unter-versorgung mit dem Risiko gehäufte Folgeerkrankungen?

Die Begründung für das *Curaplan*-Programm fußt im wesentlichen auf zwei Studien: dem University Group Diabetes Program UGDP aus den 60er

Jahren und der United Kingdom Prospective Diabetes Study UKPDS aus den 80er und den frühen 90er Jahren^[4]. Die Arbeitsgruppe aus dem St. Franziskus Hospital Köln argumentiert mit der Bewertung der Autoren der UKPDS, daß die blutzuckersenkende Therapie einen deutlich geringeren Einfluß auf das Erreichen der Studienendpunkte gehabt habe, als die Senkung des Blutdrucks. Insofern genüge es in der Regel den Blutdruck zu senken und eine antihyperglykämische Therapie auf das Ziel Symptommfreiheit zu beschränken. Eine Ausnahme bildeten nur junge Patienten < 50 a.

Die UKPDS hat ihre Probanden selektiert und zum frühestmöglichen Zeitpunkt, also bei Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2, einbezogen, dann im Mittel 10 Jahre, maximal 16 Jahre verfolgt. Patienten mit fortgeschrittener Gefäßkrankheit wurden ausgeschlossen. Damit bewertet diese Studie lediglich den Anfang des Krankheitsverlaufs. Wir verfügen über keine Daten nach diesem Zeitraum, in dem wir den größten Zuwachs an Folgeerkrankungen erwarten, noch über die Entwicklung bei über 65-jährigen Patienten. Darüber hinaus wurde in der „intensivierten Therapiegruppe“ das Behandlungsziel für eine wirksame Prävention der Mikroangiopathie mit einem mittleren HbA_{1c} von 8,0 % am Ende der Studie in der Mehrzahl nicht erreicht. Auch die umstrittene UGDP-Studie hat ihr therapeutisches Ziel verfehlt. Ein HbA_{1c} als Indikator der Stoffwechselqualität war damals nicht verfügbar. In einer Japanischen Studie, ebenfalls an jüngeren Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, wurde unter intensiverer gegenüber konventioneller Insulintherapie bereits innerhalb von sechs Jahren ein signifikanter Unterschied in der Entwicklung einer Mikroangiopathie sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention beobachtet.^[5] Es ist leichtfertig, Diabetes vorwiegend als geriatrische Erkrankung zu betrachten. Das mittlere Lebensalter in der UKPDS war 53 Jah-

re! Das Lebensalter von Typ-2-Diabetikern bei Diagnosestellung wird immer jünger. Ferner sei darauf hingewiesen, daß ein individuelles Abschätzen der Lebenserwartung bei älteren Menschen ohne weitere prognosebegrenzende Erkrankung ausgesprochen schwer ist. Die einzige Möglichkeit, beim Stand des Wissens bzw. Nicht-Wissens eine gute Therapieempfehlung zu geben, ist die individuelle Risikoeinschätzung und Therapiezieldefinition gemeinsam mit dem Patienten nach gründlichem Aufklärungsprozeß.

Hyperglykämie ist ein interventionsbedürftiger Zustand (DCCT^[6] für Diabetes Typ 1 und Ohkubo⁵ für Diabetes Typ 2). Wer eine blutzuckersenkende Therapie aufgrund eines Programms (wie z.B. *Curaplan*) unterläßt oder sogar einem Patienten ausredet, wird dies im Einzelfall begründen müssen. Die Mehrzahl der zu erwartenden Gutachter wird den Vorwurf einer Körperverletzung nicht ausräumen können. Evidence based medicine ist auch rationale (Vernunft-orientierte) Medizin. David Sackett umschreibt es als *individual clinical expertise*^[7]. Sie ist insbesondere dann gefordert, wenn es keine gesicherte Datenlage gibt (z.B. für Diabetiker Typ 2 mit langer Diabetesdauer und bestehenden mikroangiopathischen Folgeerkrankungen).

Was könnte sich durch DMP verändern, wo ist der Weg zur integrierten Versorgung?

Die bisher gültigen Strukturverträge zur Diabetesversorgung in Bayern, Nordrhein, Sachsen und Süd-Württemberg haben sich bewährt. Etwa 50 % der betroffenen Patienten haben sich beteiligt. Ihre Ergebnisqualität gemessen am HbA_{1c} und am Blutdruck ist deutlich besser als die der intensivierten Therapiegruppe der UKPDS. Eine flächendeckende

Vereinheitlichung der Vertragsinhalte wurde vom Ausschuß Dokumentation, Qualitätssicherung und Informationstechnologie der DDG erarbeitet. Die Schnittstellen zu den drei Behandlungsebenen sind hier klar definiert^[8]. Damit waren Struktur- und Prozeßqualität von DMP in den wesentlichen Merkmalen bereits erfüllt und die Grundlage für eine flächendeckende Umsetzung geschaffen. Die Einbindung aller Behandlungsebenen war in allen Verträgen ein wesentlicher Bestandteil, der über Schnittstellendefinitionen in einem generalisierten Programm Krankenhausaufenthalte vermindern könnte. Dadurch wäre ein erster Schritt in Richtung einer integrierten Versorgung vollzogen. Das *Curaplan*-Programm des AOK-Bundesverbands hingegen läßt keine Wege in eine integrierte Versorgung erkennen. Die Kündigung der Strukturverträge ist aus Sicht der Kostenträger verständliche Voraussetzung für die Umsetzung der DMP. Die Chance allerdings, eine gewachsene Qualität in ein neues Programm einzubringen, wird bewußt unterlassen, um ein Minimalprogramm in kürzester Zeit zu realisieren. Solche Entscheidungen sind ökonomisch kurzsichtig und nicht patientenorientiert.

Zur Situation in Hessen

In Hessen wird seit mehreren Jahren um eine Diabetes-Vereinbarung gerungen. Der Entwurf einer Koordinierungskommission^[9], zusammengesetzt aus Mitgliedern des Berufsverbands Deutscher Diabetologen Hessen BDDH und der Hessischen Fachverei-

Anzeige

Praxisabgabe, was tun?

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



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

Jetzt auch in
Frankfurt!

nigung für Diabetes e.V. HFD, liegt vor, wurde aber von den verantwortlichen Partnern im Hessischen Gesundheitswesen kaum zur Kenntnis genommen. Die Einführung von DMP könnte in Hessen die dringend erforderliche Behandlungsstruktur bringen, wenn sie mit der Qualität dieser Modellvereinbarung ausgestattet wäre. Legt man die Zielsetzungen des *Curaplan*-Modells der AOK zugrunde, besitzt man eine gut organisierte Struktur, die eine schlechtere Behandlungsqualität sichert als sie im derzeit unstrukturierten Zustand angeboten wird.

So bleibt nur der Weg zur Schadensbegrenzung: Der Berufsverband Deutscher Diabetologen hat inzwischen ein eigenes DMP vorgelegt. Er wird seine Patienten auffordern sich dem *Curaplan*-Programm zu verweigern. Der Deutsche Diabetiker-Bund DDB wird ein gleiches tun, wenn keine Nachbesserungen stattfinden. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft DDG und damit auch die HFD sind bemüht, in weiteren Gesprächen mit dem BMG

Mitte Juni durch Einbringen von weiteren Inhalten der Nationalen Versorgungs-Leitlinien die Qualität der DMP noch zu retten. Wir wünschen uns Disease Management Programme für Hessen. Sie müssen allerdings so ausgestattet sein, daß sie Menschen mit Diabetes eine prognoseverbessernde Versorgung gewährleisten.

Zum Erscheinungszeitpunkt dieser Zeitschrift sind die Entscheidungen für den Start von DMP gefallen. Es ist jedoch nicht zu spät, um für unsere Patienten um Nachbesserungen zu kämpfen.

Dr. med. Wolfgang Spuck
Vorsitzender der Hessischen
Fachvereinigung für Diabetes e.V.
Medizinische Klinik
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel gGmbH
Hansteinstraße 29
34121 Kassel

Literatur:

- [1] Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wagner T, Gortz A.: Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 126 (2001): 585-589
- [2] Todd WE: Disease Management in the United

States. Todd WE, Schenk R (Hrsg): *Disease Management im Zeichen von Europa und E-health*. Zuckschwerdt, München 2001: 1 ff

- [3] Lauterbach KW, Evers T, Stock S: Prävention und Disease Management bei chronischen Krankheiten. *Notwendig und finanzierbar?* *Dtsch Med Wochenschr* 127 (2002): 1210-1212
- [4] UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 352 (1998): 837-853
- [5] Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyata T, Isami S, Motoyoshi S, Kojima Y, Furuyoshi N, Shichiri M: Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Res Clin Pract* 28 (1995): 103-117
- [6] The DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329 (1993): 977-986
- [7] Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS: Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *Brit med J* 312 (1996): 71-72
- [8] zit. in Eberl S, Landgraf R, Spuck W: Qualitätsmanagement und Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. In: Mehnert H, Standl E, Usadel KH (Hrsg): *Diabetologie in Klinik und Praxis*, 5. Auflage, Thieme, im Druck
- [9] <http://www.med.unigiessen.de/hfd/modell.htm>



Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Arzt-Lehrer-Kooperation – Umfrage zum Stand in Hessen

Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung zählt die Schule zu den Orten, an denen Präventionsarbeit am meisten Erfolg verspricht. Auf diesem Weg lassen sich mit relativ geringem Aufwand Kinder und Jugendliche in ihrer überwiegend gesundheitskritischen Phase erreichen.

Speziell die Kooperation zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten und Schule könnte hier einen wichtigen Beitrag leisten, wurde aber in den letzten Jahren leider vernachlässigt. Es gibt in Deutschland bislang nur punktuelle und wenig koordinierte Kooperationsformen zwischen Schule und Ärzteschaft. Kontakte kommen meist auf per-

sönlicher Ebene zustande mit der Folge, daß einmal begonnene Projekte beim Ausscheiden eines Partners schnell wieder enden.

Die KV Hessen will zusammen mit der Landesärztekammer, dem Hessischen Bildungsministerium, dem Berufsverbänden der Kinder- und Jugendärzte bzw. der Frauenärzte und dem Landeselternbeirat eine neue Initiative starten. Als ersten Schritt möchten wir eruieren, wie groß die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist, und uns einen Überblick über bereits existierende Strukturen und Kooperationen zwischen Ärzten und Schule verschaffen.

Dieser Fragebogen richtet sich daher an alle Ärztinnen und Ärzte, die mit einer Schule mehr oder weniger regelmäßig Kontakt haben bzw. schon präventiv zusammenarbeiten oder aber dies gern tun würden.

Bitte helfen Sie uns mit der Beantwortung dieses Fragebogens. Wir werden uns nach der Auswertung wieder bei Ihnen melden.

Im Voraus herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. Horst Rebscher Seitz
2. Vorsitzender der KV-Hessen



Fragebogen zur Arzt-Lehrer-Kooperation

Ihre Adresse

Name
Anschrift

Beruf / Tätigkeit
Telefon
E-Mail

Sie arbeiten noch nicht mit einer Schule zusammen, würden dies aber gern tun?

Ja nein

In welcher Klassenstufe würden Sie gern aktiv werden?

1. bis 4. Klasse
5. bis 9. Klasse
10. bis 13. Klasse

Zu welchem Thema / Themen?

Sie arbeiten schon mit einer Schule zusammen. Wie lange schon?

seit einem Jahr
2-3 Jahre
über drei Jahre

In welcher Klassenstufe?

1. bis 4. Klasse
5. bis 9. Klasse
10. bis 13. Klasse

Was tun Sie im Sinne der Arzt-Lehrer-Kooperation?

Bitte beschreiben Sie die Art Ihrer Tätigkeit (z.B. Arztstunde, Vortrag (Schüler, Eltern), Unterrichtsstunde, Koordinationssitzung, Beratungsstunde, Projektwoche)

Wer sind Ihre Kooperationspartner?

Welche Themen bearbeiten Sie?

Ernährung
legale und illegale Drogen/Sucht
Pubertät
Sexualität
Kooperation/ Kommunikation /

Medien / Sozialkompetenz
Sport/ Lifestyle/ Fitneß
ADH-Problematik
Prävention
Gewalt
andere

Mit welcher(n) Schule(n) kooperieren Sie?

Grundschule
Hauptschule
Realschule
Gymnasium
Gesamtschule
Berufsschule
Zahl der Schüler ca.

Wie kam der Kontakt zur Schule zustande?

Persönlicher Kontakt
auf Anfrage der Schulleitung
auf Anfrage eines Lehrers
anders

Mit welchen Materialien/ Medien arbeiten Sie?

Schulbücher
Fachbücher
vorbereitete Folienvorträge
Material BZgA
andere Quellen
Welche?

Wie beurteilen Sie die bisherige Kooperation?

Wollen Sie die Zusammenarbeit fortsetzen?

Ja nein

Welche Bedingungen müßten gegeben sein, um die Zusammenarbeit zu intensivieren / verbessern?

Bemerkungen:

Bitte zurücksenden an:

KV Hessen, Konstanze Küpper, Abraham-Lincoln-Str. 36,
65189 Wiesbaden, per Fax: 0611 / 7100282

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!



Sicherer Verordnen

Levofloxacin

Sehnenschäden

Der Hersteller informierte Ärzte über das Auftreten von Sehnenschäden unter der Therapie mit Levofloxacin (Tavanic®, im Jahr 2000 das zu Lasten der GKV umsatzstärkste Standard-Fluorchinolone mit 7,3 Millionen Tagesdosen = DDD), insbesondere bei älteren Patienten und bei gleichzeitiger Behandlung mit Glukokortikoiden. Levofloxacin darf nicht bei Patienten angewandt werden, bei denen schon früher Sehnenbeschwerden unter einem Gyrasehemmer auftraten. Wie der Hersteller richtig feststellt, können diese Schäden nicht nur unter Levofloxacin auftreten. Die Therapie mit Levofloxacin muß bei Verdacht auf Sehnenentzündungen abgebrochen werden.

Anmerkung: Sehnenschäden sind eine etwas verharmlosende Bezeichnung für Achillessehnenabriss (zum Teil beidseits), die in Einzelfällen unter der Therapie mit Gyrasehemmern (Fluorchinolone) aufgetreten sind. Zusammen mit u.a. hepatotoxischen Wirkungen und zentralnervösen Störungen kann diese Antibiotikagruppe auch weiterhin nicht als Therapeutikum der ersten Wahl bei Infektionen in der Praxis gelten.

Weitere umsatzstarke Handelspräparate: Ciprofloxacin (Ciprobay®) 5,4 Mio DDD, Moxifloxacin (Avalox®) 4,0 Mio DDD, Ofloxacin (Tarivid®, Uro-Tarivid®, racemische Form des Levofloxacin, 4,0 Mio DDD)

Quelle: Pharm Ztg. 2002; 147: 6

Magen-Darm-Ulzera

Nicht-steroidale Antiphlogistika und Helicobacter pylori

In einer chinesischen Studie mit Diclofenac (Voltaren®, viele Generika) und in einer kanadischen Metaanalyse wird das Problem des Entstehens peptischer Magen-Darm-Ulzera bei bestehender Infektion mit Helicobacter pylori

ri und zusätzlicher Therapie mit nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAID) erneut aufgegriffen. Die chinesische Studie weist nach, daß bei Helicobacter-positiven Patienten (Durchschnittsalter 63 Jahre), die erstmals NSAID einnehmen sollten, nach sechs Monaten deutlich weniger Ulzera entdeckt werden konnten, wenn sie vorher eine Eradikationstherapie durchführten. Dies steht im Gegensatz zu einem nur geringen Erfolg einer Eradikationstherapie, wenn Patienten an NSAID gewöhnt sind. Generell erhöhe eine alleinige Infektion mit H. pylori das Risiko einer peptischen Ulkusblutung nur mäßig, die Therapie mit einem NSAID erheblich und beide Faktoren das Risiko additiv. Die komplexe Situation erfordert weitere Studien, um z.B. das Risiko zwischen Duodenal- und Magenulkus zu differenzieren, insbesondere bei Subgruppen den Erfolg einer Eradikationstherapie zu verifizieren, die Rolle der COX-2-Hemmer zu sichern und Widersprüche in der Prävention von Ulzera bei Helicobacter-positiven Patienten unter NSAID (gleichzeitige Gabe von Protonenpumpenhemmern, H₂-Blockern oder anderen säurehemmenden Arzneistoffen) weiter aufzuklären.

Anmerkung: Der Fall einer 88jährigen Patientin, die nach einer 2jährigen Therapie mit Diclofenac wegen altersbedingter starker Gelenkschmerzen mit fatal endenden Magenblutungen stationär aufgenommen werden mußte, sollte daran erinnern, daß – nach einer Fachinformation eines Herstellers – bei einer Verordnung von NSAID „bei älteren Patienten aus grundsätzlichen medizinischen Erwägungen Vorsicht geboten ist.“ Darüber hinaus sollten „bei einer Langzeittherapie Blutbild, Leberwerte und Nierenfunktion regelmäßig kontrolliert werden.“ Die alleinige Frage nach dem Gesundheitszustand eines älteren Patienten unter NSAID-Langzeittherapie ohne weitere Untersuchungen könnte das Erkennen von Komplikationen verzögern.

Quellen: Lancet 2002; 359: 9 und 14

Plättchenaggregationshemmer

ASS

Die Ergebnisse einer neuen Metaanalyse zum Einsatz von Plättchenaggregationshemmern liegen vor. Niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS, 75 – 150 mg/d) schützt die meisten Patienten vor einem weiteren Gefäßverschluß – nach akutem Myocardinfarkt, ischämischen Schlaganfall, stabiler oder instabiler Angina pectoris, peripherer Verschlusskrankheit oder Vorhofflimmern. Als Akuttherapie wird eine Sättigungsdosis von 150 mg empfohlen. Zusätzliche Effekte durch die Gabe eines zweiten Plättchenaggregationshemmers könnten bei einigen klinischen Konstellationen sinnvoll sein, dies bedarf jedoch weiterer Studien.

Zur Information: Eine entgegengesetzte Meinung zur Therapie des Myokardinfarktes wurde in einer anderen englischen Fachzeitschrift publiziert. Neben der übereinstimmenden Meinung, daß NSAID generell das kardiovaskuläre Risiko nicht senken, wird ausgeführt, daß ASS nur in den ersten sechs Wochen nach einem Infarkt sinnvoll sei und die langfristige Gabe eher einen Trend zur erhöhten Sterblichkeit zeige. Der Autor plädiert für die bevorzugte Gabe von ACE-Hemmern, Betablockern oder Statinen.

Anmerkung: Die Rolle des prophylaktischen Einsatzes von ASS bei o.g. Indikationen scheint immer noch einzelne Widersprüche hervorzurufen. Neutrale und aktualisierte Leitlinien wären hilfreich.

Quelle: Brit. Med. J. 2002; 324: 71, Lancet 2002; 359: 92

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 3/2002



STRESS LASS NACH!

Ein Programm für Ärztinnen und Ärzte und ihre Patienten

Selbst nachdem bei immer mehr Menschen der Body mittlerweile „getuned“ ist und gesunde Ernährung zum Prinzip geworden ist, bekommen sie ihren Stress nicht in den Griff. Stress ist allgegenwärtig und unmittelbar mit Leistung verbunden. Daher ist es wenig verwunderlich, daß gerade jene Menschen vom Stress geplagt sind, die zu den sogenannten Leistungsträgern unserer Gesellschaft gehören.

Stress an sich ist nicht grundsätzlich etwas Negatives. Er ist die notwendige Anpassung an besondere Anforderungen, die gewollt oder ungewollt in unserem Leben auftreten und unser Wohlbefinden positiv oder negativ beeinflussen. Stress, wie wir ihn im heutigen Sprachgebrauch verstehen, meint meistens eine besonders belastende, negative Situation, die scheinbar von außen in uns hineingetragen wird und auf die wir von innen nach außen reagieren. Stress in diesem Sinne belastet nicht nur unsere Psyche, sondern auch den Körper und macht auf Dauer ernsthaft krank.

Dennoch sind wir Stresssituationen nicht hilflos ausgeliefert. Ob wir nach Leistungsanforderungen unterschiedlicher Art in guter oder schlechter, genervter Stimmung sind hängt nicht nur davon ab, welche Resonanz unsere Leistung bei unseren Mitmenschen hervorgerufen hat, ob wir das Gefühl erhalten, daß die erbrachte Leistung in einem für uns adäquaten Verhältnis zur Anerkennung durch uns selbst und durch andere steht, ob wir unser Ziel erreicht oder ob die Leistung uns lediglich die Zeit für andere Dinge geraubt hat, sondern auch davon, welches Bild wir von uns selbst haben und welche unserer Fähigkeiten unser Leben dominieren bzw. welche Fähigkeiten wir bisher vernachlässigt haben.

Der Umgang mit Frustrationen, das Akzeptieren von Niederlagen und Rückschlägen, die Krise als Chance nutzen, vielleicht eine andere Betrachtungsweise, die richtige Zielsetzung, gekonnte Zeiteinteilung und ein proaktives Verhalten, all das sind Instrumente im persönlichen Stressmanagement, die dazu beitragen können, eine grundlegende Gelassenheit zu erlangen, die positive und negative Erfahrungen zu integrieren weiß.

Mittlerweile gibt es eine kaum überschaubare Vielfalt von Antistressprogrammen, die dazu beitragen sollen, Stress abzubauen, Krankheiten vorzubeugen, Gesundheit zu fördern und mehr Wohlbefinden zu erzeugen. Antistressprogramme im weiten Feld der Prävention. Die Ärzteschaft hat dieses Thema bisher kaum aufgegriffen, obwohl mittlerweile feststeht, daß viele Krankheiten durch Stress mitverursacht und beeinflusst werden. Gleichzeitig kann man feststellen, daß gerade Antistress-Konzepte und -Strategien besonders gern von Männern aufgegriffen und angenommen werden. Hierin liegt die große Chance, Männer, die bekanntlich als „vorsorgefaul“ gelten, auf diesem Wege behutsam einem ganzheitlichen Präventionsgedanken näher zu bringen.

Prävention bedeutet, die Entstehung von Krankheiten möglichst zu vermeiden und das persönliche Wohlbefinden zu verbessern. Wohlbefinden ist gleichbedeutend mit Wellness, einer Wortkreation aus **wellbeing** und **fitness**. Um Wohlbefinden zu erlangen braucht es einen ganzheitlichen Ansatz. Isolierte Maßnahmen sind meist nur kurzfristig oder partiell wirksam. So gehört zu einem gesunden, auf das Individuum abgestimmten, Leben neben einer ausgewogenen Ernährung und einem persönlichen

Bewegungs- und Sportprogramm auch die psychische Balance, die den inneren „Stütz- und Bewegungsapparat“ stabilisiert.

Vitalität und Wellness sind mittlerweile feste Bestandteile eines wachsenden Gesundheitsmarktes, der von der Ärzteschaft weitgehend vernachlässigt und unterschätzt wird und sich vorwiegend außerhalb des klassischen Gesundheitssystems entwickelt. Dabei sollte sich gerade die Ärzteschaft berufen fühlen, dem sich in diesem Bereich öffnenden oder offenen Gesundheitsmarkt eine Orientierung über Sinn, Zweck Nutzen und Wirksamkeit bestimmter Angebote zu geben. Dabei geht es nicht nur darum, daß entsprechende präventive Angebote an Gesunde weitergegeben werden, um zukünftig die Ausgaben im Gesundheitswesen senken zu können, sondern auch darum, daß bereits Erkrankte mit Hilfe von Vitalitäts- und Wellness-Programmen ihren Umständen entsprechend mehr Lebensqualität erlangen.

Vitalität (Lebenskraft/-energie) und Wellness (Wohlbefinden) sind der Motor unserer ganz persönlichen Leistungsfähigkeit. Lebensenergie und Wohlbefinden gehören ganz entscheidend zum gesunden Leben und sind daher aus der Gesundheitsförderung nicht wegzudenken.

Daher setzt die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung ihre Seminarreihe über Vitalität und Wellness im September dieses Jahres mit einem interaktiven Seminar zum Stressmanagement unter dem Motto „**Stress laß nach**“ fort.

Das Seminar ist bestens dazu geeignet, seinem eigenen Stress auf die Spur zu kommen und Zusammenhänge zu begreifen. Gleichzeitig werden Wege und passende Techniken aufge-



zeigt, die im Praxisalltag angewendet und an die Patienten als Praxisangebot weitergegeben werden können.

Dabei werden Sie erfahren, daß bestimmte Persönlichkeitsstrukturen und Verhaltensweisen so wie emotionale Voraussetzungen grundlegend sind für die erfolgreiche Anwendung bestimmter Techniken und Methoden. Wer wirksame Methoden nutzen will, um

einen bestimmten Zweck oder ein Ziel zu erreichen, muß häufig erst einmal an seiner Persönlichkeit arbeiten, muß bestimmte Eigenschaften erreichen oder verändern und Ressourcen entwickeln. Dabei geht es in diesem Seminar nicht darum, Probleme zu beleuchten, sondern Lösungen zu suchen und zu finden.

Nicht das passive Verhalten, das Ande-

ren das Handeln überläßt, führt uns zum persönlichen Erfolg und somit zum Wohlbefinden, sondern das eigene selbstbestimmte Entscheiden und Handeln. Selbstbestimmte und reife Persönlichkeiten leben nicht nur streßfreier und glücklicher, sondern häufig auch länger.

Dr. Ursula Schreiber-Popović

„STRESS LASS NACH“ Praxis des Streßmanagements

PROGRAMM

STRESSBEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN IM ALLTAG

- ▶ Emotionale Voraussetzungen gesunde Streßbewältigung
- ▶ Risiken und Schutzfaktoren
- ▶ Grundlagen von Entspannung und Meditation
- ▶ Ressourcenorientierte Beratung

POSITIVE STRESSTHERAPIE UND ZEITMANAGEMENT

- ▶ Work-Life-Balance
- ▶ Psychodynamisch orientierte Streß-Management-Techniken
- ▶ Zeitmanagement
- ▶ Psychosomatisches Erstinterview
- ▶ Streß – Fragebogen für Arzt und Patient
- ▶ Umgang mit Psychovampiren und anderen Energiefressern

ARBEITSTECHNIKEN

Kurzreferate, Fallbeispiele, Kleingruppenarbeit, Praktische Übungen, Selbstreflexion

Seminar 1 (20 Std.)

Termin:

21. bis 22. September 2002

Veranstaltungsort:

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
Bad Nauheim

Seminarzeiten:

Beginn: Samstag 09.00 Uhr, Sonntag 9.30, Ende: ca. 18.30 Uhr

Seminargebühr:

EURO 650,- (Akademiemitglieder EURO 560,-)

Der Preis beinhaltet Mittagessen, Pausenverpflegung und Getränke.

Anmeldung:

Bitte **nur schriftlich**, auch per Fax od. e-mail an:

VitalArt[®] Medizin & Wellness

Dr. Ursula Schreiber-Popović – Wiesenstrasse 22 – 65817 Eppstein

Fax: **06198-349010**, e-mail: Ursula.Popovic@web.de

Zertifizierung:

Die Zertifizierung ist beantragt.

Jeder Teilnehmer erhält am Ende der Veranstaltung eine Teilnahmebestätigung.

Dozenten:

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Cornelia Krause-Girth, Frankfurt

Fachhochschule Frankfurt Fachbereich Sozialarbeit

University for Applied Sciences

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin – Psychoanalyse

Banker – Workshops / Einzel – Coaching

Dr. med. habil. Hamid Peseschkian, Wiesbaden

Leiter des Instituts für Management – Training der WIAP-Akademie

Mitgeschäftsführer und Dozent der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Praxis für Psychotherapie

Management – Seminare

Kursentwicklung und Organisation: **VitalArt** © Medizin & Wellness

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

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

Für diesen Kurs ist die Anerkennung durch die Akademie für Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim und die Zertifizierung mit Fortbildungspunkten beantragt. Die Anerkennung auf die Weiterbildung Psychotherapie bzw. Psychosomatische Grundversorgung wird angestrebt.

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDERSÄRZTEKAMMER HESSEN

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

ALLGEMEINE HINWEISE



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

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

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

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

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

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

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



FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

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

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

INNERE MEDIZIN

Strukturierte fachspezifische Fortbildung Innere Medizin

August 2002 bis März 2004, Bad Nauheim

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

Im Anschluß an die Ganztagsveranstaltung „Innere Medizin – Updates 2002“ im Juni in Bad Nauheim, bei der aus jedem Teilgebiet das Wichtigste, Neueste, Zukunftsweisende aus Diagnostik und Therapie behandelt worden ist, bieten wir in den kommenden eineinhalb Jahren systematisch vertiefende Seminare an. Sie finden einmal im Monat an einem Mittwochnachmittag in Bad Nauheim statt. 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, aber auch alle anderen Interessierten sind zur Teilnahme eingeladen. (s. Beitrag von Prof. Lasch in HÄ 4/2002, S. 209 ff).

Mittwoch, 14. August 2002, 15 s.t. bis 19 Uhr, Bad Nauheim Gastroenterologie

- interaktives Seminar mit TED-Evaluation -

Leitung: Prof. Dr. med. K. Haag, Prof. Dr. med. W. Rösch, Frankfurt a.M.

Die weiteren Termine sind:

2002	11.09. Hämatologie/Onkologie:	Prof. Neubauer	11.06. Hämatologie/Onkologie:	Prof. Bergmann	
	09.10. Kardiologie:	Prof. Wüsten		Prof. Hoelzer	
	13.11. Endokrinologie:	Prof. Bretzel		Prof. Neubauer	
		Dr. Siegmund	10.09. Kardiologie:	Prof. Hamm	
	11.12. Pneumologie:	Prof. Seeger	08.10. Endokrinologie:	Prof. Bretzel	
		Prof. Velcovsky		Dr. Siegmund	
2003	15.01. Angiologie:	Prof. Hach-Wunderle	12.11. Pneumologie:	Prof. Seeger	
	12.02. Nephrologie:	PD Dr. Birk		Prof. Velcovsky	
		Prof. Fassbinder	10.12. Angiologie:	Prof. Hach-Wunderle	
	12.03. Rheumatologie:	PD Dr. Berliner	2004	14.01. Nephrologie:	PD Dr. Birk
	23.04. Intensivmedizin:	Prof. Genth		11.02. Rheumatologie:	PD Dr. Berliner
		PD Dr. Walmrath			
	14.05. Gastroenterologie:	Prof. Haag	10.03. Intensivmedizin:	Prof. Genth	
		Prof. Rösch		PD Dr. Walmrath	

Zeit: jeweils Mittwoch, 15 s.t. bis 19 Uhr

Veranstaltungsort: Akademie der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal, Carl-Oelemann-Weg 7

Teilnahmegebühr: voraussichtl. 25 € /Seminar (Akad. Mitglieder 15 €)

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

E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

ETHIK-FALLSEMINARE

Leitung: PD Dr. med. U. Niemann, 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.

Der Arzt zwischen wissenschaftlicher und praktischer Medizin - ethische Fragen Mittwoch, 18. September 2002, 15 bis 19 Uhr, Bad Nauheim

AiP
4P

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Raum Wetterau

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

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

Es folgt:

Passive und aktive Sterbehilfe - ethische Fragen Mittwoch, 20. November 2002, 15 bis 19 Uhr, Bad Nauheim

AiP
4P

ÄRZTLICHE BEGUTACHTUNG

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

Mittwoch, 28. August 2002, 16 bis 19 Uhr, Bad Nauheim

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

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

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

Teilnahmegebühr: € 25 (Akademiestudenten frei)

Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie

GERONTOLOGIE/ GERIATRIE

AiP

18. Bad Nauheimer Gerontologisch/Geriatriisches Symposium Die Ernährung gesunder und kranker alter Menschen NEUER TERMIN!

7 P

Samstag, 9. November 2002, 9 bis ca. 15 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. H. Werner, Darmstadt, Dr. med. Ute Kryss, Enger

„Von der Lust und dem Leid des Essens im Alter“: Dr. med. H. Werner; Die Ernährungssituation alter Menschen in der Bundesrepublik; Der Ernährungsbedarf gesunder und kranker alter Menschen – Anforderungen an eine qualitativ und quantitativ hochwertige Ernährung kranker alter Menschen – Theorie und Wirklichkeit; Ernährungsassessment – was ist gesichert, was ist sinnvoll?; Hormone und Ernährung; Gewichtsverlust bei alten Menschen – Ätiologie, Diagnostik, Prävention; Geschmacks- und Geruchsstörungen als Ursache von Ernährungsstörungen im Alter; Malnutrition im Alter als prognostischer Faktor; Appetitsteigernde und appetithemmende Medikamente; Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt bei gesunden und kranken alten Menschen; Was ist gesichert in der enteralen Ernährung über die PEG-Sonde; Pro und Kontra künstliche Ernährung bei Demenzzkranken.

Selbstevaluation (Fragebogen) *Kein Kostenbeitrag!*
Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung.

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

ORGANSPENDE

Organtransplantation

AiP

Fortbildung für Klinik- und Hausärzte

Mittwoch, 21. August 2002, 15 bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Organspende in Deutschland -Rechtsgrundlagen und Entwicklung; Patientenvertretung; Hirntod und -Diagnostik; Organspende- Spenderkriterien, Ablauf und Organisation im Krankenhaus; Ethische Fragestellung

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

4P

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Montesquieu "Lettres Persanes"

Mittwoch, 25. September 2002, 18 Uhr, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Hochschule St. Georgen, Offenbacher Landstr. 224

"Die Geburt" (Medizin-Literatur-Musik-Kunst)

Mittwoch, 6. November 2002, 17.30 Uhr, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Diakonissen Haus, Eschersheimer Landstraße 122

Leitung: Prof. Dr. D. v. Engelhardt, Lübeck

Teilnahmegebühr: € 10,- pro Abend

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

PHARMAKOTHERAPIE / PNEUMOLOGIE

Pharmakotherapietage

AiP

Behandlung bei COPD und Asthma bronchiale

4P

Sektion Klinische Pharmakologie

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

Leitung: Prof. Dr. med. H. Breithaupt, Gießen

Therapie bei Husten: Prof. Dr. med. F. Dreyer, Gießen; Standards in der Therapie des Asthma bronchiale: Prof. Dr. med. H. Breithaupt; Der richtige Umgang mit Dosieraerosolen: Prof. Dr. med. P. Haidl, Schmallenberg; Asthmaschulung bei Kindern: Dr. med. Antje Erencin, Dillenburg; Behandlung des Status asthmaticus: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. F. Grimminger, Gießen
Selbstevaluation (Fragebogen)

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

PSYCHOSOMATIK

Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2002

32P

Sektion Psychiatrie – Psychosomatik, Psychotherapie

Block 3: 20. bis 23.09.2002, (Fr. - Mo.), Wiesbaden

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

Themen: Familientherapie (Zweitverfahren) – Parallelgruppe
Psychotherapie – Weiterbildung – Parallelgruppe
Positive und Transkulturelle Psychotherapie – Parallelgruppe
Psychosomatische Grundversorgung (GOA 850/851)

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

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

Teilnahmegebühr: € 370 (Akademiestudenten € 293)

Tagungsort: Wiesbadener Akademie für Psychotherapie, Langgasse 38-40, 65183 Wiesbaden

Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen, Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 7, z. Hd. Frau E. Hiltcher, Fax: 0 60 32/782-229

E-mail: akademie@laekh.de

M. PARKINSON

Morbus Parkinson

AiP

Sektionen Allgemeinmedizin und Neurologie

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

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

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

Wie kann der M. Parkinson in der allgemeinärztlichen Praxis diagnostiziert werden?: Dr. med. Daniela Friese, Frankfurt a. M.; Erweiterte neurologische Diagnostik incl. bildgebende Verfahren: Prof. Dr. med. W. Jost, Wiesbaden; Round-table-Diskussion: Medikamente in der allgemeinärztlichen Praxis, die M. Parkinson hervorrufen können: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.; Wandlungen im Erscheinungsbild der Parkinsonkrankheit im Krankheitsverlauf: Prof. Dr. med. P.-A. Fischer, Frankfurt a. M.; Grundzüge der Therapie der Parkinsonkrankheit einschließlich neuer Optionen: PD Dr. med. H. Braas, Hanau; Probleme bei der Therapie des M. Parkinson in der Allgemeinpraxis, Einbeziehung von Selbsthilfegruppen: Dr. med. K. Franz, Seligenstadt;

Round-Table-Diskussion: Therapie *Selbstevaluation (Fragebogen)*
Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung.

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

VORANKÜNDIGUNGEN

Zwangserkrankungen

11. September 2002, Eltville
Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie
Leitung: Dr. med. Doris Mallmann, Eltville

Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen

(z. B. Lassafieber u. ä.), Bioterrorismus
18. September 2002, Bad Nauheim
Sektion Öffentliches Gesundheitswesen
Leitung: Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel,

Sportmedizinische Aspekte bei Wintersportarten

26. Oktober 2002, Bad Nauheim
Arbeitskreis Sportmedizin
Leitung: Prof. Dr. med. G. Hoffmann, Frankfurt a. M.

Gastroenterologisches Fallseminar

2. Oktober 2002, Frankfurt a. M.
Sektion Innere Medizin – Gastroenterologie
Leitung: Prof. Dr. med. W. F. Caspary, Frankfurt a. M.

Das Ärztliche Gutachten im Spannungsfeld zwischen Anspruchsteller und Kostenträger

26. Oktober 2002, Bad Nauheim
Sektion Öffentliches Gesundheitswesen
Leitung: Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

Neues aus der Ophthalmologie

Herbst 2002, Frankfurt a. M.
Sektion Augenheilkunde
Leitung: Prof. Dr. med. Ch. Ohrloff, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. L. Welge Lüssen, Bad Homburg

II. FORTBILDUNGS-KURSE

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

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

SPEZIALKURS Gießen 21P
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:

Grund- und Spezialkurs: je € 255 (ÄiP € 200);
(Akademiestudierende € 205) (ÄiP € 150)

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

IMPFKURS

Zur Berechtigung der Impftätigkeit 10P

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

Samstag, 31. August 2002, 9 bis 17.30 Uhr Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Frankfurt a. M. s. HÄ 4/2002

Tagungsort: Fortbildungszentrums der LÄK Hessen, Akademi-gebäude, Blauer Hörsaal und Gruppenräume, Carl-Oelemann-Weg 7

Teilnahmegebühr: € 141,- (Akademiestudierende: € 102,-)

Auskunft und Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie,

z. Hd. Frau E. Hiltcher, Fax 06032/7 82-229

E-mail: edda.hiltcher@laekh.de

MEDIZINISCHE INFORMATIK

Einführungskurs (150 Stunden in 3 Monaten) 20P

Zur Vorbereitung auf den Fort- und Weiterbildungskurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Medizinische Informatik“ bietet die Akademie in diesem Herbst erstmalig einen **Einführungskurs** an. Er richtet sich an diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die zwar Interesse an dem gesamten Kurs haben, aber noch nicht ausreichende Vorkenntnisse besitzen; sie erwerben damit einen Anspruch auf die Teilnahme an dem nächsten Fort- und Weiterbildungskurs. Er kann aber auch unabhängig davon zum Erwerb grundlegender Informatik-Kenntnisse besucht werden, wobei auch die Teilnahme nur an einzelnen Themen möglich ist.

Beginn: September 2002 **Dauer:** 3 Monate

Fort- und Weiterbildungskurs (280 Stunden) 40P

Der **Fort- und Weiterbildungskurs „Medizinische Informatik“** findet zum dritten Mal im nächsten Jahr in der Akademie statt. Innerhalb eines Jahres können berufsbegleitend die Kenntnisse für die Zusatzbezeichnung erworben werden. Es ist aber auch möglich, nur einzelne Teile zur eigenen Fortbildung zu besuchen. Vorausgesetzt werden bestimmte Grundkenntnisse in Informatik (bitte Merkblatt anfordern!).

Beginn: Januar 2003 **Dauer:** 1 Jahr

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

Veranstaltungsort: jeweils Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: jeweils auf Anfrage

Informationsmaterial und Anmeldung (bitte *schriftlich* mit *genauer*

Adresse!: Akademie in Bad Nauheim, Frau H. Cichon,
Fax: 0 60 32/7 82-220 E-mail: heike.cichon@laekh.de

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

„Notdienstseminar“ AIP
Termin: Bad Nauheim 16P
verschoben auf 26./27. Oktober und 9. November 2002

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

Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ 41P
Neuer Termin: 19. bis 23. November 2002 in Wiesbaden

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

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

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“ 9P
Termine: neu 14. September 2002 in Wiesbaden 13P
19. und 20. Oktober 2002 in Kassel

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

MEGA-CODE-TRAINING

Angeboten wird das Training an folgenden Orten: jeweils 9P

Kassel/Nordhessen: Dr. med. G. Moog, F. Zängerling,
ASB Baunatal Tel. 05 61/ 9 48 84-0
Termin: 23. November 2002

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

Termine 2002: 14. September, 09. November

Johanniter-Unfallhilfe, Dr. med. R. Merbs, J. Korn
Schwalheimer Str. 84 Tel. 0 60 32/ 91 46 31

Termine 2002: 10. August, 9. November

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

Termine 2002: 31. August, 19. Oktober, 30. November

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

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Im Februar 2003 beginnt ein neuer Kurs ÄQM

Termine siehe HÄ 8/2002

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau H. Cichon,
Tel.: 0 60 32/7 82-213 E-mail: heike.cichon@laekh.de,

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Dieser Kurs dient dem Erwerb der **Zusatzbezeichnung** 52P
„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

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER

Motivierte und motivierende Fortbildung

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

Internet für Ärzte - mit praktischer Arbeit am PC - 17P

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 **Teilnehmerzahl:** max. 24
Teilnahmegebühr: € 250,- (Akademienmitglieder € 175,-)

Rhetorik - Kommunikation 13P

Leitung: Dr. rer. pol. Katja Ahlrich, Gau-Algesheim
Termin: Sa./ So., 28./ 29. September 2002

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie **Teilnehmerzahl:** mind. 12
Teilnahmegebühr: € 123,-

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

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. Böhnhof, Wiesbaden (DEGUM-Seminarleiter/in)

Abschlusskurs 17P

Theoretischer Teil: Fr. 29. 11. 2002, 9 bis 17 Uhr
 Sa. 30. 11. 2002, 9 bis 17 Uhr

ABDOMEN UND RETROPERITONEUM (einschl. Nieren)

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

Abschlusskurs 25P

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

Praktischer Teil: Termine auf Anfrage
Kursgebühr: € 205,- (Akademienmitglieder € 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

III. WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

(Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Wir bieten 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 (alte WB-Ordnung) anerkannt wird. Dieses Jahr finden noch statt:

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)

2003 bietet die Akademie für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin wieder die **6 Blöcke (80 Stunden)** zu folgenden Terminen an:

Block 1 08.02.2003 „Spezifische Inhalte der Allgemeinmedizin“ (12 Stunden)

Block 14 12.04.2003 „Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten“ (8 Stunden)

Block 16 23.-25.05.2003 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)“ (20 Stunden)

Block 17 19.-21.09.2003 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“ verbale Interventionstechniken (20 Stunden)

Block 18 11./12.10.2003 „Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“ (12 Stunden)

Block 19 22.02.2003 „Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation“ (8 Stunden)

⊙ **Anrechnung aus anderen Veranstaltungen kann im Einzelfall nach Vorlage der Bescheinigungen über die vollständige Teilnahme folgendes angerechnet werden:**

Für **Block 16** das „Psychosomatik-Curriculum“ der Akademie (80 Std.) oder die Intensivseminare Psychosomatik/Psychotherapie der Akademie oder die „Bad Nauheimer Psychotherapiewoche“.

Die Seminare können auch in anderen Kammern besucht werden!

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen.

Anmeldung: Die schriftliche Anmeldung ist erforderlich. Bitte geben Sie genau an, welche Weiterbildungsordnung für Sie zutrifft und an welchem Block Sie teilnehmen wollen. Sie erhalten dann von uns die Zahlungsaufforderung mit einem Überweisungsformular. Ihre Anmeldung ist erst verbindlich, wenn außer Ihrer schriftlichen Anmeldung die Teilnahmegebühr eingegangen ist. Die Teilnehmerzahl ist auf 100 begrenzt! Bitte geben Sie auch an, wieviele Monate anrechenbare Weiterbildungszeit Sie bereits absolviert haben.

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

Testatbuch: Ärztinnen und Ärzte aus Hessen, die an der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin teilnehmen und noch kein Testatbuch besitzen, bitten wir, mit der Anmeldung folgendes mitzuschicken: ein neues Paßfoto, genauen Namen und Adresse und das Geburtsdatum. Ihr persönliches Testatbuch liegt dann am Tagungsbüro für Sie bereit. Testatbücher anderer Kammern oder der Bundesärztekammer gelten ebenfalls.

Auskünfte: Wenn Sie Fragen zu der theoretischen Kurs-Weiterbildung haben, wenden Sie sich bitte an die Akademie, Frau Heßler, Tel. 0 60 32/782-203.

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
 A1 13. 01. bis 24. 01. 2003
 A2 08. 09. bis 19. 09. 2003

Aufbaukurs: B2 11. 11. bis 22. 11. 2002
 C2 02. 12. bis 13. 12. 2002
 B1 03. 02. bis 14. 02. 2003
 C1 17. 03. bis 28. 03. 2003
 B2 03. 11. bis 14. 11. 2003
 C2 01. 12. bis 12. 12. 2003

Sozialmedizin

je 20 P

Grundkurs: GKII 14. 10. bis 25. 10. 2002
Aufbaukurs: AKI 24. 02. bis 07. 03. 2003
 AKII 06. 10. bis 17. 10. 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 Ausbildungs-
veranstaltung anerkannt. Dafür ist die namentliche Anmeldung erforderlich.

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

24.7.2002, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt. „**Mykobakterien, Tuberkulose, pulmonale und extrapulmonale Manifestationen.**“ Dr. G. Ness. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Alice-Hospital

5.8.2002, 18.00 Uhr: Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Diagnostik und Therapie des gastrointestinalen Karzinoms.**“ Dr. Frick. Auskunft: Dr. A. Mortazawi. Tel. (0 61 51) 7 73 73. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Darmstadt

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

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

2.7.2002, 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.

Paul-Ehrlich-Institut

2.7.2002, 14.15 Uhr: Hörsaal des Paul-Ehrlich-Institutes, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, Langen. „**Isolierung, Analyse und Eigenschaften BSE-induzierter humoraler Nukleinsäuren.**“ Prof. Dr. Dr. Bertram Brenig, Göttingen. Auskunft: Dörte Ruhalttinger. Tel. (0 61 03) 77 10 31.

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Frankfurt

3.7.2002: Vortragsraum der Siemens AG, Haus 1, EG, Rödelheimer Str. 5-9, Frankfurt. „**Die Hausärztin – Vision und Wirklichkeit.**“ Dr. S. Schlitt-Ripp. Auskunft: Dr. Ulrike Bös. Tel. (0 61 51) 78 36 59.

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Wiederbelebung

10.7.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Haus 23 B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock,

Universitätsklinikum Frankfurt. „**Adrenokortikale Dysfunktion und Sepsis.**“ Prof. Dr. J. Briegel, München. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Paul Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67.

Klinikum Hanau

17.7.2002, 16.00 Uhr c.t.: Besprechungsraum der Röntgenabteilung, H-Bau, Leimenstraße 20, Hanau. „**Interdisziplinäres Onkologisches Kolloquium.**“ Auskunft: PD Dr. M. Burk. Tel. (0 61 81) 2 96 42 10.

Gamma Knife Zentrum

31.7.2002, 17.00 Uhr s.t.: Hörsaal der Neuroradiologie, Untergeschoß Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**11. Radiochirurgische Konferenz.**“ Leitung: Prof. Seifert, Prof. Karlsson. Auskunft: Dr. Robert Wolff. Tel. (0 69) 67 73 59 10.

Stadtkrankenhaus Rüsselsheim

7.8.2002, 18.30 – 19.45 Uhr: Stadtkrankenhaus Rüsselsheim, August-Bebel-Str. 59, Rüsselsheim. „**Rezidivtherapie des Ovarialkarzinoms.**“ PD Dr. Andreas du Bois, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. L. Heilmann. Tel. (0 61 42) 8 80.

Markus-Krankenhaus

7.8.2002, 12.15 Uhr: Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt „**Evaluation geriatrischer Therapie – eine Analyse klinischer Studien.**“ PD Dr. R. Püllen, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. K.H. Holtermüller. Tel. (0 69) 95 33 22 02.

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Jeden Montag 15.30 Uhr: Universitätsklinikum, Demonstrationsraum, IDIR, Haus 23A, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Interventionelle Therapiemaßnahmen: Thermoablation (Laser, RF), vaskuläre Therapie, Vertebroplastie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Thomas Vogl. Tel. (0 69) 63 01 72 77.

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt.

Psychosomatische Grundversorgung: Kontinuierliche Balintgruppe Theorie 50 Stunden. Leitung: Dr. Herzog, 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, Hörsaal der Gynäkologie, 2. Stock, Frauenklinik. „**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.**“ Auskunfft: 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**

Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Mittwochs, 1xmonatlich, 20.00 – 21.30 Uhr in Frankfurt-Hausen. Auskunfft: Dr. Cordula Damm. Tel. (0 69) 76 20 18. **4P**

Psychosomatische Grundversorgung

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

22.6.2002: (weitere Termine im September und November) Vollständiges Seminar „**Psychosomatische Grundversorgung**“ Theorie und Technik der Verbalen Intervention. **65P**

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

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

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Medizinische Gesellschaft Gießen e.V.

10.7.2002, 18.15: Hörsaal des Neubaus Chirurgie des Universitätsklinikums, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. „**Demonstration eines besonderen Krankheitsbildes.**“ Dr. Caroline Herr. „**Zukunftsorientierung in der Medizin – Entwicklung bis 2010.**“ Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Auskunfft: Marion Oberschelp. Tel. (06 41) 9 94 80 05.

Kreiskrankenhaus Schotten

17.7.2002, 18.30 Uhr: Bibliothek des Kreiskrankenhauses Schotten, Außenliegend 13, Schotten. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellung.**“ Auskunfft: Praxis Dr. Viola Rippin. Tel. (0 60 45) 95 38 57.

Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

19.7.2002, 16.30 Uhr c.t. – ca. 18.30 Uhr: Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein. „**Pneumologisches Konsil.**“ Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. H. Morr. Tel. (0 64 49) 92 72 61. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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.**“ Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. H. von Lieven. Tel. (06 41) 9 94 17 00.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

10.7.2002, 17.00 Uhr: Konferenz-Center der Klinik um Kurpark, Im Kur-

park 10, Bad Hersfeld. „**Bad Hersfelder Schmerzkonferenz.**“ Auskunfft: Sekretariat MR Dr. Michael W.W.Röse. Tel. (0 66 21) 6 50 63 87. **4P**

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie

10.7.2002: Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Die Mechanismen der Schmerzchronifizierung und die therapeutischen Optionen.**“ Prof. Dr. W. Zieglänsberger, München. Auskunfft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 51. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Kinder- und jugendpsychiatrisches Forum Kassel

Konferenzraum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Herkulessstr. 111, Kassel, jeweils 15.00 – 16.30 Uhr.

3.7.2002: „**Emotionen zwischen Neurobiologie und Sozialisation.**“ Herr Towhid. **4P**

17.7.2002: „**Die stationäre Behandlung von Jugendlichen mit schizophrenen Psychosen – mit Falldarstellungen.**“ Dr. Brilla. **4P**

31.7.2002: „**Behandlung von Kindern mit mutistischen Störungen – mit Falldarstellungen.**“ Frau Stürmer. **4P**

Auskunfft: Sekretariat Dr. G. Paul. Tel. (05 61) 31 00 64 11.

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

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. Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling. Tel. (06 61) 84 25 30. **3P**

Jeden Donnerstag 15.30 - 16.30 Uhr: Bibliothek der Frauenklinik. „**Perinataalkonferenz.**“ Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. U. Töllner. Auskunfft: 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. Auskunfft: 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. Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 54 21. **2P**

Balintgruppe

Termine nach Vereinbarung: Auskunfft: 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**

Qualitätszirkel Methodenintegration in der Psychotherapie

Mittwochs, 20.00 Uhr, monatlich. Auskunfft: Dipl.-Psych. Dieter Bruns. Tel. (05 61) 3 27 04.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

11.7.2002, 16.30 – 18.30 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Pathologie, Baldingerstraße, Marburg. „**Klinisch-Pathologische Konferenz.**“ Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. Tel. (0 64 21) 2 86 22 70. **AiP 2P**

Kinderurologisches Symposium

10.8.2002, 9.00 Uhr: Klinik für Urologie und Kinderurologie der Philipps-Universität, Baldingerstraße, Marburg. „**Der einfache und komplizierte Harnwegsinfekt im Kindesalter – Basisdiagnostik und spezifische Diagnostik der Harnwegsinfektion – Prophylaxe und spezifische Therapie der komplizierten Harnwegsinfektion – Live-Operationen.**“ Auskunfft: Sekretariat PD Dr. A. Heidenreich. Tel. (0 64 21) 2 86 30 13.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

15.7.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkongferenz mit Patientenvorstellungen.**“ **2P**

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

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

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

3.7.2002 und 17.7.2002, 18.00 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt. Neues Dienstgebäude, Sitzungssaal EG. „**Tagung des Onkologischen Arbeitskreises Wiesbaden.**“ Leitung: PD Dr. N. Frickhofen. Organisation: Dr. H.-G. Fuhr. Fallanmeldung: Sekretariat Frau Decker-Eilenz. Tel. (06 11) 43 33 33. **3P**

8.7.2002: Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie und Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin. „**Neues vom ASCO Teil 2: Mammakarzinom.**“ Dr. Kandel, PD Dr. du Bois. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **1P**

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

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

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

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

26.7.2002, 17.00 – 19.00 Uhr s.t.: Bibliothek der DKD. „**Arbeitskreis Integrierte Medizin und Reflektierte Kasuistik.**“ Auskunft: Dr. L. Albers, Prof. Dr. O. Leiss. Tel. (06 11) 57 72 52.

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 Montag, 17.00 Uhr: **Interdisziplinäres Forum für Onkologie** an der DKD, Patientenbesprechung, 4. OG. Anmeldung Praxis Hämatologie/Onkologie, Dr. Josten. 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 Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) und Europäisches Institut für Homöopathie (InHom)

Wilhelm-Kempf-Haus, Wiesbaden Naurod.

14.8. – 18.8.2002: „**Weiterbildung Homöopathie, A-, C- und F-Kurs.**“

16.8. – 18.8.2002: „**Homöopathische Langzeitbehandlung, Kurs für Fortgeschrittene.**“

Auskunft: Gerhard Bleul. Tel. (0 64 34) 72 07. Anmeldung: DZVhÄ, Frau Schwaab, Tenne 3, 65529 Waldems.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN:

Ethik in der Medizin

10.7.2002, 18.30 - 21.30 Uhr: Seminarraum, Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49 des Universitätsklinikums. „**Ethische Konfliktfelder - Das Gespräch zwischen dem Arzt und seinem Patienten.**“ Moderation und Auskunft: Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius. Tel. (0 69) 63 01 62 45. **AiP 3P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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.

Die Praxis als Lernort

Für künftige Allgemeinärzte ist der Weiterbildungsabschnitt in der Praxis der wichtigste. Dieser Workshop will Weiterbildern (niedergelassene Ärzte) und Assistenten helfen, das Beste aus dieser Zeit zu machen. Themen: optimale Lernbedingungen, Praxisabläufe, Lernvereinbarungen und Evaluation; Rechtsfragen, Zuschüsse, Vertragsgestaltung, neue Weiterbildungsordnung (Referenten u.a. M. Leimbeck, U. Rein RA).

Veranstalter: AG Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen

Samstag 31. August 2002, 10 bis ca. 14.30 Uhr;

Ort: KV Hessen, Frankfurt, Georg-Voigt-Str. 15.

Kontakt: PD Dr. Norbert Donner-Banzhoff, Abt. für Allgemeinmedizin, Universität Marburg, 06421-26605, Fax 06421-162753,

norbert@mail.uni-marburg.de

Ärztliche Begutachtung **3P**

Der ärztliche Sachverständige und sein Gutachten

- **Tips aus der Praxis für die Praxis**

Mittwoch, 28. August 2002, 16 bis 19 Uhr, Bad Nauheim

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

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, KWA Stift, Salon B, Carl-Oelemann-Weg 7

Teilnahmegebühr: € 25 (Akademiemitglieder frei)

Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie



Honorarvertragsverhandlungen – Chance oder Risiko einer KV

Urteil des Landgerichts Frankfurt/M. vom 27.3.2002, Az.: 2-04 O 126/01 (nicht rechtskräftig)

Dr. iur. Karin Hahne-Reulecke
Juristische Geschäftsführerin KVH

Interessenvertretung

Die Honorarverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen auszuhandeln, ist eine der wichtigsten Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung. In den Honorarvertragsverhandlungen nimmt sie ihre gesetzliche Aufgabe wahr, die Interessen der niedergelassenen Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen zu vertreten. Der Vertragsfreiheit hat der Gesetzgeber allerdings enge Grenzen gesetzt; gesetzliche Honorarbudgets oder der Grundsatz der Beitragssatzstabilität schränken die Möglichkeiten derartiger Vertragsverhandlungen stark ein. Jahr für Jahr ist die wohl schwierigste Frage zu entscheiden: Soll die KV das in langen Sitzungsstunden den Krankenkassen abgerungene letzte Verhandlungsangebot annehmen oder soll sie den Weg zum Schiedsamt gehen? Die Abschätzung, welche der beiden Möglichkeiten das für die Mitglieder bestmögliche Ergebnis bringt, setzt eine genaue Kenntnis der rechtlichen Grundlagen, des politischen Umfelds und der anderen im Bundesgebiet abgeschlossenen Vereinbarungen voraus. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat sich vor dieser Entscheidung nie gescheut; zweimal ist die Entscheidung zu Gunsten des Schiedsamtes ausgefallen, im Jahre 1999 im Bereich der Ersatzkassen und im Jahr 2001 im Bereich der Primärkassen.

Erstmals mußte sich ein Zivilgericht mit der Frage befassen, wann eine Gesamtvergütung angemessen ist, ob der Anteil der Gesamtvergütung, der auf eine bestimmte Fachgruppe entfällt, ebenfalls angemessen ist, ob ein Vertragsarzt

Anspruch auf eine angemessene Honorierung seiner Leistungen hat und ob eine Kassenärztliche Vereinigung schuldhaft ihre Amtspflichten verletzt, wenn sie eine Gesamtvergütung akzeptiert, die aus Sicht des Klägers keine angemessene Vergütung erlaubt.

Sachverhalt

Ein im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen niedergelassener Radiologe verklagte die KV Hessen auf Zahlung von Schadensersatz. Er hat geltend gemacht, die KV Hessen habe ihre Amtspflichten dadurch verletzt, daß sie für die Quartale III/98 und IV/98 eine so geringe Gesamtvergütung mit den Krankenkassen ausgehandelt habe, die es nicht erlaubt habe, dem Kläger eine angemessene Vergütung zu zahlen. Die Honorare in den beiden angeführten Quartalen hätten nicht einmal die Kosten der sparsam und wirtschaftlich geführten Vertragsarztpraxis gedeckt, geschweige denn einen „Arztlohn“ übrig gelassen. Neben den dem Kläger angeblich entstandenen Kostendefiziten sei die KV verpflichtet, einen Arztlohn in Höhe von DM 90.000,— für beide Quartale als Schadensersatz zu leisten. Der Kläger legt bei dieser Berechnung die DM 180.000,— zu Grunde, die pro Jahr als Arztlohn Eingang in die EBM-Kalkulation gefunden haben.

Der Kläger begründet seinen Schadensersatzanspruch damit, daß ihm bei verfassungskonformer Auslegung der Satzung und der Gesetze ein Anspruch auf eine angemessene Honorierung sei-

ner vertragsärztlichen Tätigkeit zustünde. Die KV Hessen habe vor Vereinbarung über die Gesamtvergütung den Honorarbedarf für die einzelnen Fachgruppen ermitteln müssen. Sei ein ausreichendes Verhandlungsergebnis mit den Krankenkassen nicht zu erreichen, das erlaube, die Ansprüche zu befriedigen, müsse die KV das Schiedsamt anrufen und ggf. eine auch dort unzureichende Entscheidung vor dem Sozialgericht beklagen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat dem u.a. entgegengehalten, daß sich auf Grund der damaligen und derzeitigen Rechtslage die Höhe der Gesamtvergütung – leider – nicht an den Bedürfnissen eines einzelnen Vertragsarztes oder einer einzelnen Fachgruppe orientiert, sondern auf Grund langjähriger, sich aneinanderreihender Kostendämpfungsgesetze an der Bemessung der Gesamtvergütung in der Vergangenheit, die in der Regel um die Grundlohnsummenentwicklung angehoben werden kann. Die Entscheidung, in dem betroffenen Vertragszeitraum das Schiedsamt nicht anzurufen, hatte die KV Hessen zum damaligen Zeitpunkt nach wohl erwogenen Überlegungen getroffen; aus ihrer Sicht war nach dem damaligen politischen Umfeld eine Verbesserung der Honorarsituation durch das Schiedsamt nicht zu erwarten.

Urteil

Das Landgericht Frankfurt hat festgestellt, daß eine Kassenärztliche Vereinigung an die Vorschriften der für die vertragsärztliche Vergütung relevanten



„Normenpyramide“ gebunden ist. Für die Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides und des Honorarverteilungsmaßstabes auf der Grundlage des Gesamtvertrages sind der einheitliche Bewertungsmaßstab, die Richtlinien der Bundesausschüsse, der Bundesmantelvertrag und die gesetzlichen Grundlagen des § 85 SGB V verbindlich. Eine Kassenärztliche Vereinigung hat keine Kompetenz, diese Vorschriften unbeachtet zu lassen. Sie darf und muß diese Vorschriften im Lichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auslegen. Da sich die KV Hessen an diese Spielregeln gehalten hat, ist ihr kein schuldhaftes Verhalten bei der Aushandlung des Honorarvertrages für das Jahr 1998 vorzuwerfen.

Erst wenn die Anwendung der rechtlichen Normen dazu führt, daß vertragsärztliche Leistungen letztlich unentgeltlich erbracht werden müßten, läge ein Fall des „legislativen Unrechts“ vor. Selbst in diesem Fall stelle sich aber die Frage, ob dann die Amtshaftung gegen ein Organ der Exekutive das richtige Mittel sei, legislatives oder normatives Unrecht aufzufangen. Diese Frage verneint das Landgericht Frankfurt.

Das Landgericht Frankfurt stellt wei-

ter fest, daß auch der weitere Vorwurf des Klägers, die KV Hessen habe es pflichtwidrig unterlassen, vor dem Aushandeln der Gesamtvergütung den Bedarf der Fachgruppe der Radiologen zu ermitteln, nicht zur Annahme einer zum Schadensersatz verpflichtenden Amtspflichtverletzung führt. Es könne dahingestellt bleiben, ob es ausreichend ist, sich auf die auf Bundesebene durchgeführten Kostenkalkulationen zu beziehen; jedenfalls habe die KV Hessen ihren Ermessensspielraum bei der Frage, ob über das Schiedsamt eine bessere Vergütung zu erzielen sei, pflichtgemäß ausgeübt. Ihre Entscheidung, daß voraussichtlich durch eine Schiedsamsentscheidung kein besseres Ergebnis zu erzielen gewesen wäre, sei auf Grund der damaligen politischen Lage, insbesondere angesichts des sich zum damaligen Zeitpunkt erheblich im Umbruch befindlichen Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu beanstanden gewesen.

Fazit

Die Entscheidung des Landgerichts Frankfurt hat das Vorgehen des Vorstandes der KV Hessen und der Verhandlungskommission zum damaligen Zeitpunkt bestätigt.

Auf Grund des differenzierten Vorgehens kann auch dem Berufungsverfahren vor dem Oberlandesgericht in Frankfurt gelassen entgegengesehen werden.

Die Entscheidung bedeutet jedoch keinen Freibrief für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Vertragsverhandlungen. Sie zeigt auf, daß eine Kassenärztliche Vereinigung, die bei den Verhandlungen und bei ihren Entscheidungen die vorgegebenen Rechtsgrundlagen und das politische Umfeld pflichtgemäß berücksichtigt, keine Angst vor einer gerichtlichen Überprüfung haben muß. Sie zeigt aber auch auf, mit welcher Sorgfalt Vertragsverhandlungen geführt werden müssen, um nicht in das Risiko einer Amtshaftung zu gelangen. Allerdings bedurfte es eines Urteils des Landgerichts Frankfurt nicht, den Vorstand und die Verhandlungskommission der KV Hessen daran zu erinnern, daß die Vertragsverhandlungen mit einem hohen Maß von Sorgfalt und Kenntnis vorbereitet und durchgeführt werden müssen; ein anderes Vorgehen wäre nicht die Art der Interessenvertretung, die die niedergelassenen Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erwarten dürfen.

Mit meinen Augen

Rostock 2002 – oder hat Vernunft denn keine Zukunft mehr in Deutschland?

Von Siegmund Kalinski

Für berufspolitisch orientierte Ärzte führten in diesem Jahr alle Wege nach Rostock. Der 105. Deutsche Ärztetag hatte seine Zelte an der Ostsee aufgeschlagen. Die frische Brise vom Meer war nötig gewesen - sowohl für die KBV als auch für die BÄK - für jede auf andere Weise.

Die KBV mußte wachgerüttelt werden, um endlich von ihrer Appeasement-

taktik auf den richtigen Weg zu kommen. Andeutungen hierzu konnte man dem „Bericht zur Lage“ des KBV-Vorsitzenden Dr. Manfred Richter-Reichhelm bei der KBV-Vertreterversammlung (VV), der ersten Veranstaltung des Ärztetages, entnehmen.

Seine Rede war im Grunde genommen nicht schlecht, aber, „Dauergäste“ beim Ärztetag wissen das inzwischen,

vorgetragen wie eine Einladung zum autogenen Training. Ein Teil der Zuhörer döste diskret vor sich hin, andere erwogen derweil die Chancen der deutschen Mannschaft bei den beginnenden Fußball-Weltmeisterschaften. Schon oftmals haben Wohlmeinende dem KBV-Vorsitzenden empfohlen, doch einmal einen Rhetorikkurs zu besuchen, doch da das nicht auf fruchtbaren Boden fiel,

stellt man jetzt, halb scherzhaft, halb im Ernst, Überlegungen an, seine inhaltlich ja wirklich guten Reden von einem Schauspieler vortragen zu lassen. Irgendwie ist's ja schon fast komisch: wenn Richter-Reichhelm seinen Text nicht abliest, sondern in freier Rede in die Diskussion eingreift, kann er durchaus gut, sogar emotional argumentieren – nur mit dem Ablesen hat er so seine Schwierigkeiten...

Die Mitglieder der VV brachte besonders die Forderung der Kassen in Rage, alle Behandlungsdaten der in die Disease-Management-Programme eingeschlossenen Patienten unverschlüsselt zu bekommen. Das reichte den Vertretern. Die Vertreterversammlung sagte klar und deutlich: Stoppt den Wahnsinn!

In der Diskussion machten viele VV-Mitglieder ihrem Ärger immer wieder Luft und warfen dem Vorstand zu große Nachgiebigkeit gegenüber den Kassen vor. Sicher waren nicht alle Beiträge sachlich, doch einige Vorstandsmitglieder konnten die aufbrausenden Wogen glätten und vieles aufklären. Zu den ihnen gehörte auch der Vorsitzende der KVH, Dr. Hans-Friedrich Spies, der stimmlich (wegen einer Erkältung) zwar nicht besonders gut disponiert, dafür aber um so stärker in der Argumentation war.

Ein weiterer Schwerpunkt der Beratungen war die Reaktion auf das unlängst gefällte Urteil des BSG, das dem klagenden Hautarzt zwar nichts brachte („außer Spesen nichts gewesen“), die KBV aber zur Neuberechnung der Praxiskosten verdonnerte. So muß sich jetzt der zweite KBV-Hauptgeschäftsführer Dr. Andreas Köhler, der seit sechs

Jahren am EBM 2000 plus wie ein Sisyphus werkelt, mächtig sputen, um bis zum 31.12.2002 dem Urteil Genüge zu tun. Ob sich das am Ende positiv für die Vertragsärzte auswirkt, das wird die Zukunft zeigen. Wie heißt es doch so schön: Auf hoher See und vor Gericht liegt alles in Gottes Hand...

Zur Imageverbesserung von KBV und Kassenärzten hat die KBV für eine PR-Kampagne über zwei Millionen Euro (in vier Jahren) bewilligt. Ob solche eine Aktion das angeschlagene Ansehen der Kassenärzteschaft wirklich bessern wird, daran sollte zu zweifeln erlaubt sein. Eine bessere Vertretung der Interessen der Patienten und auch der KV-Mitglieder hätte ihre Wirkung auch nach Außen hin nicht verfehlt – und wäre billiger.

Die feierliche Eröffnung des 105. Ärztetages begann mit Pauken, jedoch ohne Trompeten. Die musikalische Umrahmung wurde vom ‚Percussion Projekt Rostock‘ besorgt, einem Quartett hervorragender Perkussionisten, die die vollbesetzte Werfthalle in Warnemünde zu langandauernden Ovationen herausforderten. Das war einmal was Neues, und es stimmte die Delegierten so richtig auf ihre Beratungen in den folgenden Plenarsitzungen ein.

Die Eröffnung war übrigens ein echter Hessestag! Zwei verdiente Hessen zugleich wurden mit der Paracelsus-Medaille geehrt. Daß aus einem Land zwei Ärzte auf einmal ausgezeichnet werden, ist relativ selten. Die Honoratioren waren Dr. Georg Holfelder aus Frankfurt, langjähriger Vorsitzender der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, „der stille Diplomat“, und Prof. mult. h.c. Hanns Gotthard Lasch, der große Internist aus Gießen. Prof. Lasch, der sich so viele Verdienste in Lehre und Forschung erworben hat, schilderte in seiner kurzen Dankesrede das Elend der jungen Ärzte in den Kliniken. Mit seinen einfachen Worten, die voll innerer Rührung waren, sprach der große Arzt und Lehrer direkt aus seinem Herzen in die Herzen der Anwesen-

den, deren anschließender Beifall dann fast kein Ende nehmen wollte. Verdiente „Standing Ovations“...

Auch das anschließende Plenum hatte seine eigene Percussion. Mit Pauken und diesmal auch mit Trompeten verdammten sowohl der BÄK-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe als auch am folgenden Tag Prof. Friedrich-Wilhelm Kolkmann und Prof. Albrecht Encke in ihren Hauptreferaten die falschen Lehren der selbsternannten Experten, die dabei sind, unser bisher noch einigermaßen brauchbares Gesundheitssystem (mit allen seinen Mankos) mit allen verfügbaren Mitteln zu zerschlagen, was in einer Katastrophe enden wird. Denn ihre Thesen, die sie sich allesamt aus dem Ausland geholt haben, haben sich nirgends bewährt, sind wissenschaftlich nirgendwo nachgewiesen und dienen nur einem einzigen Ziel: den Krankenkassen Geld zu sparen, auf eine Weise, die bald zu noch größeren Defiziten in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen und die ärztliche Versorgung auf den niedrigsten bisherigen Level bringen wird.

Sowohl Prof. Hoppe als auch Prof. Kolkmann haben den falschen Propheten so richtig den Marsch geblasen. Hoppe griff die falschen Doktrinäre eher politisch, Kolkmann mehr philosophisch an. Der Präsident der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), der Gentilhomme Prof. Encke aus Frankfurt am Main, nahm (obwohl sichtlich stark erkältet) alle Strapazen auf sich, um sich im Namen der Wissenschaft medizinisch fundiert mit den Expertokraten auseinanderzusetzen. Hoffentlich zahlen sich alle diese Anstrengungen aus...

Noch ist es Zeit umzukehren, wenn nur der Gesetzgeber (egal, wer nach dem 22. September am Ruder sein wird) auf die Stimmen der Mahner hören würde. Soviel geballtes medizinisches Wissen, vorgetragen von wirklichen und nicht von Pseudo-Wissenschaftlern, müßte doch Gehör finden.

Oder hat Vernunft denn keine Zukunft mehr in Deutschland?!

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „Leitsymptom Schwindel“ in der Mai-Ausgabe, Seite 261

Frage 1: 1A	Frage 6: 6E
Frage 2: 2D	Frage 7: 7C
Frage 3: 3C	Frage 8: 8D
Frage 4: 4C	Frage 9: 9C
Frage 5: 5B	Frage 10: 10D

Ein Wort für einen Urlaub 02

Es ist gar nicht so leicht, ein klärendes Wort zum Urlaub 02 zu entwerfen. Es wird jedem Kollegen von Herzen gewünscht, daß eine Erholung, eine Freude, ein Aufatmen im Jahr 02 gelingt.

Die Sachlage zur Gesundheitsreform ist allerdings immer noch so kompliziert, unlesbar und mit Kopfschütteln begleitet wie etwa vor einem Jahr.

Es sind Dutzende von Vorschlägen gemacht worden, es sind Wortgetüme entstanden, die kaum zu interpretieren sind (was sagen Sie zu einem "Arzneimittelabgabebegrenzungsgesetz?). Die Politiker, die "runden Tische", auch einige Arztzusammenschlüsse, die Krankenkassen mit oder ohne Pflichtanteil, haben sich so widersprüchlich, kompliziert und verwegen geäußert, daß wir uns verlegen an unseren Verstand wenden müssen, aber da gibt es auch nur ein Stöhnen. Mit einem Wort:

Wir wissen noch nicht, was die entsprechenden "Untersuchungsausschüsse" in einem verständlichen Ergebnis formulieren werden. (Diese Untersuchungsausschüsse haben mit einer **ärztlichen** Untersuchung natürlich nichts zu tun). Im Frondienst der Paragraphen werden wir abwarten müssen, was sich im September tut. Vorherige Zwischenergebnisse bedeuten keine Festlegung.

Das "Aussterberücht" der Ärzte sollte noch nicht so ernst genommen werden. Schließlich haben wir vor gar nicht langer Zeit noch von einer Ärzteschwämme gehört. Die Flut der neuen Facharztüberlegungen (Facharzt für Obduktion!) sollte man nicht überbewerten, obwohl die Zersplitterung der ärztlichen Kenntnis wirklich schon zu weit geht. Da sollte uns die Wissenschaft hilfreich zur Seite stehen. Es gibt noch Chancen! Wir brauchen eine Hilfe! Können es die vielgenannten "Zeitzeugen" sein, die uns immer wieder (auch mit verschiedenen Erfahrungen in gleicher Sache) genannt werden?

Zeitzeugen für die anerkannte Leistung in Sachen Medizin sind selten, weil die Zeit der Blüte des Arztseins in Deutschland wirklich schon zu lange zurückliegt. Eigentümlich: Die ärztliche Leistung selbst in dieser verworrenen Zeit gibt es, darüber wird aber nur in spektakulärer Weise berichtet, so daß erstens Mißverständnisse entstehen und zweitens natürlich jeder von einer ärztlichen Neuleistung **sofort** partizipieren möchte.

Im Ernst: Wir wissen genau, wie schwierig die ärztliche Plattform zu begehen ist und wie sehr viele neue Komplikationen fast zwangsläufig auftreten werden, wir wissen um die Unterschiede zwischen West und Ost, wir kennen drohendes Unglück in aller Welt, wir werden uns auch bemühen, gegenüber der Politik gerecht zu sein - besonders nach dem Urlaub 2002. Es gibt eine Chance: Wir haben hervorragende Ärzte in dieser komplizierten Zeit. Der Be-

ruf und die Berufung in der Medizin werden sich durchsetzen, wir werden die Hoffnung nicht aufgeben!

Auf baldiges "Wiedersehen"

Wolfgang Weimershaus

Anzeige



Die Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V. bietet Ihnen ab Herbst 2002

Curriculum Ernährungsmedizin (100 Stunden)

Block I
Fr./Sa. 18./19. Okt. 2002

Block II
Fr./Sa. 06./07. Dez. 2002

Block III
Fr./Sa. 21./22. Febr. 2003

Block IV
Fr./Sa. 09./10. Mai 2003

Block V
Fr./Sa. 27./28. Juni 2003

Gebühr :
395,- € / pro Kursblock

Tagungsort:
Rottenburg am Neckar

Teilnehmerzahl:
max. 30 Personen

Curriculum Umweltmedizin (200 Stunden)

Block I
Fr./Sa. 13./14. Sept. 2002
Fr./Sa. 27./28. Sept. 2002

Block II
Fr./Sa. 08./09. Nov. 2002
Fr./Sa. 22./23. Nov. 2002

Block III
Fr./Sa. 17./18. Jan. 2003
Fr./Sa. 31. Jan./01. Febr. 2003

Block IV
Fr./Sa. 21./22. März 2003
Fr./Sa. 04./05. April 2003

Gebühr :
690,- € / pro Kursblock

Tagungsort:
Rottenburg am Neckar

Teilnehmerzahl:
max. 30 Personen

Wir bieten Ihnen:

Engagierte Kursleitung, fachlich und didaktisch kompetente Referenten (Vorträge, Diskussionen, Demonstrationen, Kleingruppenarbeit, Fallbeispiele und Exkursionen), gute Verpflegung und ein angenehmes Tagungsambiente.

Anmeldung und Information:

Geschäftsstelle Stuttgart, Adalbert-Stifter-Straße 105, 70437 Stuttgart,
Tel. 07 11/84 88 84 -0, Fax 07 11/84 88 84 -20,
e-mail: info@sama.de homepage: <http://www.sama.de>

Dr. med. Wolfgang Weimershaus zum 80. Geburtstag

Am 6. Juli vollendet Dr. Wolfgang Weimershaus das 80. Lebensjahr. Sein vielfältiges ehrenamtliches Wirken galt Jahrzehnte hindurch auch dem Wohle und der Entwicklung der hessischen Ärzteschaft, und so verbindet sich mit dem Glückwunsch zugleich ein herzlicher Dankesgruß an den Jubilar.

Er kam in Welper an der Ruhr, einem Stadtteil Hattingens, zur Welt. Aber das Ruhrgebiet wurde ihm nicht zur Heimat, denn mehrfache Versetzungen des dem Beamtenstande angehörenden Vaters führten die Familie schon bald in das nördliche Holstein, dann nach Pommern und in die Mark Brandenburg, später nach Schlesien und schließlich in den Osten nach Küstrin und Landsberg an der Warthe. Daher empfing er schon im frühen Alter, wenn die persönliche Entwicklung besonders stark von Umweltbedingungen bestimmt wird, vielfältige und wechselvolle Eindrücke, und er lernte früh, sich veränderten Lebensumständen anzupassen, was zur Entwicklung des diplomatischen Geschicks und der verständnisvollen Toleranz, die ihn zeitlebens auszeichneten, nicht unwesentlich beigetragen haben dürfte.

Im Jahre 1940 bestand er in Landsberg das Abitur, er entschied sich für den ärztlichen Beruf. Aber es herrschte bereits Krieg in Europa, und so stand ihm ein schwieriger, wiederholt von Fronteinsätzen unterbrochener Studiengang bevor, der in Breslau begann und über die Universitäten Straßburg, Göttingen und Jena führte. Erst nach Kriegsende, im Jahre 1946, konnte er in Jena das medizinische Staatsexamen ablegen.

Als junger Arzt wandte er sich dem Gebiet der Mikrobiologie zu, einer Wissenschaft, die gerade durch das Aufkommen der Antibiotika seine besondere Anteilnahme weckte, und diese Entscheidung war nicht zuletzt ausschlaggebend, daß er nach Hessen kam: sein nach Frankfurt berufener

Lehrer, Professor Schloßberger, holte ihn an sein Institut.

So verheißungsvoll die Aussicht auf eine wissenschaftliche Laufbahn aber auch erscheinen mochte — er zog die Selbständigkeit vor, in der seine vielfältigen Neigungen sich frei entfalten konnten. 1949 begründete er in Offenbach ein eigenes medizinisches Laboratorium, und das war in einer Zeit, in der man den Facharzt für Laboratoriumsmedizin noch nicht kannte, nicht ohne großes Risiko. Aber die bald allgemein als „Labor Weimershaus“ bekannte Praxis, so ein Kollege, florierte und wurde weithin bekannt. Er leitete sie bis 1980, dann übergab er sie einem Nachfolger.

Schon früh engagierte sich Wolfgang Weimershaus in der Kommunalpolitik. Seinem liberalen Denken entsprechend, wurde er Mitglied der FDP, und er gehörte Jahrzehnte hindurch und wiederholt als Fraktionsvorsitzender der Offenbacher Stadtverordnetenversammlung an. 1980 wurde er zum Stadtrat gewählt.

Dabei zeichnete er sich stets durch unermüdlige Verständnisbereitschaft, durch eine klare und um Gerechtigkeit bemühte Urteilskraft und fundierte Kenntnisse aus, und so war es unausbleiblich, daß er zur Mitgliedschaft in den verschiedensten Ausschüssen aufgefordert wurde. Beispielsweise genannt seien seine Zugehörigkeit in der Offenbacher Krankenhauskommission oder sein langjähriger Vorsitz in der Ortsgruppe des Deutschen Roten Kreuzes. Eine Offenbacher Zeitung würdigte ihn: „Von Anfang an hat er sich auch den öffentlichen Angelegenheiten dieser Stadt verbunden: in den politischen Gremien als Anwalt der Vernunft, den Politikern als medizinischer Bera-

ter nützlich, den Ärzten als politischer Beistand.“

Nicht nur dem Kreis der Offenbacher Ärzte, der gesamten hessischen Ärzteschaft stellte er seine Arbeitskraft zur Verfügung, nachdem ihr Ende der Fünfziger Jahre wieder der Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft zuerkannt war. Jahrzehntlang übte er sein Mandat als Delegierter der Landesärztekammer aus, fünf Jahre lang, von 1976 - 1982, war



er Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt. Dabei erwarb er sich besondere Verdienste um die Ausbildung der Arzthelferinnen, wobei ihm vor allem am Herzen lag, ihnen angemessene und gerechte Arbeitsbedingungen zu sichern. Auch als Gutachter blieb er immer gefragt, und die Bundesärztekammer schätzte seine Mitarbeit in der Ständigen Konferenz für das Sanitätswesen in der Bundeswehr.

Aber auch die kassenärztlichen Kollegen mochten auf seine Mitarbeit nicht verzichten: er war von 1974 – 1982 Mitglied in der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen.

Bei allen diesen Tätigkeiten, in welchem Amt auch immer: Wolfgang Weimershaus blieb der verständnisvolle Partner, immer hilfsbereit und teilnehmend, eben liberal und um Vorrteilsfreiheit bemüht, wie die Presse ihn einmal charakterisierte: „einer, der Fragen zu stellen weiß, bevor er Antworten erteilt, ein Individualist, der die Gemeinschaft sucht.“

Unter den zahlreichen Auszeichnungen, die ihm verliehen wurden, seien hervorgehoben: er ist Träger des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, der silbernen Bürgermedaille der Stadt Offenbach, der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen und der Schauwecker-Plakette des

Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte, in dessen Vorstand er lange Jahre hindurch das Amt des Schatzmeisters versah.

Und noch etwas darf gesagt sein: in der Auflistung seiner Lebensdaten vermerkt er gelegentlich: „geboren im Sternzeichen des Krebses.“ Es bleibt dabei offen, ob er das nur als eine heiter-schmückende Bemerkung ansieht oder ob er wirklich den Astrologen

vertraut, die „den vom Mond beherrschten Krebs als Sternbild des Gefühls“ betrachten. Denn Sensibilität ist ihm zu eigen, eine hohe Sensibilität, wie sie den Poeten auszeichnet. Und Wolfgang Weimershaus ist nicht nur belesen und in der Literaturgeschichte bewandert, er ist auch ein Schriftsteller mit Sprachgefühl und Esprit. Mehrere Bücher entstammen seiner Feder mit oft zeitbezogenen kritischen Versen

und Prosatexten. Auf zahlreichen Lesungen, an denen er teilnahm oder die er auch selbst veranstaltete, fand er jedesmal ein begeistertes und dankbares Publikum.

Und so bleibt am Ende der Wunsch: möge sein neues Lebensjahrzehnt ein glückliches sein, möge es ihn auch seinen Freunden erhalten.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Dietrich Ringleb erhält die Hedwig-Burgheim-Medaille und wird 75 Jahre alt

Professor Dr. Dr. h.c. Dietrich Ringleb, ehemaliger Dekan und ärztlicher Direktor am Klinikum der Justus-Liebig-Universität (JLU) wurde am 22. Mai 75 Jahre alt. Er soll am 28. August 2002 die Hedwig-Burgheim-Medaille erhalten. Mit dieser Auszeichnung will der Magistrat der Universitätsstadt Gießen die Verdienste Dietrich Ringlebs um die Errichtung der Synagoge im Jüdischen Gemeindezentrum der Stadt ehren. Als Schatzmeister des Gießener Synagogenbauvereins hatte Professor Ringleb es mit Hilfe von erworbenen Spendengeldern ermöglicht, daß ein altes Synagogengebäude anderorts abgebaut und in Gießen als neuer Mittelpunkt wieder aufgebaut werden konnte. Die nach Hedwig Burgheim benannte Medaille wird damit zum 18. Mal in Erinnerung und zum Gedenken an die 1943 im Konzentrationslager Auschwitz ermordete Pädagogin und Leiterin des Fröbel-Seminars (1920 – 1933) verliehen.

In Koblenz 1927 geboren, begann Professor Dietrich Ringleb nach Kriegsende in Marburg sein Medizinstudium, promovierte 1952 mit dem Thema „Verhalten des eiweißbildenden Apparats der Mäuseaszytostumorzellen nach Röntgenbestrahlung“ und habilitierte sich 1967 mit der Habilitationsschrift „Experimente zur Problematik radiologisch-zytostatischer Kombinationsbehandlung“ für klini-

sche Radiologie. Bereits 1960 war er Facharzt für Radiologie und zwei Jahre später Oberarzt an der Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik des Klinikums der JLU geworden. 1971 wurde er zum Professor und Beamten auf Lebenszeit ernannt und als Prodekan für den Fachbereich Humanmedizin gewählt. Von 1974 bis 1987 bestimmte Professor Ringleb als Dekan und ab 1982 als erster in Personalunion amtierender Dekan und ärztlicher Direktor fast einhalb Jahrzehnte maßgeblich die Entwicklung des Gießener Klinikums und des Fachbereichs. In dieser Zeit verdoppelte sich die Zahl der Studierenden der Human- und Zahnmedizin. Der klinische Unterricht war von der alten Bestallungsordnung auf die damals neue Approbationsordnung umzustellen. Obwohl kein Stellenzuwachs durch die Landesregierung erfolgte, lagen die Gießener Examensergebnisse damals über dem bundesdeutschen Durchschnitt und waren die besten der drei hessischen medizinischen Fachbereiche. Von den insgesamt 97 Professuren der Medizin wurden während Ringlebs Amtszeit 47 Berufungsverfahren erfolgreich abgeschlossen, darunter unter anderen die Erstberufungen der Professuren für Herz- und Gefäßchirurgie, der Medizinischen Soziologie

und der Medizinischen Technik. Maßgeblich war Professor Ringleb auch an zahlreichen Neu- und Ausbauten des Gießener Klinikums beteiligt, seine bedeutendsten Projekte waren die Planung und Grundsteinlegung des Neubaus Chirurgie und die Weichenstellung für den Erwerb der LVA-Klinik Seltersberg zur Erweiterung der Inneren Medizin.

1990 trat Professor Ringleb in den Ruhestand, wirkte aber noch einige Jahre als Lehrer für Röntgendiagnostik in der Lehranstalt für Technische Assistentinnen und Assistenten mit. In den Vorständen der Medizinischen Gesellschaft Gießen e.V., des Deutsch-Türkischen Ärztevereins und des Gießener Synagogen-Bauvereins zählt man auch heute noch auf Ringlebs Rat und seine engagierte Mitarbeit.

Preise und Auszeichnungen wie die Ehrendoktorwürde der Universität Istanbul (1981), die Dr. Richard-Hammer-Medaille der Landesärztekammer Hessen (1987), das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland (1997) und jetzt kurz nach seinem 75. Geburtstag die Hedwig-Burgheim-Medaille würdigen sein Lebenswerk.

Dekan des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität





Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Elli Ott, Darmstadt, am 28. August.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Klaus Scholz, Oberursel, am 1. August,
Dr. med. Dietrich Gross, Kronberg, am 1. August.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Siegfried Petau, Bad Nauheim, am 15. August.

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.

**Berichtigung
zu einer Geburtstagsankündigung im HÄB 6/2002
richtig muß es heißen:**

Hessisches Ärzteorchester e.V.

Vorsitzender Prof. Dr. Volker v. Loewenich
Tel. 069/6301-5120 Fax -6763 / priv. 069/359844

Probentermine:	07. 09. 2002
	19. 10. 2002
	02. 11. 2002
	23. 11. 2002
	07. 12. 2002
	18. 01. 2003
	25. 01. 2003
	01. 02. 2003

**Konzert Dienstag 4. Februar 2003, 18.00 Uhr
(evtl. auch Montag, 3. Februar 2003)
im Universitäts-Klinikum Frankfurt a.M.**

Werke: Symphonie in C-Dur von Friedrich Witt (1770 – 1836), die Symphonie, die man einmal für die nullte Beethovens gehalten hatte. Qualitativ kommt sie an die erste Beethoven heran. Ferner das Siegfried-Idyll von Richard Wagner. Über ein Stück mit Solist wird noch nachgedacht.

Probenlokal ist wie bisher der Interim-Hörsaal im Haus 23 des Universitäts-Klinikums Frankfurt a.M.. Die Proben beginnen wie gewohnt um 14.30 Uhr, wobei es schön wäre, wenn sich alle Spieler auf 14.15 Uhr einstellen könnten, damit die Proben pünktlich beginnen.



Carl-Oelemann-Schule

Workshop für arbeitsmedizinisches Ass. Personal: Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 „Lärm“

Inhalte:

- ▶ Anwendung der berufsgenossenschaftlichen Grundsätze und Abrechnungsfragen
- ▶ Gehörvorsorge in der arbeitsmedizinischen Praxis – Probleme und Fragen
- ▶ Grundlagen der Audiometrie in der Gehörvorsorge
- ▶ Der berufsgenossenschaftliche Grundsatz G20 – Anwendung in der Praxis
- ▶ Praktische Audiometrieübungen

Die Veranstaltung wird durchgeführt in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen der gewerblichen Berufsgenossenschaften (LVBG), Mainz

Kurstermine: Freitag, 20. September 2002, 15:00 Uhr bis 19:30 Uhr
Samstag, 21. September 2002, 09:00 Uhr bis ca. 13:00 Uhr

Kursort: Carl-Oelemann-Schule

Anmeldeschluß: 30. August 2002

24stündiges Fortbildungsseminar „Assistenz bei endoskopischen Untersuchungen in der Praxis“

Ziel des Fortbildungsseminars:

Der / die ArzthelferIn und ArztfachhelferIn soll durch das Seminar befähigt werden, den Arzt / die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von endoskopischen Untersuchungen bestmöglichst zu entlasten sowie Patienten angemessen zu begleiten

Kurstermine:

Block I Freitag, 06. September 2002, 15:00 Uhr bis 18:30 Uhr
Samstag, 07. September 2002, 09:00 Uhr bis ca. 16:00 Uhr

Block II Freitag, 27. September 2002, 15:00 Uhr bis 19:15 Uhr
Samstag, 28. September 2002, 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Kursort: Carl-Oelemann-Schule

Anmeldeschluß: 09. August 2002

Augenarzt-Kurse für ArzthelferInnen in Gießen

Kursthemem	Termine: 2002	Anmeldeschluß
Erkrankungen der Lider, Bindehaut und Hornhaut, Augenentzündungen	Mi., 28. Aug.	07. Aug. 2002
Rotes Auge, Glaukom, Perimetrie	Mi., 04. Sept.	14. Aug. 2002
Brechungsfehler des Auges und Brillenkunde, Schielerkrankungen	Mi., 11. Sept.	21. Aug. 2002
Kataraktchirurgie, Netzhautchirurgie und retinologische Notfälle	Mi., 18. Sept.	28. Aug. 2002

Die Veranstaltungen werden durchgeführt in Zusammenarbeit mit der Universitäts-Augenklinik Gießen.

Veranstaltungsort:

Hörsaal der Universitäts-Augenklinik, Friedrichstraße 18,
35385 Gießen, Uhrzeit: jew. 19:30 Uhr bis 21:00 Uhr

Änderungen vorbehalten!

Stand Mai 2002

Auskünfte und Informationsmaterial zu den nebenstehenden Kursen können kostenlos angefordert werden:

Carl-Oelemann-Schule,
Carl-Oelemann-Weg 26,
61231 Bad Nauheim,
E-mail: verwaltung.cos@laekh.de

Ansprechpartner:

Frau Keller Tel. (0 60 32) 3 05-1 85
Telefonprechzeiten: Mo. - Fr. 08:30 bis 12:00 Uhr,
Mo. - Do. 13:00 bis 15:30 Uhr

Meldepflicht für die Verordnung von Substitutionsmitteln an Opiatabhängige tritt am 1. Juli 2002 in Kraft

Mit Wirkung vom 1. Juli 2002 tritt § 5a Abs. 2 BtMVV (neu eingeführt durch 15. BtMÄndV vom Juli 2001) in Kraft.

§ 5 a Abs. 2 verpflichtet alle Ärzte, die Substitutionsmittel für opiatabhängige Patienten verordnen, zu Meldungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn. Wörtlich heißt es dazu in der Verordnung:

„Jeder Arzt, der ein Substitutionsmittel für einen Patienten verschreibt, hat dem Bundesinstitut unverzüglich schriftlich und kryptiert auf elektronischem Wege folgende Angaben zu melden:

1. den Patientencode,
2. das Datum der ersten Verschreibung,
3. das verschriebene Substitutionsmittel,
4. das Datum der letzten Verschreibung,
5. Name und Anschrift des verschreibenden Arztes sowie
6. im Falle des Verschreibens nach § 5 Abs. 3¹ Name und Anschrift des Konsiliarius“

Das BfArM hat uns vor wenigen Tagen mitgeteilt, daß die Meldungen mittels eines speziellen amtlichen Formulares (Meldung gemäß § 5a Abs. 2 BtMVV) vorzunehmen sind. Dieses Formular und zugehörige Erläuterungen stehen unter www.bfarm.de (im Abschnitt Betäubungsmittel/Grundstoffe) zum Ausdruck oder auch zum Online-Ausfüllen zur Verfügung. (Der im Verordnungstext vorgesehene Meldeweg „kryptiert auf elektronischem Wege“ ist derzeit noch nicht möglich!)

Kolleg(innen/en), die über keinen Internet-Zugang verfügen, können die amtlichen Vordrucke und die Erläuterungen ab dem 1. Juni 2002 schriftlich bei der Bundesopiumstelle (Postanschrift: BfArM, Bundesopiumstelle, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn) anfordern - für den laufenden Bedarf können die Formulare dann selbst kopiert werden!

Ergänzender Hinweis:

Erstmals zum 30. September 2002 müssen die Landesärztekammern die Ärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich, die die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation gem. § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 erfüllen, an das BfArM melden.

R. Kaiser, LÄKH

1 Dies trifft für Ärzte zu, die selbst nicht die in der BtMVV § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 geforderten „Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation“ erfüllen und deshalb solche Verordnungen mit einem Konsiliarius abstimmen müssen. Zum Problem der suchtherapeutischen Qualifikation im Sinne der BtMVV vgl. auch Hess. Ärzteblatt 1/2002 S. 654

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10jährigen Berufsjubiläum**,
Elli Jahn, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. G. A. Heinel u.
M. A. Schütz, Bensheim

Silke Plathe, tätig bei Dr. med. W. Grebe, Frankenberg
Anja Röthig, tätig bei Dr. med. C. E. Dietrich, Gladenbach
Marina Stumpf, tätig bei Dr. med. A. Döring, Jesberg

und zum **mehr als 10jährigen Berufsjubiläum**,
Anke Althoff, seit 14 Jahren tätig bei Dr. med. W. Grebe,
Frankenberg

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

Zum **25jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen,
Beate Brühl, tätig bei Dr. med. K. Knepper, Taunusstein
Brigitte Sefert, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. H.-J. Bender
u. C. C. Krefft, Hanau

und zum **40jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin,
Helma Laudenschlag, jetzt tätig bei Dr. med. K.-B. Ziegler, Fulda,
vorher in verschiedenen Arztpraxen

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

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit
für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/F/7496, ausgestellt am 21.12.1995,
für Dr. med. Uta Hofmann, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M 02/1997, ausgestellt am 7.1.1997,
für Dr. med. Elisabeth Lohmann-Hrycak, Fritzlar,

Notfalldienstausweis Nummer 004288, ausgestellt am 27.9.1995,
für Ulrike Kalisch, Kronberg,

Stempel Nummer 40 76 080, Ärztlicher Notdienst Mühlheim
(Verena Osterheld, Frankfurt).

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Maria Fröhlich, Königstein
* 21.9.1909 † 28.2.2001

Hans-Jürgen Günther, Walldürn
* 20.12.1945 † 7.1.2002

Dr. med. Heinz Heckert, Haunetal
* 13.12.1919 † 1.5.2002

Medizinaldirektor Dr. med. Rudolf Herzog, Eltville
* 21.3.1921 † 10.5.2002

Dr. med. Heinz-Robert Kubitzky, Eschwege
* 18.10.1927 † 9.3.2002

Dr. med. Fritz Matzdorff, Gießen
* 3.10.1920 † 29.4.2002

Professor Dr. med. Karlheinz Müller, Marburg
* 6.9.1929 † 28.4.2002

Dr. med. Guenther Prinzhorn, Fernwald
* 6.6.1921 † 8.5.2002

Professor Dr. med. Hugo Ruf, Frankfurt
* 5.2.1911 † 13.3.2002

Dr. med. Walter Schmitt-Helfferich, Viernheim
* 7.10.1912 † 27.4.2002

Dr. med. Soedigdo Soekimin, Frankfurt
* 4.2.1932 † 19.1.2002

Dr. med. Rudi Weber, Flörsheim
* 22.1.1921 † 23.4.2002

Dr. med. Gottfried Wünsche, Darmstadt
* 8.8.1913 † 11.5.2002

Spendenaufwurf zugunsten der Berufsschulen mit Arzthelfer/innen-Klassen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
die Berufsschulen, an denen Arzthelfer/innen-Klassen eingerichtet
sind, wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Geräte (z.B. EKG-Gerät,
Blutdruckmeßgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die Sie in Ihrer
Praxis nicht mehr benötigen, den Berufsschulen zur Verfügung stellen
würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Als Kontaktpersonen stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der jeweils für
Sie zuständigen Bezirksärztekammer zur Verfügung, die die Vermittlung
übernehmen werden.

Darüber hinaus sind die Berufsschulen stets dankbar für **Geldspenden**.
Da die öffentlichen Mittel immer knapper werden, müssen zunehmend
Anschaffungen, die sinnvoll und für die Ausbildung vorteilhaft wären,
unterbleiben!

Erkundigen Sie sich, ob Sie im Einzelfall eine Spendenquittung erhalten
können.

Ich danke Ihnen im voraus.

Dr. med. Detlev Steinger, Darmstadt
Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses

Anzeige

Die Software für zeitgemäßes Praxismanagement!

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



Arztsoftware mit Herz

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





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 Bergstrasse

Bensheim Internistin/Internist
-hausärztlich-
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Augenärztin/Augenarzt
Bensheim
Lampertheim

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
Anästhesistin/Anästhesist
Augenärztin/Augenarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Frankfurt/M.-Eschersheim Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Sachsenhausen Psychol. Psychotherapeutin/
Psychol. Psychotherapeut

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Königstein/Ts. prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Orthopädin/Orthopäde
Bad Homburg v.d.H.

Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach/M.-Innenstadt prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Anästhesistin/Anästhesist
Chirurgin/Chirurg
Psychol. Psychotherapeutin/
Psychol. Psychotherapeut
Offenbach/M.-Süd-West
Offenbach/M.-Innenstadt
Offenbach/M.-Innenstadt

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau Orthopädin/Orthopäde

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

Lollar Fachärztin/Facharzt für
Chirurgie
Grünberg Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Biedenkopf Anästhesistin/Anästhesist
Biedenkopf-Wallau prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Altenstadt prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Büdingen Fachärztin/Facharzt für
Psychiatrie
(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 Schwalm-Eder-Kreis

Lichtenfels-Goddelshaus Internistin/Internist
-hausärztlich tätig- oder
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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 Schwalm-Eder-Kreis

Wabern Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Gemünden Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin
(Gemeinschaftspraxisanteil)

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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



ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft in mehr als 80 Ländern Menschen in Not, ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

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



Name _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

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