

Hessisches Ärzteblatt

2/2003

Februar 2003
64. Jahrgang



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



Schritte zum Schutz vor bioterroristischen Anschlägen durch Pockenviren (Auswahl)

Was ist zu tun?

- Aufbau von Überwachungs- und Frühwarnsystemen
- Ausarbeitung von nationalen und örtlichen Notfallplänen
- Vorhaltung erforderlicher Kapazitäten in zuständigen öffentlichen Instanzen
- Informationsprogramme für die Öffentlichkeit

Infrastruktur - Frühdiagnose

- Frühwarnsysteme:
 - Meldesystem (Labor, Krankenhaus)
 - Leitstellenmeldung (ungewöhnliche Häufungen)
 - ungewöhnliche Tierkrankheiten/Surveillance
- Diagnose Team (vor Ort)
 - Klinik - Einzelfall/ Ausbruch - (Epidemiologie* Kompetenzzentrum FFM)
 - Laborbefund
- Leitung Oberste Gesundheitsbehörde

Training fiktiver Fälle

Anfangsverdacht

- Meldung ungewöhnlicher Krankheit oder Häufung an GA - Anfangsverdacht
- ▼ Einberufung des Analyse Teams (GA, Kompetenzzentrum FFM, Epidemiologie - HSM)
- ▼ Analyse vorliegender Daten (Klinik, Labor, Epidemiologie)
 - Gefährdungsbewertung
 - Hintergrundbewertung (natürliche oder terroristische Ursache)

Alarm

„Bioterrorismus durch Pockenviren: Hessen rüstet sich für die Massenimpfung im Ernstfall“

Ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste in Rheinland-Pfalz

Fit in den Sommer

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 18. Februar in Berlin

Pocken: Reinkarnation einer tödlichen Seuche? Bild oben mitte von links: Dr. Angela Wirtz, Dr. Michael Popović, Staatsministerin Silke Lautenschläger, Dr. René Gottschalk, (Bildautor: Rudi Otto)
Collage: pop

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: Denise Jacoby, verantwortlich für Mitteilungen der Akademie: Professor Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Karin Hahne, 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
www.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 93,60 € (12 Ausgaben), im Ausland 100,80 €. 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



2/2003 Februar 2003 • 64. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial

Die „Gretchenfrage“ 62

Landesärztekammer Hessen

Hessen rüstet sich für die Massenimpfung im Ernstfall 62

Management zur Bekämpfung eines bioterroristischen Anschlags durch Pockenviren 63

Fortbildung

Ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste in Rheinland-Pfalz 66

Kann Sterbehilfe erzwungen werden? 69

Landesärztekammer Hessen

Mentoring für Ärztinnen 70

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Angemessenheit invasiver kardiologischer Leistungen 71

Landesärztekammer Hessen

Neue Rechtsvorschriften zu Medizinprodukten aus ärztlicher Sicht 74

Ernährung kann doch jeder - oder etwa nicht? 78

Arzt- und Kassenarztrecht

BGH: Gebührenminderung nach § 6 a GOÄ auch für externe Ärzte 79

Fortbildung

Sicherer Verordnen 82

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 83

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 87

Landesärztekammer Hessen

Überbetriebliche Ausbildung in der Carl-Oelemann-Schule 92

Aktuelles

Änderung der Kontaktaufnahme durch die Ärztlichen Dienste der Arbeitsämter 94

Globalisierung in der Medizin - wem nützt, wem schadet sie? 96

Landesärztekammer Hessen

Von der Paulskirche zum Pariser Platz, oder: „Wer das Vergangene kannte, der wußte das Künftige...“ 97

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag in Berlin am 18. Februar 2003 98

Aktuelles

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 18. Februar 2003 in Berlin 101

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 102

Neue Bücher U2

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.

Die „Gretchenfrage“

Noch glaubt man es nicht: Die Bundesregierung nimmt eine Gesundheitsreform in Angriff! Die Hauptakteure reden zwar noch alle durcheinander, gleichgültig ob sie Rürup oder Lauterbach heißen oder ob sie der Bundesregierung oder der Fraktion der SPD angehören. In einem aber sind sich alle einig: Die Zuständigkeiten müssen neu geregelt werden, Wettbewerb muß her, Qualität soll verbessert werden und um das zu erreichen, muß man Monopole brechen. Gemeint ist hier die Kassenärztliche Vereinigung (KV), die in ihrer Struktur und Aufgabe zu diesen Gedankenspielen nicht mehr paßt.

In der politischen Diskussion wird der Eindruck erweckt, als habe sich diese fälschlich als Ärzteverband bezeichnete Institution die Monopolstellung angemaßt, ja quasi erschlichen. Es wird Zeit mit diesem Fehlurteil aufzuräumen: Erfinder der „Monopolstellung“ der KV, die eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, ist die Politik, die mit dieser Erfindung die Verantwortung für eine flächendeckende und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung losgeworden ist. Eine KV kann ihre Aufgabe nicht von sich aus neu definieren oder dem Gesetzgeber zurückgeben. Sie kann sich auch nicht aus eigenem Antrieb auflösen.

Nur der Gesetzgeber selbst kann die Gesetzesgrundlage ändern, muß dann

aber sofort die „Gretchenfrage“ beantworten: Wie hältst Du's mit dem Sicherstellungsauftrag, wer soll ihn anstelle der Körperschaft KV in Zukunft übernehmen?

Die Beantwortung genau dieser Frage wird seither peinlichst gemieden. Alle reden um den „heißen Brei“ oder machen Vorschläge, die die Zuständigkeit offen lassen. Dabei wird übersehen, daß die Aufgabe der Sicherstellung ohne wenn und aber eindeutig geregelt sein muß, weil ansonsten die Verantwortlichkeit für die Behandlung der Versicherten hin und her geschoben würde. Es ist vielen noch nicht klar, daß es dabei nicht nur um die Verteilung von Ärzten und Finanzen geht, sondern daß auch der Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt werden muß.

Will etwa – à la Großbritannien – der Staat diese Aufgaben übernehmen? Die Krankenkassen hoffen auf den Zuschlag und brechen in verhaltenen Beifall aus. Verhalten deshalb, weil einige Kassenfunktionäre genau wissen, daß diese Zuständigkeit auch neue Verantwortung bedeuten würde.

Können die Krankenkassen – es gibt mehr als 300 in Deutschland – diese Aufgabe überhaupt gemeinsam wahrnehmen, wenn sie gleichzeitig miteinander im Wettbewerb stehen sollen? Meines Erachtens ist dies völlig ausgeschlos-

sen, will man nicht auch noch die Kassenlandschaft von Grund auf neu sortieren. Wie viele Kassen blieben dann übrig? Etwa 50, oder vielleicht auch nur sechs? Oder liebäugelt man heimlich mit der Einheitskasse?

Der guten Form halber muß hier noch die bisherige Selbstverwaltung zwischen Ärzten und Kassen erwähnt werden, auch wenn die meisten Politiker diese Alternative für die Vergabe der genannten Aufgaben in ihren Köpfen bereits abgehakt haben. In ihren Augen taugt sie bestenfalls als Prügelknabe, um von eigenen Versäumnissen abzulenken.

Ohne klare Antwort auf die „Gretchenfrage“ nach der Sicherstellung ist eine Gesundheitsreform jedoch nicht erfolgreich umzusetzen. Die zuständigen Politiker in Bund und Ländern müssen endlich klarstellen, wer in Zukunft in der Gesundheitsversorgung das Kommando übernehmen soll, damit die Patienten, die Versicherten, die Ärzte, die Krankenhäuser und alle im Gesundheitswesen Beschäftigten wieder wissen, woran sie sind. Man darf ein System nicht zerreden, ohne gleichzeitig die Alternative aufzuzeigen.



Dr. Hans-Friedrich Spies

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Landesärztekammer Hessen

Bioterrorismus durch Pockenviren:

Hessen rüstet sich für die Massenimpfung im Ernstfall

Liebe Leserinnen und Leser,

Hessen rüstet sich, damit die Bevölkerung im Falle eines bioterroristischen Anschlags durch Pockenviren geschützt ist.

Auf Drängen des Hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch haben die Ministerpräsidenten und der Bundes-

kanzler am 19. Dezember 2002 beschlossen, daß Impfstoff in einer Größenordnung von 100 Millionen Chargen angeschafft wird, damit im Fall der Fälle notfalls die gesamte Bevölkerung in Deutschland geimpft werden kann. Nun ist es Aufgabe der einzelnen Bundesländer die organisatorischen Voraussetzun-

gen zu schaffen, damit bei einem Anschlag mit Pocken im In- oder Ausland gefährdete Personen und notfalls die gesamte Bevölkerung schnellstmöglich mit Impfstoff versorgt werden können. Hessen arbeitet hieran mit Volldampf und hat die erforderlichen Weichen gestellt. Die Landesregierung, die Landkreise so-

wie kreisfreien Städte und die Landesärztekammer haben ein Maßnahmenpaket zum Management eines Pockenanschlags vereinbart.

Gemeinsam mit der Landesärztekammer wird das Sozialministerium sicherstellen, daß das medizinische Personal in Hessen wieder in die Lage versetzt wird,

die Pockenimpfung durchzuführen und die Erkrankung zu diagnostizieren. Es werden in Kürze entsprechende Schulungen stattfinden. Sie setzen beim Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst an, das nach erfolgter Fortbildung als Multiplikator in den Regionen wirken soll. Die Diagnose und die Impftechnik müssen

von vielen Ärzten neu erlernt werden, da die Pocken seit 1980 als ausgerottet galten und seitdem keine Impfungen mehr durchgeführt wurden. Hierbei bitte ich Sie um Ihre Mitwirkung.

Silke Lautenschläger
Hessische Sozialministerin

Management zur Bekämpfung eines bioterroristischen Anschlags durch Pockenviren

Die terroristische Bedrohung hat mit dem 11. September 2001 eine neue Dimension bekommen, mögliche Anschläge mit biologischen oder chemischen Kampfstoffen sind in der Folgezeit zu einer realen Bedrohung geworden. Im Falle eines Anschlags mit Bioaffen ist nach Aussagen von Sicherheitsexperten auch mit dem Einsatz von Pockenviren zu rechnen. Auch wenn derzeit keine konkrete Gefährdung für derartige Anschläge in Deutschland besteht, muß gerade bei Pocken auch die mittelbare Bedrohung durch Freisetzung im Ausland einbezogen werden. Aufgrund der weltweiten Mobilität kann es bei einem terroristischen Anschlag im Ausland nur wenige Tage dauern, bis die Pocken auch nach Deutschland importiert sein könnten. Hessen mit dem Rhein-Main-Flughafen in Frankfurt und seiner internationalen Drehscheibenfunktion ist in besonderer Gefährdungssituation.

Strukturelle Voraussetzungen

Hessen ist auf die Bedrohungslage gut vorbereitet z.B. durch die Einrichtung der Isolierstation an der Universitätsklinik Frankfurt und des Kompetenzzentrums für hochkontagiöse Krankheiten in Frankfurt. Das Kompetenzzentrum berät die hessischen Gesundheitsämter, bewertet Erkrankungsfälle vor Ort, leitet Proben der Diagnostik zu und betreibt Fortbildung. Das Kompetenzzentrum



v.l.: Dr. Michael Popović, Dr. Angela Wirtz, Staatsmin. Silke Lautenschläger, Petra Müller-Klepper, Dr. Sonja Stark, Dr. René Gottschalk

Bildautor: Rudi Otto

ist mit vielen Institutionen der Universität Frankfurt, der Flughafenklinik und der Feuerwehr Frankfurt verknüpft und rund um die Uhr erreichbar.

Im Staatlichen Untersuchungsamt, Zentrum für Gesundheitsschutz, ist darüber hinaus eine Infektionsepidemiologin angesiedelt, die in der Lage ist, Übertragungswege und Ursachen bei Krankheitsausbrüchen schnell zu analysieren, um umgehend notwendige Schritte einleiten zu können. Für die Koordination der fachlich notwendigen Maßnahmen steht das Referat Infektionsschutz beim Hessischen Sozialministerium zur Verfügung, das ggf. durch die Medizinaldezernate der drei Regierungspräsidien unterstützt wird. Hervorragend ist Hessen in der Diagnostik ausge-

stattet. An der Universität Marburg befindet sich eines der beiden zuständigen Hochsicherheitslabore, die es derzeit in Deutschland gibt und die Pockenviren identifizieren können.

Hessen ist damit gut vorbereitet, falls Einzelfälle hochkontagiöser Erkrankungen auftreten (z.B. Ebola, Lassa, Lungenpest). Dies gilt auch für die Behandlung von Einzelfällen von Pockenerkrankungen.

Das Managementkonzept (hochkontagiöse Krankheiten) ist im Internet verfügbar (<http://www.sozialministerium.hessen.de/Stichworte/index.htm>). Die mögliche Bedrohung durch Pocken erfordert aber noch weitere strukturelle und logistische Vorbereitungen, die jetzt in Angriff genommen wurden.

Szenarien

Das Management eines Angriffs mit Pockenviren wird derzeit als das schwierigste Szenario im Rahmen eines Anschlags mit biologischen Waffen betrachtet, da Pockenviren – in entsprechender Weise ausgebracht – nicht nur primär viele Menschen infizieren können, sondern infizierte Menschen wiederum andere infizieren und somit eine Epidemie auslösen könnten.

Ein Pockenkranker ist ansteckend mit dem Beginn von hohem Fieber und dem charakteristischen Ausschlag etwa am 12./13. Tag nach der Infektion.

Seit knapp dreißig Jahren wird keine Impfung der Bevölkerung gegen Pocken mehr durchgeführt, der Impfschutz der älteren Bevölkerung wird ohne Boosterung vermutlich nicht mehr ausreichend sein. Die Pocken würden also auf eine weitgehend ungeschützte Bevölkerung treffen. Die Erkrankung ist bei Ungeimpften mit einer hohen Letalitätsrate (ca. 30 Prozent) verbunden und gilt als hochkontagiös. Zwar wird die Kontagiosität niedriger als die von Windpocken oder Influenza eingeschätzt, dennoch muß über den direkten Kontakt mit einem Erkrankten hinaus in bestimmten Situationen mit einer aerogenen Übertragung gerechnet werden (z.B. über Klimaanlage).

Das Problem des Managements ei-

nes Angriffs mit Pocken besteht damit nicht nur in der rechtzeitigen und richtigen Isolierbehandlung einer großen Anzahl betroffener Menschen, die möglicherweise nach Ablauf der Inkubationszeit in verschiedenen Regionen auffällig werden, sondern auch in der Erfassung, Inkubationsimpfung und Quarantäne einer großen Menge von Kontaktpersonen.

Das Management einer solchen Lage unterscheidet sich durch das zeitlich und örtlich verteilte Aufkommen der Erkrankten und der Sondermaßnahmen, die sich aus der Übertragbarkeit der Erreger ergeben, von dem, mit den üblichen Katastrophenschutzplänen, beherrschbaren „Massenanfall von Verletzten“.

Maßnahmen zur Bewältigung eines Pockenausbruchs

Die Eindämmung einer möglichen Epidemie mit Pocken erfordert im wesentlichen:

- ▶ Eine möglichst umgehende Entdeckung und **labordiagnostische** Verifizierung der ersten Erkrankungsfälle (klinische Diagnose, Falldefinition)
- ▶ Eine Isolierung der Erkrankten **vor Ort**, wenn die Plätze in der Isolierstation nicht ausreichen
- ▶ Die Gewährleistung des Schutzes des Versorgungspersonals (**Vorimpfung**, Schutzkleidung)
- ▶ Eine Erfassung und (möglicher-

weise häusliche) Quarantäne sämtlicher Kontaktpersonen der Erkrankten (im gleichen Haushalt lebende Personen)

- ▶ Eine „**Riegelungsimpfung**“ **sämtlicher primärer und sekundärer (im gleichen Haushalt lebende Personen) Kontaktpersonen binnen vier Tagen**. Damit können ein Krankungsausbruch noch verhindert werden bzw. die Folgen bei Ausbruch der Erkrankung minimiert werden.

- ▶ Eine Quarantäne für alle symptomatischen Kontaktpersonen
Sollte auf diese Weise das Problem nicht beherrschbar sein oder schon primär eine unüberschaubare Menge Menschen infiziert worden sein, **ist die Impfung einer ganzen Region oder sogar der Gesamtbevölkerung durchzuführen.**

Impfung

Die Impfung einer Bevölkerungsgruppe oder gar der Gesamtbevölkerung in kurzer Zeit (eine Woche) stellt ein großes logistisches Problem dar, das aber in Kauf genommen werden muß, solange die Welt noch nicht über Pockenimpfstoffe anderer Art als bisher verfügt. Die derzeit vorhandenen bzw. produzierbaren Impfstoffe haben alle ein erhebliches Nebenwirkungspotential (Lebendvirus). Um das Risiko zu minimieren an der Impfung zu erkranken, gibt es eine nicht

Schritte zum Schutz vor bioterroristischen Anschlägen durch Pockenviren (Auswahl)

Was ist zu tun?

- Aufbau von Überwachungs- und Frühwarnsystemen
- Ausarbeitung von nationalen und örtlichen Notfallplänen
- Vorhaltung erforderlicher Kapazitäten in zuständigen öffentlichen Instanzen
- Informationsprogramme für die Öffentlichkeit

Infrastruktur - Frühdiagnose

- **Frühwarnsysteme:**
 - Meldesystem (Labor, Krankenhaus)
 - Leitstellenmeldung (ungewöhnliche Häufungen)
 - ungewöhnliche Tierkrankheiten/Surveillance
- **Diagnose Team (vor Ort)**
 - Klinik - Einzelfall/ Ausbruch - (Epidemiologie+ Kompetenzzentrum FFM)
 - Laborbefund
- **Leitung Oberste Gesundheitsbehörde**

Training fiktiver Fälle

Anfangsverdacht

- Meldung ungewöhnlicher Krankheit oder Häufung an GA - Anfangsverdacht
- ▼ **Einberufung des Analyse Teams (GA, Kompetenzzentrum FFM, Epidemiologie - HSM)**
- ▼ **Analyse vorliegender Daten (Klinik, Labor, Epidemiologie)**
 - Gefährdungsbeurteilung
 - Hintergrundbewertung (natürliche oder terroristische Ursache)

Alarm

Bildautor: (HSM)



v.l.: Dr. Angela Wirtz, Dr. Michael Popović, Staatsmin. Silke Lautenschläger, Dr. René Gottschalk
Bildautor: Rudi Otto

zu unterschätzende Zahl von relativen oder absoluten Kontraindikationen (schätzungsweise bei 20 % der Bevölkerung). Das eröffnet auch Probleme bei dem Einsatz und der Kontrolle der Verbreitung des Impfvirus.

Eine so problembehaftete Impfung kann nur empfohlen werden, wenn dem Risiko der Impfung eine adäquate Gefährdung gegenübersteht. Derzeit wird daher an einem Rahmenplan zum biologischen Krisenmanagement zwischen Bund und Ländern und weiteren Fachinstitutionen gearbeitet, der die Gefährdung der Bevölkerung in Abhängigkeit zu verschiedenen Szenarien berücksichtigen soll.

Die Pocken-Impfung der Bevölkerung ist in diesem Plan als „Notstrategie“ vorgesehen. Solange Pocken auf der Welt noch nicht wiederaufge-

treten sind, soll nur dem Personal der Kompetenzzentren für hochkontagiöse Krankheiten - möglichst vorgeimpften Personen - die Impfung angeboten werden (Phase 1). Kommt es zu Anschlägen mit Pockenviren irgendwo auf der Welt, müssen die im Gesundheitsdienst arbeitenden Personen, Impfarzte und weitere durch ihre Arbeit mit Patientenerstkontakt besonders gefährdete Personen aus Polizei und Feuerwehr geimpft werden (Phase 2). Bei Einzelfällen von Pocken in Deutschland (z.B. Importe) sollen nach wie vor die Prinzipien der Riegelungsimpfung Anwendung finden. Lediglich in anders nicht kontrollierbaren Situationen kann die Durchführung einer Impfung von Teilen oder gar der Gesamt-Bevölkerung notwendig werden (Phase 3). Derzeit bereitet die hessische Landesregierung die Umsetzung dieser Planungen auf die kommunale Ebene vor. Vor Ort sollen Vorbereitungen getroffen werden, um nötigenfalls die Impfung der Bevölkerung durchführen zu können. Aus den genannten Gründen wird der Pockenimpfstoff zentral gelagert und steht nicht zur freien Verfügung.

Notwendige Vorbereitungen

Allerdings müssen alle im Ernstfall

benötigten Ärzte und Hilfskräfte in der Ausführung der Impfung und den Komplikationen und Kontraindikationen geschult werden, da die Impfung seit Jahrzehnten nicht mehr durchgeführt wird. Auch die Erkennung von Pockenkranken an Hand klinischer Befunde muß wieder vermittelt werden. Die Landkreise und Städte in Hessen setzen sich jetzt mit den notwendigen logistischen und strukturellen Vorbereitungen auseinander, zum Beispiel:

- ▶ Rufbereitschaft der Gesundheitsämter,
- ▶ Einrichtung von Impfstätten,
- ▶ Verteilung und Aufbewahrung von Impfstoff, Entsorgung kontaminierten Materials,
- ▶ Ausweisung von Behandlungseinrichtungen,
- ▶ Ausweisung von Einrichtungen zur Quarantäne,
- ▶ Anpassung der Katastrophenschutzpläne.

Die Schulung der Ärzteschaft und des Hilfspersonals soll durch das Hessische Sozialministerium und die Gesundheitsämter gemeinsam mit der Landesärztekammer und den Bezirksärztekammern erfolgen.

Am 30. Januar wird es eine erste Fortbildung zur Durchführung der Pockenschutzimpfung für das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes geben. Weitere Fortbildungsveranstaltungen werden in Zukunft sowohl in der Akademie der Landesärztekammer als auch in den jeweiligen Landkreisen und Städten angeboten.

Dr. Angela Wirtz
Hessisches Sozialministerium

Anzeige

DER ARZNEIMITTELBRIEF

UNABHÄNGIGES INFORMATIONSBLETT

www.der-arzneimittelbrief.de

Online-Recherche in der aktuellen Ausgabe und im Archiv



Ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste (AHPB) in Rheinland-Pfalz¹

Von Dr. Martin Weber, Mainz

1. Einleitung

Angesichts der Defizite in der ambulanten Versorgung von Patienten mit weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen weisen ambulante Hospizdienste einen vielversprechenden Weg auf, der eine ganzheitliche Betreuung dieser Patienten auf der letzten Lebensstrecke insbesondere im häuslichen Bereich ermöglichen kann. Dabei ist dieser Anspruch letztlich nur in einem Netzwerk von ambulanten Hospiz- und Pflegediensten, Familie, Hausärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen und ggf. stationären Palliativ/Hospizeinrichtungen zu verwirklichen (1). In den vergangenen Jahren hat die Anzahl der ambulanten Hospizdienste in Deutschland erheblich zugenommen. Der aktuelle Hospiz- und Palliativführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zählt für das Jahr 2000 insgesamt 611 solcher Dienste, die allerdings erhebliche strukturelle und qualitative Unterschiede aufweisen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) hat im Frühjahr 2001 eine Klassifikation ambulanter Hospizdienste vorgelegt (2), die diesen unterschiedlichen Struktur- und Qualitätsmerkmalen Rechnung trägt (Tabelle 1).

In Rheinland-Pfalz wurde mit Wirkung zum 1. Juli 1997 zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und der AOK Rheinland-Pfalz eine Vereinbarung über die Förderung ambulanter Hospizarbeit getroffen. Sie sah vor, daß insgesamt 20 ambulanten rheinland-pfälzischen Hospizdiensten eine monatliche Pauschale von DM 2.600,- entsprechend etwa 40 % der Bruttoarbeitgeberlohnkosten für die Einstellung einer Hospizpflegefachkraft vergütet werden konnte. Am 31.

Tabelle 1: Definitionen und Strukturqualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit nach der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz [2]

| | Aufgaben | Strukturqualität |
|---|---|---|
| Ambulante Hospizinitiative/Hospizgruppe | Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit und/oder psychosoziale Begleitung durch HospizhelferInnen | entfällt |
| Ambulanter Hospizdienst (AHD) | Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit Psychosoziale Beratung Sterbe- und Trauerbegleitung | <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 10 HospizhelferInnen • Mindestens 0,5 hauptamtlicher KoordinatorIn • Hospizbüro • Erreichbarkeit zu festen Bürozeiten |
| Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPB) | Wie bei AHD zusätzlich: Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen | wie bei AHD zusätzlich: Mindestens 0,5 hauptamtliche Palliative-Care-Pflegefachkraft |
| Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP) | Palliativpflegerische Versorgung | wie bei AHPB zusätzlich: Mindestens drei hauptamtliche Palliative-Care-Pflegefachkräfte |

Dezember 2002 wurde das Modellprojekt durch die nunmehr bundesweit gesetzlich geregelte Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen abgelöst.

Während des Projektzeitraums haben von 44 ambulanten Hospizdiensten in Rheinland-Pfalz 15 das von der AOK geförderte Modell realisiert (nähere Angaben zu Kontaktadressen unter: <http://www.lag-hospiz-rp.de/>). Die folgende Übersicht beschreibt die Erfahrungen dieses Modellprojekts.

2. Konzeption

Grundlage der Vereinbarung ist ein Zwei-Säulen-Modell, das den komplexen Bedürfnissen und Nöten sterbenskranker Menschen gerecht werden soll (Abb. 1). Es entspricht in der Klassifizierung der BAG den sogenannten Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdiensten (AHPB). Ambulante Hospizarbeit in dieser Form verbindet hohe fachliche Kompetenz mit ehren-

amtlichem Engagement. Sie ergänzt und stärkt die Arbeit anderer Dienste, insbesondere die hausärztliche und pflegerische Betreuung.

Den Erstkontakt mit den Patienten übernehmen in Rheinland-Pfalz als sogenannte „Hospizpflegefachkräfte“ hauptamtliche Krankenschwestern/pfleger mit Palliative Care-Weiterbildung. Sie erfüllen insbesondere folgende Aufgaben:

- ▶ Patientenerstbesuch und Koordination (Erfassung und Klärung der Bedürfnisse von Patient und Familie, Einsatz ehrenamtlicher Hospizhelfer, Vermittlung von Nachtwachen, Kontaktherstellung zu ambulanten Pflegediensten sowie Beratungs- und Koordinierungsstellen der ambulanten Hilfezentren)
- ▶ Spezielle palliativpflegerische und psychosoziale Beratung von Patient und Familie (z.B. Auseinandersetzung mit dem tödlichen Krankheitsverlauf, Mobilisierung



von Ressourcen, Erleichterung der Körperpflege (insbesondere Mundpflege) in der Terminalphase)

- ▶ Unterstützung des Hausarztes und/oder des Pflegedienstes bei der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie der Organisation palliativmedizinischer Maßnahmen (z.B. Anlage einer Schmerzpumpe)

Leistungen der häuslichen Krankenpflege gehören dagegen grundsätzlich nicht zum Aufgabenbereich der Hospizpflegefachkräfte, so daß eine Konkurrenzsituation zu ambulanten Pflegediensten von vorneherein ausgeschlossen ist.

Die zweite Säule der ambulanten Hospizarbeit bilden ehrenamtliche Hospizhelfer. Diese werden auf ihre Tätigkeit sorgfältig vorbereitet (3).

Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere:

- ▶ Regelmäßiger Besuchsdienst (Zuhören, Gespräche, einfühlsames Eingehen auf Nöte und Ängste des Patienten und der Angehörigen, behutsames Vermitteln bei möglichen innerfamiliären Kommunikationsblockaden)
- ▶ Praktische Entlastung der Angehörigen durch Präsenz beim Patienten

3. Patientenbetreuungen 2001

Im Jahr 2001 wurden von ambulanten Hospizdiensten in Rheinland-Pfalz insgesamt 1.298 Patienten betreut, von denen 932 verstarben. Im Vergleich der Dienste mit und ohne hauptamtliche Hospizpflegefachkräfte zeigt sich insbesondere, daß erstere mehr schwerstkranken Krebspatienten betreuen (75,1 % gegenüber 46,0 %), und daß der Anteil zu Hause versterbenden Patienten erheblich höher liegt (45,8 % gegenüber 29,0 %). Dabei steigt in einzelnen gut etablierten Einrichtungen der Anteil häuslicher Sterbefälle noch weiter an (Beispiel Ambulantes Hospiz Kaiserslautern: 59,7 % oder Mainzer Hospizgesellschaft: 56,9 %).

Durch die Einbeziehung hauptamtlicher Hospizpflegefachkräfte verschiebt sich nach den rheinland-pfälzischen Erfahrungen der Schwerpunkt der Begleitungen zu schwerstkranken Patienten und in den häuslichen Bereich, so daß

auf diese Weise einem zentralen Anliegen der Hospizbewegung Rechnung getragen wird.

4. Chancen und Probleme ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienste

4.1 „Professionalisierung“ ehrenamtlicher Hospizinitiativen?

Im Rahmen der Einbeziehung von Hospizpflegefachkräften in ambulante Hospizdienste treten nicht selten Ängste hinsichtlich einer zunehmenden „Professionalisierung“ von ursprünglich durch bürgerschaftliches Engagement geprägten Initiativen auf. Die Notwendigkeit einer Einbeziehung hauptamtlicher Kräfte ergibt sich in der Regel mit wachsender Inanspruchnahme eines Dienstes aufgrund der erforderlichen regelmäßigen Verfügbarkeit und der zunehmenden Koordinationsaufgaben. Die letzteren gehören im rheinland-pfälzischen Modell zum Aufgabenfeld der Hospizpflegefachkräfte. Hierdurch wird zum einen dem Konzept einer tatsächlich ganzheitlichen Patientenbetreuung Rechnung getragen. Zum anderen ermöglicht der Einsatz von Hospizpflegefachkräften vielfach

überhaupt erst eine Begleitung durch ehrenamtlich tätige Hospizhelfer. Die statistischen Angaben der Mainzer Hospizgesellschaft, eines gut etablierten Dienstes in Rheinland-Pfalz, verdeutlichen dies. Im Jahr 2000 begleiteten 3,25 Hospizpflegefachkräfte und 41 Hospizhelfer insgesamt 136 Patienten. 46 Patienten wurden nur von der Hospizpflegefachkraft, 90 Patienten wurden gemeinsam von Hospizschwester und Hospizhelfer betreut. Obwohl die Begleitung durch einen Hospizhelfer von der Hospizpflegefachkraft bei jedem Erstbesuch empfohlen wurde

und auch genügend Hospizhelfer zur Verfügung standen, kamen von den 90 Hospizhelfer-Begleitungen 22 (d.h. ein Viertel aller Begleitungen) erst nach mehr als einer Woche Kontakt zu Patient und Angehörigen zustande. Elfmal dauerte es dabei bis zu zwei Wochen, weitere sechsmal bis zu einem Monat, und weitere fünfmal sogar über einen Monat, bis sich Patient/Angehörige dazu entschließen konnten, auch die Hilfe eines ehrenamtlichen Helfers anzunehmen.

Die Hinzuziehung einer Hospizpflegefachkraft wegen ihrer spezifischen Fachkompetenz führt so in vielen Situationen erst dazu, daß Familien das Hilfsangebot des Hospizdienstes überhaupt in Anspruch nehmen und Vertrauen in die Sinnhaftigkeit einer Begleitung durch ehrenamtlich tätige Mitmenschen gewinnen. Auf der anderen Seite muß festgehalten werden, daß in einem nicht unbeträchtlichen Teil der Betreuungen (im Beispiel der Mainzer Hospizgesellschaft in 46 von 136 Patientensituationen) von seiten des Hospizdienstes eine ausschließliche palliativpflegerische Beratung benötigt wird.

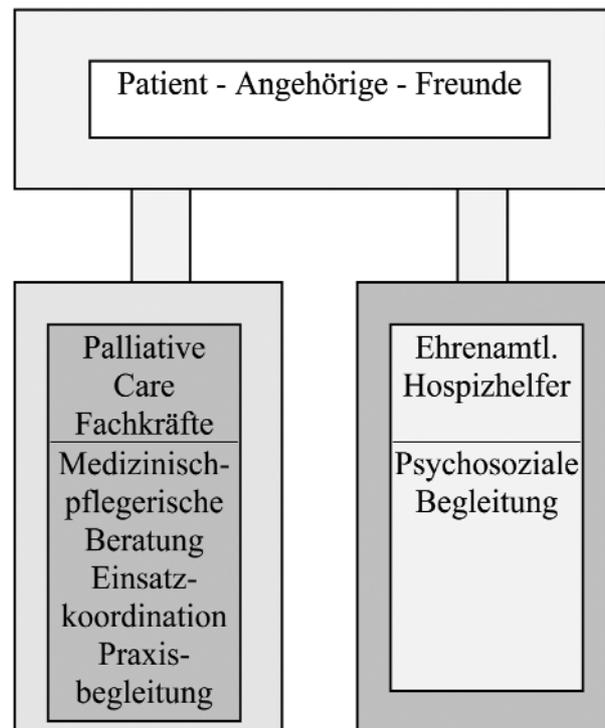


Abbildung 1: „Säulen“ der Hospizbetreuung



4.2 Palliativberatung und Palliativpflege – eine künstliche Trennung?

Das Konzept der AHPB sieht eine ausschließliche Beratungsfunktion der Hospizpflegefachkräfte vor. Eine Grund- und/oder Behandlungspflege ist daher auch in der Praxis nicht Teil der Tätigkeit. Zum Verständnis dieses Konzeptes ist es zunächst wichtig sich zu vergegenwärtigen, daß gerade bei den Tumorpatienten als größter Patientengruppe der ambulanten Hospizdienste häufig gar kein Pflegedienst eingeschaltet ist. Auch hier seien als Beleg die bereits zitierten Betreuungszahlen der Mainzer Hospizgesellschaft aus dem Jahr 2000 angeführt. Von 136 Patienten wurden 109 überwiegend im häuslichen Bereich betreut. Bei 40 dieser 109 Patienten (37 %) war gar kein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet, bei weiteren 22 (20 %) wurde ein ambulanter Pflegedienst erst im Lauf der Betreuung hinzugezogen, davon in neun Patientensituationen weniger als eine Woche vor dem Tod. Nur bei 47 der 109 Patienten (43 %) war vor der Betreuung durch die Hospizgesellschaft bereits ein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet.

In Einzelfällen kann die Beratung mit einer praktischen Hilfestellung verbunden sein, die die Grund- oder Behandlungspflege berührt, beispielsweise bei der Anlage einer Schmerzpumpe oder eines schwierigen Verbandes. In der Regel ist es im Bereich dieser Schnittstellen jedoch ohne Probleme möglich, diese Aufgaben nach entsprechender Einweisung an ambulante Pflegedienste zu übertragen. Durch diese Aufgabenteilung werden Konkurrenzsituationen vermieden. Darüber hinaus haben die ambulanten Pflegedienste Gelegenheit, mit speziellen Palliative-Care-Ansätzen in der Praxis vertraut zu werden, die in die eigene Arbeit integriert werden können. Eine vertrauensvolle offene Kommunikation zwischen ambulanten Pflegediensten und AHPB ist für eine solche Kooperation allerdings unabdingbare Voraussetzung. Besonders für Krisensituationen in der Terminalsituation hat sich der Einsatz von hauptamtlichen

Nachtwachen bewährt, die von den ambulanten Pflegediensten nur selten zur Verfügung gestellt werden können. Die Mainzer Hospizgesellschaft beispielsweise verfügt über sechs geringfügig beschäftigte Nachtwachen, die je nach Bedarf flexibel eingesetzt werden können. Auch hier besteht so eine Schnittstelle zur Grund- und Behandlungspflege, die jedoch durch ihre klare zeitliche Begrenzung eine Kooperation mit den bereits in die Versorgung eingebundenen Diensten erlaubt.

4.3 Und die Ärzte?

AHPB verfügen in der Regel nicht über einen eigenen Arzt, der vor Ort in die Patientenbetreuung eingebunden ist. Im rheinland-pfälzischen Modell gehört dem AHPB zwar ein palliativmedizinisch erfahrener Arzt an, welcher den Hospizpflegefachkräften ehrenamtlich beratend zur Seite steht. Primärer Ansprechpartner der Hospizpflegefachkräfte sind jedoch die betreuenden Hausärzte. Bei allen Formen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle gehört es zu den Aufgaben der Hospizpflegefachkraft, den Arzt bei der Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit der von ihm verordneten Maßnahmen zu unterstützen. Nicht selten kann sich dabei auch die Notwendigkeit ergeben, den Hausarzt auf weitere palliativmedizinisch sinnvolle Maßnahmen hinzuweisen, beispielsweise auf die nach wie vor zu selten verordnete Bedarfsmedikation in der Tumorschmerztherapie. Hier kann sich die Zusammenarbeit im Einzelfall problematisch gestalten, insbesondere wenn die hohe fachliche Kompetenz der Hospizpflegefachkräfte in speziellen palliativmedizinischen/pflegerischen Fragen als Einmischung in die eigene Zuständigkeit empfunden wird. Die Überwindung von Berührungängsten, Barrieren und hierarchischem Denken erfordert klare Kommunikationsstrukturen, in denen die jeweilige Kompetenz respektiert und geachtet wird. Das gemeinsame Gespräch ist die Voraussetzung eines Handelns im Sinne des Patienten. Kommunikative Hemmschwellen könnten das Modell der

AHPB im schlimmsten Fall letztlich scheitern lassen! Festzuhalten ist auf der anderen Seite, daß die notwendige Kooperation die Chance einer Integration palliativmedizinischer Erfahrungen in die ärztliche Praxis bietet. Positive Erfahrungen in der Kooperation führen dann dazu, daß Hausärzte selbst die Einbeziehung des AHPB empfehlen, der die eigene Tätigkeit erheblich unterstützt und erleichtert.

5. Ausblick

Die Betreuung sterbenskranker Patienten stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar, gerade in einer Zeit, in der alltägliche Erfahrungswerte im Umgang mit Sterben und Tod selten geworden sind und vielfach einer großen Unsicherheit und Sprachlosigkeit Platz gemacht haben. Eines belegt die praktische Erfahrung vor Ort jedoch klar: Nur wenn die verfügbaren Ressourcen gebündelt werden und alle Dienste vertrauensvoll zusammenarbeiten, wird eine menschenwürdige Gestaltung der letzten Lebensphase nicht als Ausnahme, sondern als Regel möglich sein.

Das rheinland-pfälzische Modell der AHPB zeigt hier ohne Zweifel einen vielversprechenden Weg im Sinne eines palliativen Versorgungsnetzes auf. Der Deutsche Bundestag hat deshalb auch im Jahr 2001 eine Gesetzesinitiative der Länder Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg aufgegriffen, und die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen im Sozialgesetzbuch verankert (SGB V §39a). Das Gesetz sieht dabei die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung gemeinsam mit der palliativpflegerischen Beratung durch Fachkräfte als unabdingbare Fördervoraussetzungen vor. Erstaunlicherweise läßt die mittlerweile abgeschlossene Bundesrahmenvereinbarung zur Umsetzung dieses Gesetzes auch Angehörige von Nicht-Pflegeberufen für die palliativpflegerische Beratung zu. Aufgrund der rheinland-pfälzischen Erfahrungen kann allen Hospizdiensten nur dringend empfohlen werden, in erster Linie Pflegefachkräfte einzustellen und erst in zweiter Linie Angehörige von Nicht-



Pflegeberufen, die sich dann insbesondere um die Schulung und Begleitung der ehrenamtlichen Helfer kümmern sollten. Nur so werden ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste ihrem ganzheitlichen Anspruch gerecht werden und einen unverzichtbaren Platz im Betreuungsnetz unheilbar kranker Menschen auf der letzten Wegstrecke des Lebens einnehmen können.

Literatur

¹ Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine modifizierte und aktualisierte Fassung meiner in der Zeitschrift für Palliativmedizin 2001;2:76 – 82 publizierten Arbeit: Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste in Rheinland-Pfalz

(1) Sabatowski R, Radbruch L, Müller M, Nauck F, Elsner F, Grand S. Ambulante Palliativ- und Hospizdienste in Deutschland. Z Palliativmed 2000; 1(1):17-24.

(2) Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit der BAG Hospiz und der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaften. Die Hospizzeitschrift 3[2], 19-20. 2001.

(3) Dahms U, Korporal J. Zur Qualifizierung Ehrenamtlicher für die Tätigkeit in Hospizen. Die Hospiz-Zeitschrift 2001; 3(1): 12-14.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Martin Weber, III. Med. Klinik
Universitätskliniken Mainz, 55101 Mainz
E-mail-Adresse: drweber@hospiz-mainz.de

Kann Sterbehilfe erzwungen werden?

Erstmals entscheidet deutsches Zivilgericht

Das Landgericht Traunstein hat eine Klage abgewiesen, mit der der Vater eines 37-jährigen Wachkoma-Patienten vom Pflegeheim seines Sohnes die passive Sterbehilfe erzwingen wollte. Nach seinem Selbsttötungs-Versuch im Juli 1998 konnte Peter K. durch intensive Bemühungen eines Notarztes zwar wieder ins Leben zurückgeholt werden. Die Reanimation gelang, doch wie so oft in diesen Fällen, hatte der Patient durch den Sauerstoffmangel bleibende Gehirnschädigungen erlitten.

Sein Vater, zum gesetzlichen Betreuer bestellt, wollte mit Hilfe des Münchener Rechtsanwaltes Wolfgang Putz erreichen, daß die künstliche Ernährung vom Pflegepersonal zwangsweise abgestellt werden muß. Denn dieses hatte zuvor eine entsprechende ärztliche Anordnung aus „pflege-ethischen Gründen“ abgelehnt. Putz war zunächst zuversichtlich, auf der Grundlage des Heimvertrages die passive Sterbehilfe durch Ernährungsabbruch einklagen zu können. Denn es wurde vor Gericht bezeugt und versichert, daß es dem mutmaßlichen Willen von Peter K. entspräche, lieber sterben zu wollen. Der mutmaßlichen Wille gilt bekanntlich als Maßstab für eine Weiterbehandlung oder deren Abbruch, wenn der Betreffende sich selbst nicht mehr äußern kann.

Das Landgericht Traunstein hatte als erstes deutsches Zivilgericht eine solche Entscheidung zu treffen. In seiner mündlichen Urteilsbegründung sagte Richter Horst Radinger, die Heimpfleger könn-

ten vom Vater nicht gezwungen werden, einen Patienten sterben zu lassen.

Die Bundeszentralstelle für Patientenverfügungen des Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD) stellt dazu klar: Es ist ein häufiges Rechtsmißverständnis, daß dem bloß gemutmaßten Patientenwillen gleiche Bedeutung und Beweiskraft zukomme wie einer akuten Willenserklärung oder einer individuell abgefaßten, konkreten Patientenverfügung. Denn nur letztere Instrumente können Ärzte und Pflegenden auch tatsächlich zu einem Tun oder Unterlassen zwingen, was ihnen selbst vielleicht widerstrebt oder unzulässig erscheint.

Als bloße Indizien für den mutmaßlichen Willen gelten hingegen Zeugenaussagen, pauschale Musterverfügungen, Ankreuzvarianten oder schriftliche Erklärungen wie die, daß man in aussichtsloser Situation und im unmittelbaren Sterben keine lebensverlängernde Maßnahmen mehr wünscht. Diese mögen zwar rein formaljuristisch auch als verbindlich angesehen werden. Bei der praktischen Durchsetzbarkeit kommt es aber wesentlich darauf an, ob es sich um Darf-Bestimmungen oder um Muß-Bestimmungen handelt.

Bei der in Süddeutschland auch durch Rechtsanwälte und Notare weit verbreiteten Christlichen Patientenverfügung handelt es sich ebenso nur um ein Indiz für den mutmaßlichen Willen wie bei dem Pauschalvordruck der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben. Bei der Ankreuzvariante, die vom Bayri-

schen Staatsministerium der Justiz herausgegeben wird, ist zwar der Punkt der künstlichen Ernährung im Koma, wenn zwei Ärzte deren Aussichtslosigkeit bestätigen haben, ausdrücklich hervorgehoben. Jedoch läßt dieses quasi von staatlicher Seite vorgegebene Musterformular alle anderen, viel häufiger vorkommenden medizinischen Entscheidungskonflikte außer acht. Dies gilt etwa für die Frage, ob bei einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz noch eine Lungenentzündung bekämpft werden soll, ob nach Herz-Kreislauf-Stillstand einer Reanimation zugestimmt oder diese prinzipiell abgelehnt wird, ob auch die indirekte Sterbehilfe ausgeschöpft werden soll und vieles mehr. Bei der Frage der künstlichen Ernährung empfiehlt die Bundeszentralstelle für Patientenverfügungen des HVD dringend eine differenziertere und genauere Angabe für den Fall, daß man selbst nicht mehr kompetent entscheidungsfähig wäre. Sinnvoll ist eine konkrete zeitliche Begrenzung, z.B. die Zustimmung zur künstlichen Ernährung nur für den Zeitraum von einigen Wochen im Krankenhaus oder für die Dauer von drei oder sechs Monaten zu erteilen. Zwingend zu befolgen ist der autonome Wille eines Menschen auch dann, wenn er heute schon unter allen Umständen künstliche Ernährung ablehnt.

Ansprechpartner für den Raum Bayern ist die Nürnberger Geschäftsstelle des HVD unter der Telefon-Nr. 0911-430 51 22 und 430 51 23.

Patientenverfügung Newsletter

Mentoring für Ärztinnen

Die Landesärztekammer Hessen und das Hessische Sozialministerium haben auf Anregung der Frauenbeauftragten für den ärztlichen Bereich am Klinikum Darmstadt ein Projekt "Mentoring für Ärztinnen" initiiert. Der Anlaß hierfür ergab sich aus den Erfahrungen vieler junger Ärztinnen, wenn sie nach dem Staatsexamen, während der notwendigen Ausbildung zur Fachärztin auch Familienaufgaben wahrnehmen. Ohne diese Ausbildung ist jedoch eine spätere Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder auch als Krankenhausärztin in leitender Position nicht möglich.

Aufgabe unseres "Mentoring" ist die Begleitung der jungen Ärztinnen in der Weiterbildungsphase auf Zeit durch erfahrene und erfolgreiche Kolleginnen. Damit sollen einerseits längerfristige Unterbrechungen der Facharztausbildung vermieden werden, andererseits eine der steigenden Anzahl von Medizinstudentinnen entsprechende Zunahme von Ärztinnen in leitenden Positionen gefördert werden.

Zielgruppe des Projekts sind die Ärztinnen im Praktikum, die Ärztinnen in der Ausbildung zur Fachärztin und auch Wiedereinsteigerinnen in den Beruf. Sie sollen unterstützt, beraten und motiviert werden, ihre Ausbildung op-

timal zu planen sowie im Falle einer Familiengründung auch beide Ziele miteinander vereinbaren zu können, zumal die vorherrschende Praxis zeigt, daß die Kinderbetreuung in den ersten Jahren nahezu ausschließlich den Müttern obliegt, und diese oft auf ihre Karriere verzichten müssen. Auch eine Weiterbildung in Teilzeit, die die Betreuung von Kindern und eine Berufsausbildung ermöglichen würde, ist ein offensichtlich schwer erreichbares Ziel. Zwar hat die Landesärztekammer Hessen bereits 1997 als erste Länderkammer die Anerkennung der Ausbildung in Teilzeit ermöglicht, aber an den Kliniken selbst gibt es bislang zu wenig solcher Teilzeitarbeitsplätze.

Die Herstellung von Kontakten zwischen Mentorinnen und Mentees und die Überwachung des Projekts erfolgt über die Koordinationsstelle für das bereits vorhandene Mentoring-Projekt für die Naturwissenschaftlerinnen an der Universität Frankfurt. Auch weil wegen des deutlichen Rückgangs der Absolventen im Fach Medizin in den letzten Jahren immer weniger Ärzte den Krankenhäusern zur Verfügung stehen, wird die Intention unseres Projektes für die Mobilisierung der wegen Familienaufgaben nicht tätigen Ärztinnen notwendig.

Hierfür wird - finanziert von der Landesärztekammer Hessen - eine Teilzeitstelle für eine Studentin der Medizin geschaffen, die die Koordination von Mentees und Mentorinnen unterstützt. Die Ausbildung zur Mentorin kann in Wochenendseminaren des Mentorinnen-Netzwerkes unter dem Motto "Professionelles Mentoring - gezielt führen, motivieren und begleiten" erworben werden. Diese Frauenförderung soll das Selbstbewußtsein der Mentees stabilisieren, soll sie zur Selbsthilfe ermuntern und den Wunsch verstärken helfen, eines Tages selbst als Mentorinnen junge Kolleginnen zu unterstützen.

Dr. med. Carola Franke-Lompa
Oberärztin und Frauenbeauftragte
Klinikum Darmstadt
Grafenstr. 9
64283 Darmstadt

Dr. med. Drexler-Gormann
Vorsitzende des "Referates Ärztinnen" an der LÄKH
Frankfurt/Main

Brigitte Wimmer
Hessisches Sozialministerium
Wiesbaden

Anzeige

Michael Oelmüller
Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte
Arztrechte
Vertragsarztrecht
Krankenhausrecht

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

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

Fordern Sie meine Kanzleibroschüre und eine Übersicht über meine Seminarangebote an!

Anzeige

Gebrauchtgeräte

EKG * Spirometer * Therapie,
generalüberholt, mit Garantie.

Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen
aller Fachrichtungen

MED.ORG. -Einrichtungsberater

Fine Medical Furniture

Medizintechnik • Praxiseinrichtung • techn. Service

Dipl.-Ing. Keil + Kistler

Heinrich-Heine-Str. 6 • 35440 Linden/Gießen
Fon: (0 64 03) 97 23 50 • Fax: (0 64 03) 9 72 35 55

e-mail: keilkistler@t-online.de

custo-med
SICHERHEIT IN DER DIAGNOSTIK

PC gestützte cardiopulmonale
Diagnostik

eigener techn. Service

Angemessenheit invasiver kardiologischer Leistungen

Professor Dr. med. R. Schröder^A, Dr. med. H.-F. Spies^B, Dr. med. H. Herholz, MPH^C,
Professor Dr. med. Günther Ollenschläger^D

Einleitung

In Deutschland werfen Kassenvertreter in regelmäßigen Abständen den Ärzten vor, sie würden zu viele Leistungen erbringen, die gar nicht nötig wären. Im Kreuzfeuer steht dabei besonders häufig die Kardiologie. Schnell wird der Vorwurf der Verschwendung von Kassengeldern erhoben und dies am Anstieg der Zahl der Herzkatheter-Untersuchungen (LHK) und Ballondilatation (PTCA) festgemacht¹. Die Frage der Angemessenheit von Herzkatheteruntersuchungen wird derzeit erneut diskutiert, ausgelöst durch die scharfe Kritik der beiden Berliner Kardiologen Dismann und De Ridder, die kürzlich im *Lancet*² erschien. Ihr Vorwurf: Invasive Diagnose- und Therapiemaßnahmen haben ein unvertretbares Ausmaß erreicht, die Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen existiert praktisch nicht und auf dem Gebiet der Sekundärprävention besteht eine erhebliche Unter- bzw. Fehlversorgung.

Wer immer derartige Vorwürfe erhebt tut gut daran, diese mit Daten zu belegen. Genau hier eröffnet sich jedoch ein großes Problem: Im Zentrum der Kritik stehen Daten der deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), die von den Autoren mit mangelnder Seriosität heftig angegriffen werden. Die DGK behauptet beispielsweise in ihrem Bericht, daß die Indikation zur PTCA in 80 % aller Fälle angemessen sei und begründet diese Feststellung mit Daten des Registers der Arbeitsgemeinschaft Leitender kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK). Die Repräsentativität dieses Registers ist jedoch mit Recht in Frage gestellt, da nur solche Kliniken Daten liefern, die freiwillig dazu bereit sind und es sich selbst bei diesen Kliniken nicht notwendiger-

weise um eine Vollerhebung handelt. Erst durch die Einführung des Pflichtdatensatzes der BQS änderte sich ab dem 1. Januar 2001 etwas an der grundsätzlichen Problematik. Zwar sind seitdem Vollerhebungen in ganz Deutschland üblich, doch verfügt diese Datenbank bislang über einen lediglich geringen Zeitrahmen.

Qualitätssicherung in Hessen

Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation weitaus besser dar – zumindest in Hessen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat seit 1997, aufbauend auf den Vorarbeiten der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Krankenhausärzte und des Bundes niedergelassener Kardiologen, ein Qualitätssicherungs-System flächendeckend und im Sinne einer Vollerhebung für Linksherzkatheter-Untersuchungen und coronare Interventionen eingeführt. Nach einer zweijährigen Validierungsphase wurde die Teilnahme an diesem Qualitätssicherungs-Programm 1997 verbindlich vorgeschrieben. Zweifel an der Repräsentativität der Daten ergeben sich demnach hier – anders als im stationären Bereich – nicht. Die Teilnahme am Qualitätssicherungs-Programm ist Voraussetzung für die Vergütung der gesamten medizinischen Leistung. Zur Überprüfung der Validität der dokumentierten Daten erfolgen mindestens ein Mal jährlich Besuche in allen teilnehmenden Herzkatheterlabors durch von der Kassenärztlichen Vereinigung bestellte sogenannte Monitore.

Die Dokumentation geschieht EDV-gestützt per Erfassungsprogramm auf einer Diskette, die quartalsweise durch die KV-Hessen ausgewertet wird. Die teilnehmenden Praxen erhalten kurz-

fristig ein Feedback in Form eines Benchmarking-Berichtes. Tabellarische und graphische Analysen geben ausführlich Auskunft, wie die einzelne Praxis im Vergleich zu allen hessischen Herzkatheter-Labors steht. Mindestens ein Mal im Quartal tagt eine vom Vorstand der KV Hessen berufene Kommission, welche die Daten kritisch bewertet. Zu den Aufgaben der Kommission gehört auch die Unterbreitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung gegenüber dem Vorstand bei Vorliegen von Qualitätsdefiziten. Darüber hinaus ist eine regelmäßige Patienten-Nachbefragung ein weiterer Bestandteil des Qualitätssicherungs-Programms. Hier geht es nicht nur um die Zufriedenheit der Patienten mit der diagnostischen und therapeutischen Intervention, sondern auch um die Erfassung von Spätkomplikationen.

Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Versorgungsebene

Bei der Diskussion über die Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen ist also genau zu unterscheiden, über welche Versorgungsebene gesprochen wird – den ambulanten Versorgungsbereich oder den stationären Bereich. Nach wie vor wird die überwiegende Mehrzahl aller Herzkatheter-Untersuchungen im stationären Bereich durchgeführt. Obwohl hier häufiger Herzkatheter-Untersuchungen durchgeführt werden, stellt sich die Datenlage im stationären Bereich aus den oben geschilderten Gründen schlechter dar. Das Beispiel Hessen zeigt, daß eine Kassenärztliche Vereinigung in der Lage ist, flächendeckend eine Qualitätssicherung im Sinne einer Totalerhebung durchzuführen. Zudem ist die Kassenärztliche Vereinigung in



der Lage, unmittelbare Konsequenzen aus den Qualitätssicherungsdaten zu ziehen. Die Koppelung von Vergütung und Qualitätssicherung hat sich in Hessen bewährt. Die konkrete Diskussion über die Notwendigkeit invasiver kardiologischer Leistungen ist jedoch ein Anlaß für allgemeine, grundsätzliche Gedanken³ zur Angemessenheit medizinischer Leistungen.

Unterscheidung zwischen Effektivität und Angemessenheit

In der Diskussion um die Angemessenheit von Leistungen werden oft die Begriffe *Effektivität* und *Angemessenheit* verwechselt und häufig unter der irri- gen Vorstellung, daß es sich um in ihrer Bedeutung identische Begriffe handelt, wechselseitig gebraucht.

Im Sinne eines modernen Qualitätsmanagements ist *Effektivität* zu definieren als das Ausmaß, in dem eine Intervention den Gesundheitsstatus einer definierten Patientenpopulation verbessert. Unter dem Begriff *Angemessenheit* hingegen wird das Ausmaß verstanden, inwieweit eine Intervention die Gesundheit eines bestimmten Patienten verbessert⁴.

Effektivität ist somit ein statistisches Konzept, Angemessenheit ein Urteil.

Angemessenheit bedeutet im allgemeinen Sinne die richtige Leistung zum richtigen Zweck, passend zur speziellen Situation, dem Patienten und Ort gerecht werdend. Sinnvolle Aussagen zur Beurteilung der Angemessenheit sind jedoch nur möglich, wenn entsprechende Kriterien klar formuliert vorliegen. Dadurch wird deutlich, daß Aussagen zur Angemessenheit stets komplex sind und verschiedene Aspekte vereinigen.

Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit

Aus Sicht der Qualitätssicherung wäre also die optimale Lösung eine Begutachtung der Indikation im Einzelfall – analog der Qualitätssicherungsverfahren der KV Hessen für die Bereiche LDL-Apharese oder Methadonsubstitution. Allerdings liegen in den beiden

vorgenannten Bereichen wesentlich geringere Fallzahlen zu Grunde, so daß dieser Qualitätssicherungsansatz mit noch vertretbarem administrativem und finanziellem Aufwand durchgeführt werden kann.

Es muß daher versucht werden, mit dem vorhandenen Datensatz Qualitätssicherung zu betreiben, um auch zu Aussagen bzgl. der Angemessenheit der kardiologischen Leistungen zu gelangen. Ein Indikator ist dabei die Rate an Normalbefunden bei Herzkatheteruntersuchungen.

Die Rate lag im Dokumentationszeitraum 1. Januar 2001 bis 31. Dezember 2001 bei 13,6 %. Verglichen mit anderen Registern erscheint diese Rate niedrig. Es muß jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß in der Literatur derzeit kein Hinweis bzgl. einer eindeutigen Definition eines akzeptablen Prozentsatzes von Normalbefunden im Untersuchungskollektiv existiert. Die Kritik – das Fehlen von eindeutig belegbaren akzeptablen Raten bei Qualitätsindikatoren in der Literatur – bezieht sich auch auf weitere mögliche Indikatoren wie beispielsweise die Rate von pathologischen Belastungs-EKG-Vorbefunden bei Herzkatheteruntersuchungen. Die entscheidende Frage lautet: Wie groß ist die gewünschte diagnostische Sicherheit, um eine bedeutsame, unter Umständen lebensbedrohliche Erkrankung auszuschließen? Wie viel diagnostische Fehler und damit unterlassene notwendige Behandlungen ist man bereit in Kauf zu nehmen, nur um einen besonders hohen oder niedrigen Prozentsatz eines bestimmten Indikators zu erreichen?

Die Antworten auf diese Fragen werden größtenteils mehr implizit als explizit gegeben. Ländervergleiche sind daher gefährlich. Aber selbst da, wo die Entscheidung explizit gefällt wird, spiegelt sie ein Werturteil wieder⁵. Es verwundert nicht, daß in einem staatlichen Gesundheitssystem wie beispielsweise in Großbritannien, das Werturteil anders ausfällt als in Deutschland. Auch dieses Beispiel verdeutlicht, daß wir uns erst am Anfang

einer Diskussion über die Frage der Angemessenheit invasiver kardiologischer Leistungen befinden. Neue diagnostische Verfahren in der Kardiologie, wie beispielsweise die Darstellung der Coronararterien mittels Kernspintomographie, lassen das Problem erneut deutlich werden. Die Wertigkeit von diagnostischen Untersuchungsmethoden, die notwendige Reihenfolge ihres Einsatzes und die Frage des Grenznutzens sind Punkte, die bislang nicht hinreichend wissenschaftlich behandelt wurden.

Aspekt Ausschlußdiagnostik

Ein weiterer Aspekt ist der steigende Stellenwert der Ausschlußdiagnostik. Bei der Beurteilung der Notwendigkeit von Herzkatheter-Untersuchungen zeigt sich immer mehr, daß ein verengter Blickwinkel der Beurteilung nicht gerecht wird. Bei der Beurteilung der Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen darf die Frage nicht lediglich darauf verengt werden, ob eine mittels PTCA dilatierbare Stenose vorliegt oder nicht, sondern ob generell eine coronare Herzerkrankung vorliegt. Der Ausgangspunkt bisheriger Überlegungen lag zu sehr auf dem möglichen anschließenden therapeutischen Weg. In den letzten Jahren haben sich jedoch mehr und mehr neue Fragestellungen ergeben, beispielsweise beim Einsatz von CSE-Hemmern, Antiarhythmika und weiteren Medikamenten, bei denen eine Ausschlußdiagnostik notwendig wird. Dieser erweiterte Blickwinkel zur Frage der Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen läßt die Ausschlußdiagnostik in einem anderen Licht erscheinen. Leider muß die Ausschlußdiagnostik derzeit noch invasiv erfolgen. Das kann sich jedoch mittelfristig durch den Einsatz neuer bildgebender Verfahren ändern. Wie schwierig die Bewertungen von diagnostischen Tests im Sinne der Angemessenheit und Kosteneffektivität ist, zeigte erst kürzlich eine amerikanische Arbeitsgruppe^{6,7}. Die Gründe liegen vor allem in den Problemen der

Methodik: So ist die Zahl der hinzugewonnenen, qualitativ verbesserten Lebensjahre nach einer diagnostischen Maßnahme weitaus schwieriger zu ermitteln als nach einer therapeutischen Maßnahme. Die Autoren betonten, daß die Folgerungen aus ökonomischen Analysen ganz unterschiedlich ausfallen können. Hier ist der Blickwinkel entscheidend: Je nach dem, ob ein Kliniker oder ein Gesundheitspolitiker die Analyse betrachtet, stehen einmal mehr die Zufriedenheit des Patienten und der sogenannte „Beruhigungs-Wert“ (Reassurance-Value) der Patienten im Vordergrund, zum anderen mehr die Kosten der diagnostischen Maßnahme.

Evidenz basierte Medizin in der Kardiologie

Aber es gilt noch einen weiteren grundsätzlichen Aspekt bei der Diskussion der Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen zu bedenken. Die Kardiologie ist sicher ein Bereich der Medizin, die für die evidenzbasierte Medizin gute Daten liefert.

Gerade am Beispiel der Kardiologie läßt sich verdeutlichen, was evidence based medicine bedeutet. Die Möglichkeit, sich schnell und gut auf meßbare Dinge zu stützen wie Stenosegrade und morphologische Änderungen hat dazu geführt, daß Faktoren wie die Lebensqualität vernachlässigt wurden⁸. Andere Bereiche der Medizin, die sich weniger morphologisch orientiert zeigten, haben viel früher Lebensqualitätsstudien durchgeführt oder Beschwerde-Indizes benutzt. Dadurch ergab sich die Situation, daß zahlreiche Kardiologen zwar durch ihre langjährigen Erfahrungen davon überzeugt sind, daß nicht nur die Lebenserwartung, sondern insbesondere auch die Lebensqualität ihrer Patienten zugenommen hat, dieser Umstand jedoch bislang zu wenig dokumentiert wurde. Hier ist dringende Aufholarbeit in der Kardiologie festzustellen.

Darüber hinaus werden von den im Bereich der KV Hessen niedergelassenen Kardiologen die Empfehlungen zur Primär- und Sekundärprävention konsequent umgesetzt. So verläßt kein einziger Patient mit einer coronaren Herzkrankheit eine kardiologische Praxis oder aber eine belegärztliche Klinikabteilung, ohne daß über die einschlägigen Risikofaktoren intensiv gesprochen wurde oder daß die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet worden wären.

Auch der Vorwurf einer zu langen stationären Behandlung trifft sicherlich nicht in erster Linie kardiologisch geführte Abteilungen: Die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes in einer belegärztlich geführten kardiologischen Abteilung beträgt zwei bis drei Tage. Dies schließt Patienten mit Herzinsuffizienz, Herzinfarkt und Endokarditis ein. Im Durchschnitt werden Patienten mit unkompliziertem Herzinfarkt nach fünf bis sieben Tagen, solche mit einem komplizierten Verlauf nach sieben bis zehn Tagen entlassen. Oftmals ist die Verweildauer nur darauf zurückzuführen, daß die Kostenträger bei der Organisation der stationären Rehabilitationsmaßnahmen nicht adäquat und zügig mitarbeiten.

Valide Daten gibt es nur in Hessen!

Es bleibt festzuhalten, daß alleine in Hessen valide Daten verfügbar sind, die eine seriöse Diskussion zur Frage der Angemessenheit von invasiven kardiologischen Leistungen erlauben. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat durch die Koppelung der Vergütung an die Einreichung der Qualitätssicherungsdaten, durch strikte Monitorbesuche in den Praxen sowie durch eine Kommissionsarbeit mit Beurteilung der Daten dafür gesorgt, daß ein in Deutschland einmaliger Datenpool entsteht. Die in den zurückliegenden Jahren ausgewerteten Daten sind schlüssig und zeigen eine grundsätzliche Tendenz für die Diagnostik einer coronaren Herzkrankheit auf.

Autoren des Artikels:

- ^A Professor Dr. med. Rainer Schröder, FSCAI, Kardiologe, Chefarzt im Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Straße 2, 60431 Frankfurt
- ^B Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Kardiologe, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt
- ^C Dr. med. Harald Herholz, MPH, Stabsstelle Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt
- ^D Professor Dr. med. Günther Ollenschläger, Geschäftsführer der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, Aachener Straße 233-237, 50931 Köln

Literatur:

- ¹ Bruckenberg E., Herzbericht 1999; Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder, Hannover 2000
- ² Dissmann W., de Ridder M., Lancet 2002, 359, 2027
- ³ Naylor CD. What is appropriate care? N Engl J Med 1998; 339; 1918-20
- ⁴ Bausch J; Herholz H; 1998 Indikation und Qualitätssicherung – Angemessenheit der Leistungen versus Ergebnisorientierung bei Qualitätssicherungs-Programmen aus Sicht des niedergelassenen Arztes - Hessisches Ärztebl 1:12-21
- ⁵ Callahan D.: Ethics and Priority Setting in Oregon: Health Affairs 1991;78-87
- ⁶ Muschlin, A.I.; Ruchlin, H.S.; Callahan M.A.: Costeffectivnes of diagnostic tests: Lancet 2001;358:1353-55
- ⁷ Laszlo, G.: Costeffectivnes of diagnostic tests: Lancet 2002;359:1065
- ⁸ Lehman, A.F.: Measuring Quality of Life in a Reformed Health System. Health Affairs 1995:90-101

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Zuerst erschienen in der Ausgabe I/2003

**Lösungswort des
Kreuzworträtsels von Seite 17,
Ausgabe I/2003**

L A S E G U E

Neue Rechtsvorschriften zu Medizinprodukten aus ärztlicher Sicht

Roland H. Kaiser, Landesärztekammer Hessen, Frankfurt

Ekkehard Stößlein, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn

Sofern nicht anders angegeben, Stand der Gesetzgebung zum 30.9.2002

Bedeutung und Systematik des Medizinprodukterechtes

Das Medizinproduktegesetz (MPG) [3] vom 2.8.1994 (letzte Änderungen vom 7.8.2002) und die auf seiner Grundlage zwischenzeitlich erlassenen Rechtsverordnungen¹ setzen geltende europäische Richtlinien in deutsches Recht um. Im ärztlichen Bereich ist das neue Medizinprodukterecht (z.B. im Vergleich zum Arzneimittelrecht) bisher noch nicht ausreichend abgebildet. In § 6 der hessischen **Berufsordnung** [1] z.B. findet sich beispielsweise lediglich eine Mitteilungspflicht des Versagens von Labordiagnostika² an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Labordiagnostika stellen aber nur eine geringe Teilmenge aller Medizinprodukte dar. Eine der Arzneimittelkommission vergleichbare Einrichtung der Ärzteschaft speziell für Medizinprodukte gibt es bislang nicht. Die **Verfahren zur Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken im Verkehr oder in Betrieb befindlicher Medizinprodukte** sind seit Juni 2002 geregelt in der neuen Verordnung über die Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken bei Medizinprodukten (**Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung - MPSV**). [8]

Definition, Zweckbestimmung und Klassifizierung der Medizinprodukte

Gemäß MPG § 3, **Begriffsbestimmungen** sind Medizinprodukte „...**Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände**...“, die zur Anwendung für Menschen bestimmt sind, mit (mindestens) einer der folgenden **Zweckbestimmungen**:

- a) *der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,*
- b) *der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen,*
- c) *der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder*
- d) *der Empfängnisregelung*

Die **bestimmungsgemäße Hauptwirkung eines Medizinproduktes** darf weder **pharmakologischer oder immunologischer Art** sein, **noch durch Metabolismus** erreicht werden. Diese Definition schließt nicht aus, daß die ‚physikalische‘ Hauptwirkung von Medizinprodukten durch Stoffe mit den genannten Wirkungsweisen unterstützt wird oder daß z.B. *„Stoffe oder eine Zubereitung aus Stoffen,...die bei besonderer Verwendung als Arzneimittel...angesehen werden können...“* in Medizinprodukten enthalten oder auf solche aufgetragen sein können. Als Beispiele seien Knochenzemente mit Antibiotika oder mit Kortikosteroiden beschichtete Herzschrittmacherelektroden genannt. Zu den Medizinprodukten zählen inzwischen **auch In-vitro-Diagnostika**. Dies können Reagentien, Kalibrier- und Kontrollsubstanzen, Kits, Ausrüstungen, Instrumente, Apparate, ggf. auch Systeme, sowie Probenbehältnisse zur In-vitro-Untersuchung aus dem menschlichen Körper stammender Proben sein. Der Vollständigkeit halber sei hier nur erwähnt, daß für die Prüfung der Eigenschaft von In-vitro-Diagnostika für den

vorgesehenen Verwendungszweck der Begriff Leistungsbewertung in das Medizinprodukterecht eingeführt wurde.

Klinische Prüfung von Medizinprodukten³

§§ 20 und 21 MPG beschreiben die **„Voraussetzungen zur klinischen Prüfung“** eines Medizinproduktes. Die Regelungen sind ähnlich denen im §§ 40, 41 AMG [2]. Klinische Prüfungen müssen nach § 20 Abs. 6 Satz 1 MPG sowohl vom Auftraggeber als auch von den beteiligten Prüfeinrichtungen gemäß § 7 MPV auf einem speziellen Formblatt den jeweils zuständigen Behörden angezeigt werden. Dieses Formblatt steht auf der Homepage www.dimdi.de des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information unter der Rubrik 'Download' zur Verfügung. Ferner muß vor Beginn in der Regel eine **„...Stellungnahme einer unabhängigen und interdisziplinär besetzten sowie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte registrierten Ethikkommission...“** eingeholt werden (vgl. § 20 Abs. 7 und 8 MPG). Im Falle eines positiven Votums der registrierten Ethikkommission kann mit der klinischen Prüfung unmittelbar nach der Anzeige begonnen werden, andernfalls frühestens 60 Tage nach der Anzeige bei der zuständigen (Landes)Behörde, welche während dieser Frist der Prüfung widersprechen kann. Ethikkommissionen für Arzneimittel- und Medizinproduktstudien sind nicht unbedingt identisch. **Die beim BfArM registrierten Ethikkommissionen** finden Sie über dessen Homepage (www.bfarm.de) in der Rubrik Medizinprodukte unter



„Registrierte Ethikkommissionen“. Auch bei der Landesärztekammer Hessen gibt es eine solche Ethikkommission für Medizinprodukte.

§ 23 MPG legt fest, daß die Bestimmungen der §§ 20 und 21 keine Anwendung finden auf eine klinische Prüfung, die mit Produkten durchgeführt wird, die bereits ein CE-Zeichen tragen dürfen, „...es sei denn, diese Prüfung hat eine andere Zweckbestimmung des Medizinproduktes zum Inhalt oder es werden zusätzlich invasive oder andere belastende Untersuchungen durchgeführt.“ Hier sollte seitens der solche Prüfungen leitenden Ärzte im Zweifelsfall eine Ethikkommission befragt oder zumindest anderweitig fachkundiger Rat eingeholt werden, ob eine geplante Prüfung tatsächlich noch die Voraussetzungen des § 23 MPG erfüllt. Die Prüfung eines z.B. eines bereits mit CE-Zeichen auf dem Markt befindlichen Blasen- oder Gefäßkatheters bei gesunden, nicht behandlungsbedürftigen, freiwilligen Probanden, fielen nach unserer Auffassung nicht unter § 23 MPG, d.h. die §§ 20 und 21 finden Anwendung.

Das **ärztliche Berufsrecht**⁴ macht hinsichtlich der ethischen Aspekte „biomedizinischer Forschung am Menschen“ keine prinzipiellen Unterschiede zwischen Arzneimitteln und Medizinprodukten oder nach Zulassungs- und/oder Zertifizierungsstatus.

Anders als im AMG⁵ gibt es im MPG zwar keine ausdrückliche Verpflichtung, die gewählte Ethikkommission auch nach Beginn der klinischen Prüfung „über alle schwerwiegenden oder unerwarteten unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten...“, zu unterrichten. Im Rahmen klinischer Studien mit Medizinprodukten beobachtete „nachteilige Vorkommnisse“ müssen aber gemäß Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte [9] „...vollständig registriert und der zuständigen (Landes)Behörde gemeldet werden.“ Einzelheiten des Verfahrens sollten die für eine Prüfung verantwortlichen Ärzte frühzeitig mit der für

sie zuständigen Landesbehörde abklären.

Meldepflichten und Begriffsbestimmungen bei Medizinprodukterisiken

Gemäß § 29 MPG „Medizinprodukte-Beobachtungs- und Meldesystem“ ist die jeweils zuständige Bundesoberbehörde (Meistens BfArM - das Paul Ehrlich-Institut nur für In-vitro-Diagnostika, "die zur Prüfung der Unbedenklichkeit oder Verträglichkeit von Blut- oder Gewebespendern bestimmt sind oder Infektionskrankheiten betreffen.") dazu verpflichtet, „...die bei der Anwendung oder Verwendung von Medizinprodukten auftretenden Risiken, insbesondere Nebenwirkungen, wechselseitige Beeinflussung mit anderen Stoffen oder Produkten, Gegenanzeigen, Verfälschungen, Funktionsfehler, Fehlfunktionen und technische Mängel zentral zu erfassen, auszuwerten, zu bewerten und insoweit die zu ergreifenden Maßnahmen zu koordinieren.“

Der Hersteller ist verpflichtet, ihm bekannt gewordene Risiken zu bewerten und gegebenenfalls der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden.

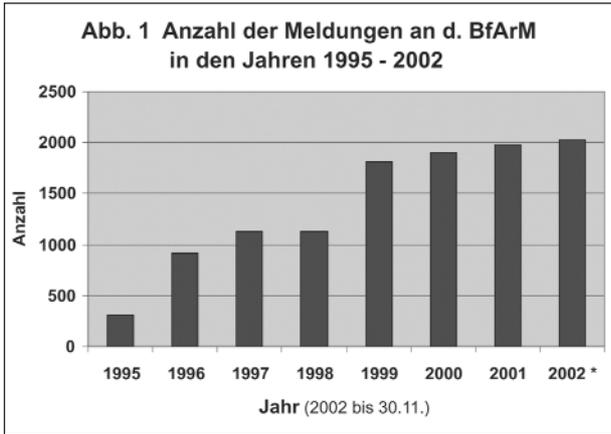
Neben diesem Herstellermeldesystem ist mit der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung - MPSV [8] ein Anwendermeldesystem (also auch für die Ärzte!) verbindlich eingeführt worden. Gemäß § 3 Abs. 2 dieser Verordnung hat "Wer Medizinprodukte beruflich oder gewerblich betreibt oder anwendet...dabei aufgetretene Vorkommnisse der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden." Dies gilt auch für "Ärzte und Zahnärzte, denen im Rahmen der Behandlung von mit Medizinprodukten versorgten Patienten Vorkommnisse bekannt werden, soweit die Behandlung im Zusammenhang mit dem Medizinprodukt steht." Gemäß § 3 Abs. 4 erfüllen Angehörige der Heilberufe diese Meldepflicht auch dann, wenn "...Meldungen an Kommissionen oder andere Einrichtungen der Heilberufe, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken von Medizinprodukten erfassen, erfolgen

und dort eine unverzügliche Weiterleitung an die zuständige Bundesoberbehörde sichergestellt ist." § 3 Abs. 3 verpflichtet auch den, der "Medizinprodukte zur Eigenanwendung durch Patienten oder andere Laien an den Endanwender abgibt" zur Meldung "ihm mitgeteilter Vorkommnisse" an die zuständige Bundesoberbehörde.

In allen Fällen ist es nach Auffassung der Bundesoberbehörden unerheblich, ob involvierte Medizinprodukte ein CE-Zeichen tragen oder nicht.

„Vorkommnis“ im Sinne der MPSV ist eine "Funktionsstörung, ein Ausfall oder eine Änderung der Merkmale oder der Leistung oder eine Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder der Gebrauchsanweisung eines Medizinproduktes, die unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte." Meldepflichtige Vorkommnisse sind also auch Ereignisse, die theoretisch zum Tod oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes hätten führen können, bei denen dies aber z.B. durch Eingreifen des medizinischen Personals oder andere günstige Umstände (Dazu zählt auch eine geplante aufgrund des rechtzeitigen erkannten Defektes nicht erfolgte Anwendung.) verhindert wurde. Bei jeder „auffälligen“ Situation und/oder Anwendung/vorgesehenen Anwendung, die entweder zu keiner oder nur zu einer leichten Schädigung geführt hat, ist zu überlegen, was hätte geschehen können, wenn...“. Führt die Überlegung zu dem Ergebnis ‚schwerwiegende Beeinträchtigung möglich‘, ist das ein unbedingtes Kriterium für eine Meldung. Für diese potentiellen Vorkommnisse wird auch der Begriff Beinahe-Vorkommnis verwendet.

In den europäischen Leitlinien [6] wird folgende Definition für „schwerwiegende Verschlechterung des Gesundheitszustandes“ gegeben:



- ▶ eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung,
- ▶ eine permanente Beeinträchtigung einer Körperfunktion bzw. ständige Schädigung eines Körperteiles oder
- ▶ ein Zustand, der medizinische Hilfe oder einen chirurgischen Eingriff erfordert, um eine permanente Beeinträchtigung einer Körperfunktion bzw. die ständige Schädigung eines Körperteils zu verhindern.

Nicht zu vergessen ist, daß auch **Unklarheiten/fehlerhafte Angaben** in der **Gebrauchsinformation** zu einem meldepflichtigen Vorkommnis (z.B. durch falsche Anwendung) führen können.

Wie und an wen meldet der Arzt?

In § 3 MPSV ist die "zuständige Bundesoberbehörde" - also in der Regel das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**⁶ und für bestimmte In-vitro-Diagnostika (vgl. oben) das **Paul-Ehrlich-Institut**⁷ - als Empfänger von Meldungen – auch von Anwendern oder Betreibern - benannt. Um dem Meldenden das Procedere zu erleichtern, aber auch zur optimalen Erfassung der Angaben, die für die umgehende Bearbeitung erforderlich sind, steht ein "spezielles Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen durch sonstige Inverkehrbringer sowie Betreiber und Anwender" zur Verfügung, das von der Homepage des DIMDI (www.dimdi.de, Rubrik Medizinproduktrecht) abzurufen ist. Es kann per Fax oder auf dem Postwege versandt werden. Für die Meldung von Vorkommnissen, die in der Zahnheilkunde

auftreten, liegt ein gesondertes Formblatt vor.

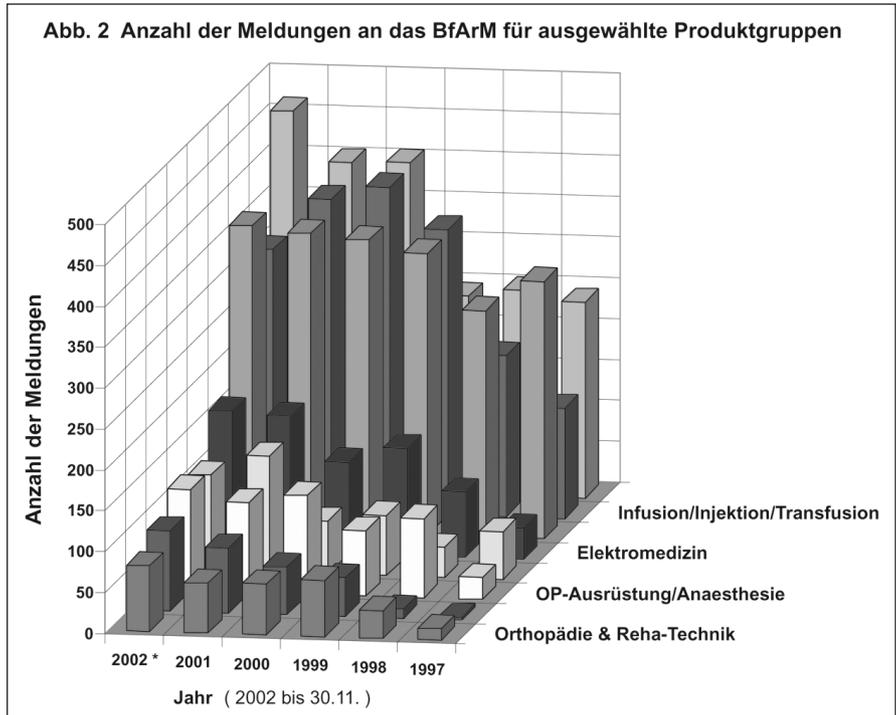
Das Fehlen einzelner Daten, die auf dem Formblatt erfragt werden, sollte nicht dazu führen, eine Meldung zu verzögern oder gar zu unterlassen. Solche Angaben können nachgeliefert oder ggf. dem Hersteller direkt zur Verfügung gestellt

werden. Eine **eingehende Anwendermeldung** wird wie jede andere Meldung erfaßt und erhält eine BfArM- oder PEI-Fallnummer. Die für den Hersteller zuständigen Landesbehörden werden von den Bundesoberbehörden unverzüglich informiert. Im Fall einer Meldung durch Anwender, Betreiber oder Dritte wird der Hersteller ebenfalls unverzüglich unterrichtet. Der **Meldende** erhält eine **Eingangsbestätigung** mit Angabe der Fallnummer. Nach Abschluß des Vorganges wird er – sofern er Anwender oder Betreiber ist - über die Bewertung des Vorkommnisses, gegebenenfalls auch über eingeleitete Maßnahmen, sofern diese zur Ver-

meidung weiterer Zwischenfälle bzw. Erhöhung der Sicherheit eines Medizinproduktes erforderlich sind, in Kenntnis gesetzt.

In besonders **dringlichen Fällen** sollte eine **Meldung** über ein Vorkommnis vorab **telefonisch/per Fax** erfolgen. Bedauerlicherweise werden vielfach mit dem Wort ‚Meldung‘ negative Begriffe wie ‚unnötiger Ärger, viele Fragen, zusätzliche Arbeit‘ usw. assoziiert. Ein Anwender/Betreiber sollte vielmehr bedenken, daß er mit seiner Meldung - im besten Falle - die Schädigung eines weiteren Patienten verhindern kann. Sofern alle Beteiligten ihre Pflichten ernst nehmen, besteht mit dem Anwendermeldesystem die Möglichkeit, zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt auf gesundheitsgefährdende Unzulänglichkeiten von Medizinprodukten zu reagieren.

Medizinprodukte, die in ein Vorkommnis involviert waren, sollen nicht vernichtet, sondern zu Untersuchungszwecken, sei es durch den Hersteller oder durch vom Anwender beauftragte Gutachter, sichergestellt werden. Hersteller schließen Vorkommnisuntersuchungen häufig mit dem Hinweis ab, daß eine Evaluierung nicht möglich ge-





wesen sei, da ihnen das in Rede stehende Produkt nicht zur Verfügung gestellt wurde.

Bereits bei der oben gegebenen Definition von Medizinprodukten wurde indirekt darauf hingewiesen, daß ein **Medizinprodukt** („physikalische“ Hauptwirkung) zusätzlich mit einer **Arzneimittelkomponente** (unterstützende Wirkung) ausgestattet sein kann. Auch wenn das zu meldende Vorkommnis eindeutig der Arzneimittelkomponente zugeordnet werden kann, ist das Geschehen **als Vorkommnis mit einem Medizinprodukt zu melden**.

Wie ist das bisherige Meldeverhalten?

Bereits Juli 1998 sind Anwender/Betreiber zur Meldung von Vorkommnissen verpflichtet - die neue MPSV bringt diesbezüglich keine grundsätzliche Änderung. Fünf Jahre nach Einführung der Meldepflicht für Anwender/Betreiber ist das Meldeverhalten der Ärzteschaft aber immer noch unzureichend. Die meisten Meldungen erreichen das BfArM nach wie vor von den Herstellern. Abb. 1 zeigt die

Gesamtzahl aller beim BfArM eingegangenen Meldungen für die Jahre 1995 bis 2002. Abb. 2 veranschaulicht die Verteilung der eingegangenen Meldungen auf verschiedene Gruppen von Medizinprodukten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. R. Kaiser
Im Vogelsong 3
60488 Frankfurt
e-mail: roland.kaiser@laekh.de

- ¹ Als wichtigste sind zu nennen die Medizinprodukte-Verordnung (MPV), die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung - MPV)
- ² „Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie das Versagen von Labordiagnostika der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen..“.
- ³ vgl. dazu auch die Darstellung von Schäfer und Holtheide [5]
- ⁴ vgl. z.B. § 15 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte und Ärztinnen in Hessen, a.a.O.
- ⁵ § 40 Abs. 1 letzter Satz
- ⁶ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abteilung Medizinprodukte, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn, Fax: 0228/ 207 5300, e-mail: medizinprodukte@bfarm.de

⁷ Paul-Ehrlich-Institut, Referat Sicherheit in-vitro-Diagnostika, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen, Fax: 06103/ 771268

Literatur:

- [1] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.2.2001, Hess. Abl. 2/2001
- [2] Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG) i.d. Fassung vom 6.8.2002
- [3] Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MPG) i.d. Fassung vom 7.8.2002 BGBl I, S. 3147
- [4] Guidelines on Medical Devices Vigilance System, MEDDEV 2.12-1 rev 4 April 2001
- [5] Schäfer, R., Holtheide, E.: Klinische Prüfung und Normungssituation aus ärztlicher Sicht Medizinprodukte Journal, 1/2000, S. 2 - 4
- [6] Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung - MPBetreibV) i.d. Fassung vom 21.8.2002 BGBl. I, S. 3397
- [7] Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukteverordnung - MPV) i.d. Fassung vom 20.12.2001 BGBl. I, S. 3854
- [8] Verordnung über die Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken bei Medizinprodukten (Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung - MPSV) i.d. Fassung vom 24.6.2002 BGBl. I, S. 2131
- [9] Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.6.1993 (Abl. EG Nr. L169 S. 1) über Medizinprodukte i.d. Fassung vom 7.12.2001 (Abl. EG Nr. L 6 S. 50)

Hessen bereitet sich auf Massenimpfungen gegen Pocken vor

In einer beispielhaften gemeinsamen Aktion bereiten Landesärztekammer Hessen und Hessisches Sozialministerium (HSM) derzeit die Voraussetzungen für die Durchführung von Massenschutzimpfungen gegen Pocken zum Schutz der Bevölkerung vor. Hessen ist damit bundesweit Vorreiterin in Sachen humanitärer Daseinsvorsorge; weitere Bundesländer wollen das hessische Maßnahmenpaket als Muster übernehmen.

In den nächsten Wochen wird in Hessen damit begonnen, Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und weitere Ärztinnen und Ärzte in der Erkennung des Krankheitsbildes zu unterrichten und sie mit der Impfmethode vertraut zu machen. Gemeinsam mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim und dem HSM/ÖGD wird die Landesärztekammer Hessen auch interessierte niedergelassene Ärzte und Arbeitsmediziner im Schneeballsystem kostenlos schulen. Eine Massenimpfung kommt allerdings wegen der erheblichen Nebenwirkungen nur bei entsprechend gravierender Bedrohungslage bzw. einem terroristischen Angriff in Betracht. Zwar gelten die Pocken weltweit seit dem Beschluß der

WHO von 1980 als ausgerottet, Geheimdienste befürchten jedoch, daß sich Pockenviren im Besitz terroristischer Vereinigungen oder Staaten befinden.

Da die Kommunen und Landkreise gewappnet sein müssen, sind umfangreiche Vorkehrungen nötig. Die Stadt Frankfurt beispielsweise verfügt gemeinsam mit der Universitätsklinik über ein Kompetenzzentrum für hochkontagiöse Infektionsfälle und eine Isolierstation am Universitätsklinikum Frankfurt, die gemeinsam mit dem Stadtgesundheitsamt vorgehalten werden.

Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer, sieht die Notwendigkeit, zusätzlich geimpfte Pockeneinsatzteams zu schaffen, die vor Ort für Identifizierung, Diagnose und Transport verantwortlich sein sollen. Dies würde dem US-amerikanischen und englischen Vorbild entsprechen. Vergleichbare Versorgungsstrukturen (Pockenalarmzüge und Pockenalarmstation) existierten in Hessen noch bis Ende der 70er-Jahre.

möh

Ernährung kann doch jeder - oder etwa nicht ?

Professor Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen / Professor Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt am Main

Stimmt – auch wenn der Erfolg dies nicht immer bestätigt. Bei ca. 50 % aller behandlungsbedürftigen Krankheiten spielt Ernährung in der Ätiologie oder Pathogenese eine Rolle: Fehl-, Mangel- oder Überernährung.

Können Sie Ihre Patienten beraten ? – Ja, erkennen Sie, wann ein Ernährungsproblem vorliegt? - Wissen Sie, daß die meisten Schilddrüsen-Erkrankungen auf zeitweiligen oder dauerhaften Jodmangel zurückzuführen sind, und wie man den vermeiden oder behandeln kann ? - Oder wissen Sie, daß und wie über 60 % der Fälle eines Dickdarm-Karzinom durch besonders Obst-, Gemüse- und Ballaststoffreiche Ernährung vermieden werden können ?

Aber hat Ernährungsmedizin überhaupt einen Platz in einer Medizin, die jeden Schritt auf Wirtschaftlichkeit überprüfen muß? – Wenn Ärzte zukünftig nicht nur noch Reparaturbetrieb sein wollen, kommen Sie am Thema Ernährung nicht vorbei. – Wenn Sie nicht nur teure Ernährungsprodukte verschreiben wollen, müssen Sie wissen, was alles zur Verbesserung der Ernährung eingesetzt werden kann. - „Anti-Aging“ - um es modern auszudrücken - ist ganz wesentlich eine Frage der Ernährung, auch wenn niemand immer jung bleiben kann. Die Kunst ist, heute und morgen gesund alt zu werden. Dazu gehört Prävention. Und Prävention als ärztliche Aufgabe, das heißt wesentlich Ernährungsinformation und -beratung (auch in bezug auf die Ernährungsergänzungs-

mittel): für Gesunde, für Kranke, für Genesende, für Behinderte.

Ernährungsmedizin führt immer noch ein Schattendasein, obwohl Ernährung für Schwere und Verlauf von Krankheiten, für postoperative Wundheilung, für Dekubitus-Prophylaxe und viele andere Aspekte eine bedeutende Rolle spielt.

Gleich, ob Sie Ihr ambulantes Leistungsspektrum ausbauen oder die stationäre Betreuung Ihrer Patienten effektiver gestalten wollen – Ihnen fehlt (wahrscheinlich) ein Kurs in Ernährungsmedizin.

Themenblöcke:

1. Grundlagen und Methoden der Ernährungsmedizin (16 Stunden)
2. Spezielle Ernährungslehre (40 Stunden)
3. Allgemeine Diätetik (12 Stunden)
4. Künstliche Ernährung (12 Stunden)

Die Bundesärztekammer hat dazu ein Curriculum aufgelegt, das Ihnen in einem 80 Stunden-Programm die notwendigen Grundlagen und anwendungsbezogenen Informationen vermitteln soll. Das ganze gibt es an fünf Wochenenden im Laufe von sechs Monaten, jeweils 2 x 8 Stunden.

Hinzu kommen 20 Stunden Praxis, die Sie in einem oder mehreren Blöcken in einer Einrichtung mit besonderem Engagement in der Ernährungsmedizin zubringen. Für die Praxisphase ist die Zusammenarbeit mit Kliniken in Frankfurt, Gießen und Kassel sowie mit ambulanten Einrichtungen der Ernährungsberatung in Vorbereitung.

Die Akademie für Ernährungsmedizin in Frei-

burg hat in vielen Kursen Erfahrung gesammelt, desgleichen die Akademien für ärztliche Fortbildung der Ärztekammern in Niedersachsen sowie in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Erfahrungen aus diesen Kursen sollen in dem neuen Kurs in Hessen aufgenommen werden. Dozentinnen und Dozenten aus der näheren und weiteren Umgebung werden zur Mitwirkung eingeladen.

Gleichzeitig mit dieser Ankündigung engagiert sich die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen dafür, daß die Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“ in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wird; d.h. Sie sollen nicht nur ein Fortbildungszertifikat (40 Punkte) erhalten, sondern auch – nach Abgabe eines Beratungskonzepts und einem Fachgespräch - die Zusatzbezeichnung führen dürfen.

Auf der Basis der derzeitigen Planung laden wir zu einem „Appetizer“ - Modul mit vier Stunden Umfang am 15. Februar 2003 in die Fortbildungsakademie nach Bad Nauheim ein (weitere Informationen und Anmeldung siehe Seite 85).

Das Modul wird mit drei Punkten als Fortbildung zertifiziert und kann auf den Kurs angerechnet werden, der sich dann um fi Tag verkürzt. Der Kurs selbst wird bei ausreichender Resonanz voraussichtlich im April 2003 beginnen und innerhalb von sechs Wochen abgeschlossen sein. Alle Termine werden vor Beginn des Kurses angekündigt, damit Sie planen können.

Die Akademie und ein Team aus z.Zt. Professor Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen, und Professor Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt, bereiten den Kurs mit vielen hochqualifizierten Dozentinnen und Dozenten für Sie vor.

Anzeige

Ihre Praxisübernahme – mit uns ein Erfolg!



DEUTSCHE
ÄRZTE-
VERSICHERUNG
Finanzen im Ganzen

- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Praxiskonzepte
- Finanzplanung

IHR PARTNER IN RHEIN-MAIN:

SERVICE-CENTER FRANKFURT

Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main

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

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!



BGH: Gebührenminderung nach § 6 a GOÄ auch für externe Ärzte

Von Rechtsanwalt O. Walter, Rechtsanwalt Dr. A. Wienke, Köln

Die Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ hat die Gerichte deutlich mehr beschäftigt, als jede andere Regelung der GOÄ. Der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe hat diesen Streitigkeiten mit Urteil vom 16. Juni 2002 (Az.: III ZR 186/00) nunmehr ein Ende bereitet. Die Richter am BGH entschieden, daß ein Arzt, der auf Veranlassung eines Krankenhauses für einen dort stationär aufgenommenen Privatpatienten ärztliche Leistungen erbringt, seinen Honoraranspruch nach § 6 a GOÄ auch dann mindern müsse, wenn die jeweiligen Leistungen in seiner eigenen Praxis und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses erbracht worden sind.

Der Entscheidung des BGH lag folgender Sachverhalt zu Grunde:

Eine private Krankenversicherung nahm den Chefarzt einer Klinik für Pathologie auf Rückzahlung von Arzthonoraren in Anspruch. Die Versicherten dieser Krankenversicherung waren in den Jahren 1998 bis 2000 stationär behandelt worden; Gewebeproben der Patienten waren während dieser Klinikaufenthalte von den Krankenhäusern an die Klinik des beklagten Pathologen geschickt und von diesem in seiner Klinik untersucht worden. Hierfür rechnete der Beklagte im Wege der privatärztlichen Liquidation ab, ohne sein Honorar nach § 6 a GOÄ zu mindern. Die Krankenversicherung war aber der Auffassung, der Pathologe hätte sein Honorar um 15 % mindern müssen, wie es § 6 a Abs. 1 Satz 2 GOÄ vorsieht. Nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind die Gebühren bei stationären Leistungen um 25 % zu mindern; für Leistungen von Belegärzten oder niederge-

lassenen Ärzten beläuft sich der Minderungssatz abweichend hiervon auf 15 % (§ 6 a Abs. 1 Satz 2 GOÄ).

Die bislang mit dieser Rechtsproblematik befaßten Instanzgerichte haben zu dieser Frage keine einheitliche Rechtsprechung entwickelt. Herauskristallisiert hatte sich jedenfalls die Auffassung, daß eine Honorarminderung dann vorzunehmen sei, wenn die zu mindernde ärztliche Leistung die maßgebliche Leistung sei, deretwegen sich der Patient überhaupt in die stationäre Behandlung begeben hat. Das Bundesgesundheitsministerium und die Bundesärztekammer benannten als weiteres Abgrenzungskriterium den Ort der jeweiligen Leistungserbringung, weshalb bislang zumindest die niedergelassenen Ärzte von der Honorarminderungspflicht nicht erfaßt wurden.

Mit der vorbezeichneten Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom Sommer dieses Jahres dürften sich diese Abrechnungsmodalitäten ein für alle Mal zu Lasten der jeweils hinzugezogenen Ärzte erledigt haben.

Der BGH hebt in seinen Urteilsgründen zunächst zwar hervor, daß der Chefarzt einer Krankenhausabteilung – zur Erinnerung: im entschiedenen Fall sind die Gewebeproben nicht von einem niedergelassenen Pathologen untersucht worden – zwar nicht unmittelbar ein „niedergelassener anderer Arzt“ gem. § 6 a Abs. 1

Satz 2 der GOÄ sei; nach Auffassung des BGH sei er jedoch in seinen Beziehungen zu den fremden Krankenhäusern, die seine Leistungen veranlaßt haben, einem niedergelassenen Arzt im Sinne des § 6 a Abs. 1 Satz 2 GOÄ gleichzustellen. Schließlich nehme er eine Tätigkeit vor, die in die Kostenstruktur seines eigenen Krankenhauses nicht eingehe, da er als liquidationsberechtigter Arzt die durch seine Tätigkeit entstehenden Kosten dem Krankenhausträger zu erstatten habe. Im Ergebnis müsse zumindest bezüglich der streitgegenständlichen Leistungen die wirtschaftliche Situation des Beklagten derjenigen eines niedergelassenen Arztes gleichgestellt werden.

Zu klären sei überdies die Frage, ob es sich bei den „externen“ Leistungen um „stationäre“ Leistungen im Sinne des § 6 a GOÄ handelt. Schließlich würden die strittigen Leistungen nicht in dem Krankenhaus erbracht, in welchem die Patienten stationär untergebracht sind, sondern vielmehr stets außerhalb dieses Krankenhauses, entweder in anderen Kliniken oder aber in Praxen niedergelassener Ärzte.

Dem Wortlaut des § 6 a GOÄ kön-

Anzeige

**Sind Sie sicher, dass Ihre
Krankenversicherung zu Ihnen passt?**

MLP PRIVATE FINANCE

MLP Geschäftsstelle Wiesbaden V
Washingtonstraße 75
65189 Wiesbaden
Telefon: 06 11/5 32 80-0
Fax: 06 11/5 32 80-77
E-Mail: wiesbaden5@mlp-ag.com



ne nicht eindeutig entnommen werden, nach welchen Kriterien der stationäre Charakter der Leistung beurteilt werden solle, so der BGH weiter. Daher sei auf eine andere Entscheidung des BGH vom 17. September 1998 (BGH NJW 1999, 868 f.) zurückzugreifen, wonach § 6 a GOÄ dem Ausgleich der finanziellen Benachteiligung der Patienten mit stationärer privatärztlicher Behandlung diene. Mit dieser Vorschrift solle verhindert werden, daß der Privatpatient zur Abgeltung von Sach- und Personalkosten des Krankenhauses doppelt in Anspruch genommen werde. Schließlich sei einmal in der Vergütung privatärztlicher Leistungen nach der GOÄ neben dem Entgelt für die ärztliche Tätigkeit auch eine Abgeltung von Sach- und Personalkosten enthalten; diese werde bei der stationären Behandlung aber auch schon über den Pflegesatz bezahlt. Mithin handele es sich bei § 6 a GOÄ in erster Linie um eine Schutzvorschrift zu Gunsten des privatärztlichen Patienten. Ob im jeweiligen Einzelfall tatsächlich und wenn ja bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstanden sind, sei auf Grund der nicht zu beanstandenden pauschalierenden Art und Weise der Gebührenminderung unerheblich.

Dieser ratio müsse eine Auslegung und Anwendung des § 6 a GOÄ entsprechen, die sich an klar erkennbaren und für die Betroffenen nachvollziehbaren Kriterien orientiert. Aus der Sicht des Arztes, der die externen Leistungen erbringe, sei eine Anknüpfung an den Ort der Leistungserbringung zwar ein aussagekräftiges Entscheidungskriterium, welches auch der Patient einfach überprüfen könne. Eine allein hierauf abstellende Betrachtungsweise vernachlässige jedoch den Stellenwert der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Behandlung des Patienten und ihren Zusammenhang mit der Honorierung der Krankenhausleistungen und dem System der Pflegesätze. Durch die Zahlung des Pflegesatzes sowohl bei Privatpatienten als auch bei

Kassenpatienten seien die Leistungen externer Ärzte bereits abgegolten, weshalb eine gesonderte Inanspruchnahme der Privatpatienten nur unter Berücksichtigung der Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ den verschiedenen Interessen gerecht werde.

Der Bundesgerichtshof stellt somit insbesondere auf die Perspektive des in einem Krankenhaus stationär aufgenommenen Patienten ab: Dieser erwarte eine Behandlung, die nach Art und Schwere seiner Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig und umfassend ist. Mit dem Zeitpunkt der Aufnahme habe der Patient die Vorstellung, er habe für seine Behandlung „ausgesorgt“. Auch wenn einzelne ärztliche Leistungen an einen außenstehenden Dritten vergeben müßten, ändere sich an dieser Vorstellung nichts. Diese externen Leistungen würden gewissermaßen „ersatzweise“ von einem außerhalb des Krankenhauses stehenden Arzt erbracht. Auch der vom Krankenhaus auf Einzelleistungen in Anspruch genommene externe Arzt sei sich darüber im Klaren, daß seine Leistungen in eine stationäre Behandlung des Patienten eingebettet seien.

Der Bundesgerichtshof setzt sich sodann zwar ausführlich mit anderen Auffassungen der medizinrechtlichen Fachliteratur und der Rechtsprechung auseinander, weist diese jedoch sämtlich mit der Begründung zurück, daß Wahlleistungspatienten einmal durch Erhebung des Pflegesatzes und darüber hinaus durch die separate Abrechnung des ärztlichen Honorars einer Mehrbelastung ausgesetzt seien, die bei der gebotenen pauschalierenden Betrachtungsweise nach einem Ausgleich beim ärztlichen Honorar verlange.

Soweit mit dieser Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 13. Juni 2002 der lang andauernde Streit um die Anwendungsweise des § 6 a GOÄ beendet sein dürfte, stellt sich die weitere Frage, ob und inwieweit eine Kompensation des Honorarabschlages für die betroffenen Ärzte möglich ist. In diesem Zusammenhang könnte man an den Ge-

danken anknüpfen, daß die dem hinzugezogenen Arzt entgangenen Gebühren demjenigen zuzuordnen sind, der diesen Honorarabschlag eigentlich zu verantworten hat, nämlich demjenigen Krankenhausträger, der bestimmte ärztliche Leistungen im Rahmen der stationären Versorgung nicht vorhält und nur deshalb auf auswärtige Ärzte angewiesen ist. Würde er nämlich diese Leistungen selbst vorhalten, würden diese dann auch in den Pflegesatz eingehen und entsprechend kalkuliert werden können. Es ist daher auf den ersten Blick nur logisch, wenn der Krankenhausträger die nicht gezahlten Gebühren wegen der Honorarminderung an die externen Ärzte und die niedergelassenen Ärzte erstattet.

Doch auch zu dieser vermeintlichen „Regreßmöglichkeit“ hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom 13. Juni 2002 eine Antwort parat: Er greift auch den Gedanken auf, daß im Falle einer Honorarminderung nur das Krankenhaus, für welches externe Leistungen erbracht werden, „ungerechtfertigt bereichert“ sei, weil es den ungeminderten Pflegesatz in Anspruch nehme, während der externe Arzt wie bei der Abrechnung ambulanter Leistungen nur das als Honorar verlange, was er auf Grund seiner Kostensituation beanspruchen dürfe. Eine solche Betrachtungsweise wird nach Auffassung des Bundesgerichtshofs jedoch den schützenswerten Interessen des Patienten nicht gerecht und beachte die pflegesatzrechtlichen Zusammenhänge und die Einheitlichkeit der stationären Behandlung des Patienten nicht ausreichend. Die Einbettung einzelner extern erbrachter Leistungen in eine stationäre Krankenhausbehandlung unterscheide sich wegen ihrer unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen grundlegend von einer rein ambulanten Tätigkeit des Arztes. Dem stationären Patienten stünden keine Möglichkeiten offen, auf die Höhe des Pflegesatzes einzuwirken. Soweit er wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbare, sei er nach den Regelungen der Bundespflegesatzverord-



nung auch gegenüber externen Ärzten gebunden, deren Tätigkeit von den Krankenhausärzten veranlaßt werde. Dies stelle für die externen Ärzte einen nicht unerheblichen Vorteil in der Gewinnung von Klienten dar, der auch gegenüber der Überweisungstätigkeit anderer niedergelassener Ärzte nicht zu vernachlässigen sei. Nehme man daher eine Minderungspflicht an, halte sich die wirtschaftliche Belastung des ärztlichen Honorars „im System“, wie es sich zwischen ärztlichem Gebührenrecht und Pflegesatzrecht herausgebildet habe.

Eine Regressierung in dem vorgenannten Sinne gegenüber dem Krankenhaussträger, der externe Leistungen in Anspruch nimmt, scheidet daher auch nach Auffassung des Bundesge-

richtshofs jedenfalls nach der gesetzlichen Wertung aus.

Möglicherweise hilft daher nur eine individuelle, von dieser gesetzlichen Wertung abweichende vertragliche Gestaltung zwischen dem Krankenhaussträger und dem externen niedergelassenen Arzt in Form von Kooperationsvereinbarungen über die Wahrnehmung externer Leistungen, in denen eine feste Vergütung solcher Leistungen vereinbart wird, die sowohl im Falle der Behandlung von Kassenpatienten als auch im Fall der Behandlung von Privatpatienten gezahlt wird und gegebenenfalls auch bereits die Gebühren, die nach GOÄ abrechnungsfähig sind, beinhaltet. Die sich dabei anbietenden Abrechnungsmöglichkeiten sind sachlich vielfältig ge-

staltbar. Möglicherweise wird sich die Bundesärztekammer auf Grund der geänderten Rechtsprechung auch mit der Vergütungssystematik befassen und entsprechende Novellierungsvorschläge unterbreiten. Jedenfalls sollten Ärzte, die regelmäßig von externen Krankenhäusern in Anspruch genommen werden, versuchen, einen individuellen Ausgleich mit dem jeweiligen Vertragspartner auszuhandeln.

Anschrift der Verfasser:
WIENKE & BECKER - KÖLN
Bonner Straße 323

50968 Köln

Tel.: 0221 / 3765 - 30

Fax: 0221 / 3765 - 312

E-Mail: OWalter@Kanzlei-WBK.de

Internet: <http://www.Kanzlei-WBK.de>

Landesärztekammer Hessen

Vom 15. Februar bis zum 15. März 2003 veranstaltet der Hessische Rundfunk die Aktion „fit mit hr4“. Vier Wochen lang wird der Sender seine Hörer in ganz Hessen mit Gesundheits-Tips, Interviews und Berichten durch den Tag begleiten. Als Kooperationspartner der Aktion beteiligen sich u.a. Landesärztekammer Hessen und Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit Expertenratschlägen in Gesundheitsfragen.

Bewußte Ernährung, eine Kombination aus Sport und Bewegung und seelische Ausgeglichenheit - darum geht es auch in der von hr4 und den Kooperationspartnern verfaßten Broschüre „100 Tipps für ein gesundes Leben“, die im Rahmen der Aktion erscheinen und in der Landesärztekammer Hessen, den Bezirksärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und ihren Bezirksstellen, sowie im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer in Bad Nauheim ausliegen wird. Dort können Sie sich gerne Exemplare für Ihr Wartezimmer mitnehmen.

Mit fachlicher Beratung und Unterstützung von:

- Centrale Marketinggesellschaft der deutschen Agrarwirtschaft (CMA)
- Deutsche Herzstiftung
- Fleischerverband Hessen
- Hessische Qualitätsmarken-Bäckereien
- Hessisches Ministerium für Umwelt, Landwirtschaft und Forsten
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen K.d.ö.R.
- Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
- Landessportbund Hessen e.V.
- Landesvereinigung für Milch und Milcherzeugnisse Hessen e.V.
- Marketinggesellschaft GUTES AUS HESSEN e.V.
- Verband der Hessischen Apfelwein- und Fruchtsaft-Keltereien e.V.

Wenn Sie Informationen zu hr4 wünschen, Anmerkungen, Kritik oder Fragen haben, dann schreiben Sie uns oder rufen Sie einfach an:

Hessischer Rundfunk
hr4
60222 Frankfurt
Hörertelefon: 069/155 4044

hr4
Gut zu hören

Fit mit hr4

100 Tipps für ein gesundes Leben

herausgegeben von Angelika Bork

- Richtig einkaufen
- Fit bleiben mit Herz und Verstand
- Korngesund durchs Leben
- Fitness-Check in fünf Minuten



NÄHE
gute Laune

HARMONIE

Musik

In Ihrer Region auf folgenden UKW-Frequenzen:

Nordhessen 101,7 / 102,3 / 103,2
Mittelhessen 104,3 • Osthessen 91,9 / 107,3
Rhein-Main 102,5 • Südhessen 101,6 / 103,8

hr4
Gut zu hören



Sicherer Verordnen

STIKO

Neue Impfempfehlungen

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) hat mit Stand vom Juli 2002 ihre Impfempfehlungen neu gefaßt (z.B. Standardimpfungen im Erwachsenenalter, erweiterte Maßnahmen der Postexpositionsprophylaxe). Sie können kostenfrei (bis zu fünf Exemplare) nach Einsenden der Adresse und Briefmarken im Wert von 1,44 € ohne Rückumschlag angefordert werden bei: Robert-Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin.

Bei dieser Gelegenheit wird daran erinnert, daß nach § 6 Abs. I Nr. 3 des Infektionsschutzgesetzes ein Verdacht auf eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung umgehend an das zuständige Gesundheitsamt zu melden ist. Zusätzlich sollten alle Impfreaktionen (auch leichte) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in Köln berichtet werden.

Quelle: *Epidem. Bull.* 28/2002

Akathisie

Nicht nur bei Neuroleptikagabe

Das Unvermögen, ruhig sitzen zu können (Akathisie) ist als unerwünschte Wirkung (UAW) von Neuroleptika bekannt. Die Akathisie kann aber auch eine (selten) Indikation für die Gabe von Neuroleptika darstellen. In einer Übersicht werden auch andere Arzneistoffe mit dieser UAW in Verbindung gebracht. Insbesondere bei einer Therapie mit Antidepressiva kann das Auftreten einer von Patienten manchmal schwer zu beschreibenden Akathisie zur Non-Compliance beitragen. Ein Absetzversuch und schnelle Besserung der Symptome kann die Diagnose dieser UAW bestätigen, manchmal ist die Gabe von Propranolol oder zusätzlich eines Benzodiazepins hilfreich.

Arzneistoffe und -gruppen:

- ▶ *Antiemetika*: Metoclopramid

- ▶ *Antidepressiva*: Trizyklika, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (wie z.B. Fluoxetin), Venlafaxin
- ▶ *Antihypertensiva*: Methyl dopa
- ▶ *Kalziumkanalblocker*: Cinnarizin, Flunarizin
- ▶ *andere*: Levodopa und Dopaminagonisten

Quelle: *Brit.med.J.* 2002; 1506

Wachstumshormon

Karzinogenität

In einer englischen Langzeitstudie wurde die Krebssterblichkeit nach Anwendung von aus menschlichen Hypophysen gewonnenem Wachstumshormon (1985 aus dem Handel genommen) untersucht. Gefundene erhöhte Inzidenzen von kolorektalem Karzinom und Morbus Hodgkin führten in einem

Hormonsubstitution

Nutzen/Risiko

Nachfolgend Teilergebnisse der WHI-Studie (Women's Health Initiative), aufgrund derer die Studie bei 16.608 gesunden Frauen zwischen 50 und 79 Jahren vorzeitig nach ca. fünf Jahren gestoppt wurde. Die Frauen erhielten entweder eine Hormonsubstitution (konjugierte Estrogene und Methoxyprogesteron) oder Placebo. Der Teil der Studie wird fortgeführt, in denen hysterektomierte Frauen eine reine Estrogentherapie ohne Gestagen erhalten.

| Ereignis | Relatives Risiko im Vergleich zu Placebo | Risiko pro 10.000 Frauen pro Jahre | Nutzen pro 10.000 Frauen pro Jahr |
|-----------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| Herzinfarkt | 1,29 | 7 Fälle mehr | |
| Brustkrebs | 1,26 | 8 Fälle mehr | |
| Schlaganfall | 1,41 | 8 Fälle mehr | |
| Thromboembolie | 2,13 | 18 Fälle mehr | |
| Dickdarmkrebs | 0,63 | | 6 Fälle weniger |
| Hüftfrakturen | 0,66 | | 5 Fälle weniger |
| Sterblichkeit insges. | 0,98 | - | - |

Anmerkungen: In der Bilanz sind werberische Aussagen über den präventiven Nutzen einer kombinierten Hormonersatztherapie grundsätzlich widerlegt. Nachdem konjugierte Estrogene in der Vergangenheit als sehr verträglich herausgestellt wurden, muß nun jede andere Hormonkombination nachweisen, daß die Ergebnisse der WHI-Studie auf sie nicht zutreffen. Hersteller-beeinflußte Rundschreiben von gynäkologischen Meinungsbildnern deuten auf ein Verkennen eines möglichen Paradigmenwechsels, den viele Frauen schon von sich aus vollzogen haben. Trotz weiterer, nur zum Teil geklärter Risiken einer langfristigen Hormonsubstitution bleibt eine kurzfristige Hormonsubstitution bei starken Beschwerden in den Wechseljahren weiterhin medizinisch sinnvoll – bei entsprechend sorgfältiger Aufklärung der Patientinnen.

Quellen: *Pharm. Ztg.* 2002; 147: 83, *Dt. Ärztebl.* 2002; 99(31-32): C 1664

Kommentar zu den Empfehlungen

- ▶ das Nutzen/Risikoverhältnis einer Therapie von Wachstumshormonstörungen im Kindesalter bleibt positiv, auch aufgrund veränderter Dosisempfehlungen heute üblicher rekombinanter Somatotropine
- ▶ die langfristige Anwendung als „Antiaging“-Mittel im mittleren Lebensalter hat potentielle, ungenügend untersuchte Risiken.

Anmerkung: Zusätzlich zu dem oben genannten „Off-Label-Use“ wird Somatotropin auch im Leistungssport eingesetzt. Eine entsprechende sportmedizinische Warnung vor möglichen Langzeitfolgen, wird dringend zu beachten empfohlen. Es wird daran erinnert, daß seit der 8. Novelle des Arzneimittelgesetzes 1998 das Verschreiben von Dopingmitteln unter Strafe gestellt ist (mit verschärfter Strafandrohung bei Abgabe oder Anwendung bei Personen unter 18 Jahren).

Quelle: *Lancet* 2002; 360: 268 und 273

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: *Rheinisches Ärzteblatt* 10/2002

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32/782-200, 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: (sofern nichts anderes angegeben ist) € 40,-/halber Tag, € 70,-/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie. Akademiemitglieder zahlen 50 %. Enthalten sind Seminarunterlagen und Pausenverpflegung. Sie sind zu zahlen am Tagungsbüro.

MITGLIEDSCHAFT: Es besteht die Möglichkeit, am Tag der Veranstaltung die Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt die reduzierte Teilnahmegebühr.

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 € 85,-.

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! Für sie ist die Teilnahme daran kostenlos.

ZERTIFIZIERUNG: Die angegebenen Punkte **AiP** 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

Bewertungsgrundlagen s. HÄ 1/2003

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!*

Anerkennung 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 - August 2002 bis März 2004, Bad Nauheim

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

Seminare mit praktischen Fallbeispielen und TED-Evaluation

Nephrologie

Mittwoch, 12. Februar 2003, 15 s.t. bis 19 Uhr

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

AiP
4P

Diabetische Nephrologie: Früherkennung und Prophylaxe
Hochdrucktherapie bei Niereninsuffizienz
Vorgehen bei „Therapie-refraktären“ Ödemen
Stellenwert der Diuretika bei Herzinsuffizienz
Renale Anämie: Diagnostik und Therapie

Rheumatologie

Mittwoch, 12. März 2003, 15 s.t. bis 19 Uhr

Leitung: PD Dr. med. M. N. Berliner, Gießen

AiP
4P

Update Rheumatoide Arthritis
PD Dr. med. M. N. Berliner
Spondylarthropathien, Pathogenese - Diagnostik - Therapie
PD Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Kollagenosen und Vaskulitiden - Differenzierung und Behandlung
Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, *Raum Frankfurt* im neuen Seminargebäude, Carl-Oelemann-Weg 5

Teilnahmegebühr: 25 €/Seminar (Akademie-Mitglieder 15 €, AiP frei)

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau A. Zinkl, Fax: 06032 / 782-229

E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

FRAUENHEILKUNDE / GEBURTSHILFE

Weiterbildungsbegleitende Fortbildung - Februar 2003 bis Februar 2006

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

Mittwoch, 12. Februar 2003, 9 c. t. bis 17.30 Uhr, Bad Nauheim

AiP
8P

Geburtshilfe: Hauptreferat: Problemanalyse – Perinatale Mortalität: Prof. Dr. med. S. Schmidt, Marburg; Warum Schwangerenversorgung? N. N.; Ultraschalldiagnostik in der Frühschwangerschaft: Prof. Dr. med. E. Merz, Frankfurt a. M.; Das Kardiotokogramm in der Schwangerschaft: Prof. Dr. med. W. Künzel; **Fragestunde:** Diskussion mit

den Referenten; **Gynäkologie:** Seminar: Kolposkopie, Cytologie, Histologie: Dr. med. J. Musmann, Gießen; Uterus myomatosus – Diagnostik und Therapie: N. N.; **Endokrinologie:** Therapie der Blutungsstörungen: Prof. Dr. med. H. Gips, Gießen

Weitere Termine: 18. Juni 2003, 15. Oktober 2003, 11. Februar 2004, 16. Juni 2004, 13. Oktober 2004, 16. Februar 2005, 15. Juni 2005, 19. Oktober 2005, 15. Februar 2006, jeweils mittwochs ganztägig.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, *Raum Gießen* im neuen Seminargebäude, Carl-Oelemann-Weg 5

Teilnahmegebühr: 70 €/Tag (Akademiemitglieder 35 €)

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, Frau H. Cichon, Tel.: 0 60 32/7 82-213

E-mail: heike.cichon@laekh.de

ETHIK-FALLSEMINARE

Frühgeburten: Behandeln oder Liegenlassen? AiP

Mittwoch, 19. Februar 2003, 15 s.t. bis 19 Uhr, Bad Nauheim 4P

Leitung:

PD Dr. med. U. Niemann, Prof. Dr. med. V. v. Loewenich, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademieggebäude, *Raum Vogelsberg*, Carl-Oelemann-Weg 7

Teilnahmegebühr: 40 € (Akademiemitglieder 20 €)

Anmeldungen: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau Schmidt, Carl-Oelemann-Weg 7; E-mail: elke.schmidt@laekh.de s. HÄ 1/2003

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Robert Stevenson

„Der seltsame Fall des Dr. Jeckyll und Mr. Hyde“

Mittwoch, 19. März 2003, 18.30 Uhr, Frankfurt a. M.

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

Tagungsort: St. Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epsteinstraße 2

Teilnahmegebühr: 15 €

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

**11. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie
Gerinnungsaktive Therapie bei akuten und chronischen Gefäßkrankheiten**

AIP
7P

Sektion Innere Medizin-Angiologie

Samstag, 15. März 2003, 9 bis 16 Uhr, Bad Nauheim

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

1. Block: Neue pharmakologische Aspekte für die Therapie

Moderation: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
Prof. Dr. med. J. Harenberg, Mannheim

Thrombozytenfunktionshemmer

Prof. Dr. med. Beate Kehrel, Münster

Vitamin-K-Antagonisten, Melagatran

Prof. Dr. med. Bettina Kemkes-Matthes, Gießen

Heparine, Hirudin, Pentasaccharid

Prof. Dr. med. H. Riess, Berlin

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Raum Frankfurt
im neuen Seminargebäude Carl-Oelemann-Weg 5

2. Block: Differenzierte Behandlung bei verschiedenen Krankheitsbildern

Moderation: Prof. Dr. med. F. Heinrich, Bruchsal
Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

PAVK ohne/mit Bypass

Dr. med. H. Lawall, Karlsbad-Langensternbach

Zerebrale Stenosen und Verschlüsse

Prof. Dr. med. H. Landgraf, Berlin

Koronare Herzkrankheit und akutes Koronarsyndrom

Prof. Dr. med. H. Darius, Berlin

Venenthrombose und Lungenembolie

PD Dr. med. R. Bauersachs, Frankfurt a. M.

Selbstevaluation (Fragebogen)

HANDCHIRURGIE

Handchirurgie

4P

Sektion Chirurgie - Unfallchirurgie

Samstag, 22. März 2003, 9 c.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. M. Raible, Kassel,
PD DR. med. R. Inglis, Frankfurt

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

MYKOLOGIE

Mykologisches Seminar

Dermatomykologie mit praktischen Übungen

AIP

9P

Sektion Haut- und Geschlechtskrankheiten

Samstag, 5. April 2002, 9 c.t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. P. Mayser, Gießen
Dr. med. E. Hasche, Darmstadt

Ärztliches Fortbildungsseminar, in dem - neben einer aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problembefunde und zeitgemäße antimykotische Therapie - insbesondere praktische Übungen zur mykologischen Diagnostik angeboten werden. Bitte Arbeitskittel mitbringen!

Einführung in die Diagnostik von Dermatomykosen

PD Dr. med. P. Mayser

Therapie hartnäckiger Dermatophyten

Prof. Dr. med. I. Efficendy, Bielefeld

Therapie der Candidosen

Dr. med. E. Hasche

Therapie Malassezia-assoziierter Krankheitsbilder

Wiebke Thoma, Gießen

Praktische Übungen der mykologischen Diagnostik (I)
Anlegen und Beurteilung des Nativpräparates

Praktische Übungen der mykologischen Diagnostik (II)
Identifizierung und Differenzierung praxisrelevanter Pilze (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze)

Pilz-Quiz: Vorbereitungen zu mykologischen Ringversuchen

Selbstevaluation (Fragebogen)

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

POCKEN

Pocken – ein wieder aktuelles Thema

4P

Sektionen Arbeits- und Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen mit dem Hessischen Sozialministerium

Mittwoch, 5. Februar 2003, 15 bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H. G. Lasch, Gießen
Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Information und Impfpraktikum für Betriebsärzte

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Seminargebäude, Raum Frankfurt, Carl-Oelemann-Weg 5

NEUROCHIRURGIE

Endoskopische Verfahren in der Neurochirurgie

4P

Sektion Neurochirurgie

Samstag, 22. Februar 2003, 9 c.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. B. L. Bauer, Hannover

Technologie der Neuroendoskopie

Prof. Dr. med. B. L. Bauer

Neuroendoskopie der Hypophysentumore

Prof. Dr. med. M. R. Gaab, Hannover

Keyhole Prinzip Endoskopisch assistierte Mikroneurochirurgie

Prof. Dr. med. A. Perneczky, Mainz

Juristische Aspekte der Neuroendoskopie

Prof. Dr. med. B. L. Bauer

Neuroendoskopie des Hydrocephalus, Indikation und Ergebnisse

Prof. Dr. med. D. Hellwig, Marburg

Neuroendoskopie des Hydrocephalus bei Neugeborenen und Säuglingen; Erste Erfahrungen

Prof. Dr. med. M. Tatagiba, Freiburg

Virtuelle Neuroendoskopie, Stellenwert in OP-Training und praktische Anwendung:

PD Dr. med. F. Duffner, Tübingen

Endoskopie der Wirbelsäule

Dr. med. D. Rosenthal, Bad Homburg

Paneldiskussion mit den Referenten

Selbstevaluation (Fragebogen)

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

ORTHOPÄDIE

**Stoßwellentherapie in der Orthopädie
– was ist gesichert?**

AIP

4P

Sektion Orthopädie

Samstag, 15. März 2003, 9 c.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. J.-D. Rompe, Mainz

Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Seminargebäude, Raum Kassel, Carl-Oelemann-Weg 5 s. HÄ 1/2003

NOTFALLMEDIZIN

Reanimationsrichtlinien (GRC, ERC, ILCOR, AHA)

4P

Umsetzung in Klinik und Rettungsdienst

Sektion Anaesthesiologie

Samstag, 8. März 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Dr. med. E. Kromer, Hanau
Begrüßung,

Vorstellung des neuen Landeskatastrophenschutzkonzepts:

Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Die aktuellen Leitlinien und deren Entstehung:

Dr. med. Dr. rer. nat. B. Dirks, Ulm

Basismaßnahmen und Defibrillation:

Dr. med. M. Straube, Wiesbaden

Medikamente zur Reanimation:

Dr. med. H. Genzwürker, Mannheim

Umsetzung im Rettungsdienst:

Dr. med. St. Kortüm, Frankfurt a. M.

- in der Klinik:

PD Dr. med. A. Brambrink, Mainz

Selbstevaluation (Fragebogen)

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

II. FORTBILDUNGS-KURSE

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

In diesem Jahr wird die Akademie wieder einen Kurs "Ernährungsmedizin" anbieten (s. Bericht auf S.). Grundlage ist das 80-Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer. Geplant sind 6 Wochenend-Veranstaltungen mit je zwei Tagen zu 8 Stunden in Bad Nauheim.

Leitung: Prof. Dr. med. M. Krawinkel, Gießen, Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a.M.

Teilnahmegebühr für den gesamten Kurs 780 € (Akademiemitglieder 702 €).

Einführungsseminar: Samstag, 15. Februar 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

bei Teilnahme an dem gesamten Kurs wird ein halber Tag angerechnet

Tagungsort: Fortbildungszentrum, Akademiegebäude, *Blauer Hörsaal*, Carl-Oelemann-Weg 7

Teilnahmegebühr: 40 € (Akademiemitglieder 20 €)

Anmeldung und weitere Informationen: Akademie, Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/7 82-201 (Di.-Do.), Fax: 0 60 32/7 82-229

E-mail: marianne.jost@laekh.de

3P

MEDIZINISCHE INFORMATIK

40P

Fort- und Weiterbildungskurs „Medizinische Informatik“ (280 Stunden). 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!).

Dauer: 1 Jahr (vorgesehen Januar – Dezember 2003)

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

Veranstaltungsort: jeweils Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: € 3.813

„**Einführungskurs**“ (150 Stunden) für Interessenten des Fort- und Weiterbildungskurses richtet, die aber die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem 280-Stunden-Kurs noch nicht erfüllen; ihnen wird nach vollständiger Teilnahme ein Platz in dem nächsten Fort- und Weiterbildungskurs zugesichert. Der Einführungskurs kann auch von denjenigen besucht werden, die erst einmal in die „Medizinische Informatik“ reinschnuppern möchten. Auch die Teilnahme an nur einzelnen Themen ist möglich.

Teilnahmegebühr: € 1.230

Info und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau H. Cichon, Fax: 0 60 32/7 82-220

E-mail: heike.cichon@laekh.de

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER

Moderatoren-Training

24P

Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V

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

Termine: 26.2., 19.3., 09.4., 14.5. und 25.6.2003

jeweils Mittwoch, 17.30 bis ca. 21 Uhr

Dieser Kurs kann nur insgesamt besucht werden!

Tagungsort: Frankfurt a. M., Stadtgesundheitsamt

Teilnahmegebühr: € 276

Teilnehmerzahl: mind. 12

Auskunft und schriftliche Anmeldung an die Akademie, Frau U. Dauth, Tel. 0 60 32/7 82-2 38

E-mail: ursula.dauth@laekh.de

9. Curriculum

Psychosomatische Grundversorgung

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Teil II: 7. - 9. März 2003, Bad Nauheim

A. Atemwegserkrankungen; chronische Schmerzkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit;

B. Die sieben Arzt – Patienten – Konstellationen; Chronifizierungspotential und salutogenetisches Potential. Dokumentationsanleitung entlang den Diagnostischen und Pragmatischen Dreiecken. Seelische Entwicklung II; Symptomentwicklung aus psychosomatischer Sicht und die Bedeutung des Symbols.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, *Raum Giesse*, Carl-Oelemann-Weg 5

s. HÄ 12/2002

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, z. Hd. Frau C. Lepka, Fax 0 60 32/782-228

E-mail: claudia.lepka@laekh.de

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Curriculum Qualitätssicherung

200-Stunden Kurs für Ärztinnen und Ärzte gem. dem Curriculum Qualitätssicherung / Ärztliches Qualitätsmanagement von der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wiss. Med. Fachgesellschaften (AWMF). Besonderheiten unseres Kursus: Ethik, Ökonomie, Internet-Anwendung mit praktischen Übungen am PC.

Leitung: Dr. med. H. Herholz, MPH; Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Termine 2003: Block I: 15. - 20.02.2003 je Block 15P

Block II: 23. - 27.03.2003

Block III: 17. - 22.05.2003

Block IV: 13. - 19.09.2003

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, Frau H. Cichon, Tel.: 0 60 32/7 82-213

E-mail: heike.cichon@laekh.de

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Neuer Leiter des Notdienst-Seminars: Dr. med. M. Rust, Frankfurt a. M.

Dr. med. Hartmut Frederking, Darmstadt, hat die Leitung des Notdienst-Seminars „Aktueller Notfall – was tun?“ an Dr. med. Michael Rust weitergegeben. Dr. Frederking hat das Seminar 10 Jahre lang geleitet, zunächst neben seiner Tätigkeit als Leiter des Funktionsbereichs 'Internistische Intensivmedizin' der Städtischen Kliniken Darmstadt, dann als Ruheständler. Als Referent hat er von Anfang an dem Seminar mitgewirkt.

Dr. med. Michael Rust ist seit 20 Jahren als Referent und Leiter des Internistischen Halbtages in das Seminar eingebunden. Er ist hauptamtlich im ärztlichen Notdienst tätig.

„Notdienstseminar“

08., 09., 22. März 2003, Bad Nauheim

04., 05., 18. Oktober 2003, Bad Nauheim

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

Teilnahmegebühr: 128 € (Akademiemitglieder: 64 €, AiP kostenfrei)

Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“

20.-24. Mai 2003 in Wiesbaden

25.-29. November 2003 in Wiesbaden

Seminar „Leitender Notarzt“

15.-18. November 2003 in Kassel

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“

in Wiesbaden bzw. Kassel (Termine folgen)

Ausführliche Informationen s. HÄ 1/2003

MEGA-CODE-TRAINING

9P

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

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

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

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

E-mail: goetz.brodermann@hsk-wiesbaden.de

Termine: 31. Mai, 5. Juli, 20. Sept. und 15. November

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

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e. V. führen wir den Kurs nach dem Kursbuch "Spezielle Schmerztherapie" der Bundesärztekammer durch.

Teil I: 15./16. März 2003, Friedrichsdorf, salus-Klinik

Leitung: Dr. med. T. Wiehn

Teil II: 10/11. Mai 2003, Hanau, Städtisches Klinikum

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

Teil III: 01./02. November 2003, Kassel, Städtisches Klinikum

Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba

Teil IV: voraussichtlich 22./23. November 2003, Wiesbaden, DKD

Leitung: Dr. med. U. Drechsel

Teilnahmegebühr: € 640, Akademiemitglieder: € 555 (bei Teilnahme an allen Wochenenden). Ansonsten € 200 pro Wochenende.

Anmeldung: Bitte schriftlich an die Akademie, Frau A. Zinkl
Fax: 06032 / 782-229 E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem. RöV

GRUNDKURS Bad Nauheim **21P**

Termin: Samstag/Sonntag, 22./23. Februar 2003, ganztägig *

SPEZIALKURS **21P**

Termin: Samstag/Sonntag, 5./6. April 2003, ganztägig *

* + in der Folgewoche 1 **Nachmittag** nach Wahl für Prakt./Prüf. im Uni-Klinikum in Frankfurt am Main

INFORMATIONSKURS Gießen: **6P**

Termin: Samstag, 14. Juni 2003, ganztägig *

GRUNDKURS **21P**

Termin: Samstag/Sonntag, 6./7. September 2003, ganztägig *

SPEZIALKURS **21P**

Termin: Samstag/Sonntag, 1./2. November 2003, ganztägig *

* + in der Folgewoche 1 **Nachmittag** nach Wahl für Prakt./Prüf.

Teilnahmegebühr: s. HÄ 11/2002

Bitte nur schriftl. Anmeldungen an die Akademie, Frau E. Hiltcher,
Fax 0 60 32/ 7 82-2 29 E-mail: edda.hiltcher@laekh.de

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) 2003

Aufbaukurs 30 Stunden **33P**

Theoretischer Teil: Sa. 15./ So 23. März 2003, 9 bis 18 Uhr

Praktischer Teil: 2 Tage (5-6 Stunden)
in kleinen Gruppen (5 Teilnehmer) in verschiedenen Kliniken *

Abschlusskurs 16 Stunden **25P**

Theoretischer Teil: Sa. 8. Nov. 2003, 9 bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Gefäße 2003

Aufbaukurs (periphere Arterien und Venen) **21P**

Theoretischer Teil: Do. 26. 06. 2003, 16 bis 20 Uhr, Bad Nauheim
Fr. 27. 06. 2003, 9 bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Praktischer Teil: Sa. 28. 06. 2003, 9 bis 17 Uhr, Wiesbaden

Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) **17P**

Theoretischer Teil: Fr. 28. 11. 2003, 9 bis 17 Uhr, Bad Nauheim
Sa. 29. 11. 2003, 9 bis 17 Uhr, Wiesbaden

Neuer ergänzender Kurs:

Abdominelle und retroperitoneale Gefäße

(Duplex- und Farbdoppler-Verfahren)

Aufbaukurs (2-tägige/16 Std.) **16P**

Empfohlene Voraussetzungen: Erfahrung in der B-Bild-Diagnostik;
Interdisziplinärer Grundkurs (Gefäßdiagnostik)

Termin: voraussichtlich 2. Jahreshälfte 2003 (bei entspr. Nachfrage)

Kursgebühr: auf Anfrage

Anmeldung an die Akademie: z. Hd. Frau M. Jost
Tel. 0 60 32/7 82-201 (Di.-Do.), Fax: 0 60 32/7 82-229

E-mail: marianne.jost@laekh.de

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG 16-Stunden Kurs

27./28. Juni 2003, Bad Nauheim **10P**

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

Freitag, 27. Juni 2003, 13 s.t. bis 18 Uhr

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

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

Teilnahmegebühr: 180 €, Akademiemitglieder 95 €

Anmeldungen bitte nur schriftlich an: Akademie, Frau R. Heßler, Fax: 0 60 32 / 782-229

E-mail: rene.hessler@laekh.de

Samstag, 28. Juni 2003, 9 c.t. bis 18.30 Uhr

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

III. WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

(Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Wir bitten nun 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. **Zertifizierung:** Die Teilnahme wird für das Fortbildungszertifikat angerechnet

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 18.-20.07.2003 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)“ (20 Stunden)

Block 17 12.-14.09.2003 „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)

Weitere Informationen: s. HÄ 12/2002

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

KURSE ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALMEDIZIN

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin

Sektion *Arbeits- und Sozialmedizin*

je **20P**

Sozialmedizin

je **20P**

Grundkurs: A2 12.09. bis 19.09.2003

Aufbaukurs: B1 03.02. bis 14.02.2003 C1 17.03. bis 28.03.2003

B2 07.11. bis 14.11.2003 C2 05.12. bis 12.12.2003

Aufbaukurse: AKI: 24.02. bis 07.03.2003;

AKII: 10.10. bis 17.10.2003

Auskunft und Anmeldung: Akademie der LÄK Hessen, 0 60 32/ 78 2-2 83 (Frau Stieler) Fax: 0 60 32/ 78 2-217

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

Vortragssaal der Fa. Merck, Frankfurter Str. 250, Darmstadt, jeweils 20.15 Uhr.

4.2.2003: „**Bandscheibenchirurgie aus Sicht des Neurochirurgen.**“ Prof. Dr. Volker Seifert, Frankfurt. **AiP 2P**

18.2.2003: „**Praktische Probleme in der Therapie mit Antikoagulantien.**“ PD Dr. York Schmitt, Darmstadt. **AiP 2P**

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

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Straße 100, Darmstadt.

12.2.2003: „**Systemische Therapie.**“ Frau Makansi.

19.2.2003: „**Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychiatrie.**“ Prof. Hambrecht.

5.3.2003: „**Zusammenarbeit mit der Darmstädter Polizei.**“ Herr Gerber.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. M. Hambrecht. Tel. (0 61 51) 4 03 4001.

19.2.2003, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05. „**Neue Guidelines – Therapie des Akuten Koronarsyndroms.**“ Prof. Dr. H.J. Rupprecht, Mainz. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

19.2.2003, 20.00 Uhr s.t.: Kongreßzentrum des Alleehotel Europa, Europa Allee 45, Bensheim. „**Neue Aspekte in Ätiologie und Konsequenzen der Atherosklerose - Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie.**“ Prof. R. Schulz, Essen. Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Alice-Hospital

3.3.2003, 18.00 – 20.00 Uhr: Nebenraum Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Nichtvirale Hepatitiden.**“ Dr. Berg. 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, 14tägig, 19.15 – 20.45 Uhr: Bleichstraße 19/21, Darmstadt. Auskunft: Dr. Georg Frieß. Tel. (0 61 51) 2 55 19. **2P**

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

4.2.2003, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt 23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz.**“ **4P**

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

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

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

5.2.2003, 17.00 Uhr: Cafeteria St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25, Frankfurt. „**Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen.**“ Anerkannter Qualitätszirkel der KV Hessen. Auskunft: Dr. Lautenschläger. Tel. (0 61 81) 25 55 35. **4P**

Nephrologisches Mittwochsseminar

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

5.2.2003: „**Diagnose, Klassifizierung und Therapie der Amyloidosen.**“ Prof. Dr. R.P. Linke, Martinsried.

12.2.2003: „**Immunvermittelte Nephritis und die Rolle der Chemokine.**“ Prof. Dr. H.-H. Radeke, Frankfurt.

26.2.2003: „**Ethische Konflikte im klinischen Alltag.**“ Dr. K. Schmidt, Frankfurt.

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

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Hörsaal der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haus 14, 2. Stock, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt.

11.2.2003, 19.00 – 20.30 Uhr: „**Pränatales Seminar.**“ Leitung: Prof. Dr. Frank Louwen.

14.2. - 16.2.2003: „**Grundkurs: Sonografische Fehlbildungsdiagnostik.**“ Weiterführende differentialdiagnostische sonografische Untersuchungen bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko.

Auskunft: Frau Hülsewiesche. Tel. (0 69) 63 01 77 03.

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

12.2.2003, 17.30 Uhr: Großer Hörsaal Haus 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Multimodale Behandlung des Bronchial Carcinoms.**“ Auskunft: Sekr. Prof. Dr. V. Jacobi. Tel. (0 69) 63 01 72 77. **AiP 2P**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

12.2.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Uniklinik Frankfurt, Haus 23B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock. „**Neue Beatmungsstrategien bei schwerer akuter Lungenschädigung.**“ PD Dr. K. Lewandowski, Berlin. Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67. **2P**

Klinikum Offenbach

12.2.2003, 18.00 Uhr: Park Plaza Hotel, Ernst-Griesheimer-Platz 7, Offenbach. „**Arbeitskreis Onkologische Urologie Offenbach e.V.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Ulf W. Tunn. Tel. (0 69) 84 05 38 40.

Markus Krankenhaus

12.2.2003, 12.00 Uhr: Markus-Krankenhaus, Epsteiner Str. 2, Frankfurt. „**Therapie des Diabetes mellitus 2003 – Eine Standortbestimmung.**“

Prof. Dr. H. Laube, Gießen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Holtermüller. Tel. (0 69) 95 33 22 01 o. 22 92.

St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau

12.2.2003, 19.00 Uhr: Krankenpflegeschule im Frankfurter Tor. „**Qualitätszirkel Gynäkologie und Geburtshilfe Hanau.**“ Und ausgewählte Fallbesprechungen. Anerkannter Qualitätszirkel der KV Hessen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Kaesemann. Tel. (0 61 81) 27 23 71. **4P**

Schmerzforum Rhein-Main e.V.

13.2.2003, 19.00 – 20.30 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im Medienzentrum, Bethanien-Krankenhaus Pröfling, Haus E, 3. Stock, Im Pröfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **AiP 3P**
3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

20.30 – 22.00 Uhr: „**Aktuelle Migränetherapie.**“ Dr. Brand, Königstein. **3P**
Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt. Tel. (069) 463738 oder 13 37 69 66.

Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst

19.2.2003: Städt. Kliniken Frankfurt-Höchst, Gotenstraße 6-8, Frankfurt-Höchst. „**Arbeitskreis Onkologie (AKO): Therapie des fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Bronchialcarcinoms.**“ Dr. Nolte, Koblenz. Auskunft: Sekretariat PD Dr. H. G. Derigs. Tel. (0 69) 31 06 33 20.

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Nephrologie

19.2.2003, 18.30 – 21.00 Uhr: Arabella Sheraton Hotel, Konrad-Adenauer-Str. 7, Frankfurt. „**Neue Entwicklungen in der Therapie von Diabetes, Hypertonie und venöser Thrombose.**“ Prof. Dr. K. Ulrichs, Würzburg; Prof. Dr. J. Mann, München; PD Dr. R. Bauersachs, Frankfurt. **AiP 3P**

5.3.2003, 18.15 – ca. 21.00 Uhr: Hörsaal II, Haus 23B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Therapie des hypertensiven Notfalls und Aktuelles zur Lebendniere spende.**“ PD Dr. J. Hoyer, Berlin; Prof. Dr. U. Heemann, München; Dr. W. Fierbeck, Frankfurt. **AiP 2P**

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

Forschungsseminar/Mittwochs-kolloquium

19.2.2003, 18.00 Uhr s.t.: Hörsaal Zentrum der Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, Frankfurt-Niederrad. „**Sleep of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).**“ Prof. Dr. J. Harsh, Hattiesburg, Mississippi, USA. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Pflug. Tel. (0 69) 63 01 1.

Venenzentrum Frankfurt

25.2.2003, 18.00 Uhr: Dominikanerkloster, ev. Regionalverband, Kurt-Schumacher-Str. 23, Frankfurt. „**Angiologischer Arbeitskreis Rhein-Main: Venenkrankheiten und vaskuläre Malformationen.**“ Die Bonner Venenstudie. Malformationen des Gefäßsystems und die Lasertherapie. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle. Tel. (0 69) 2 07 07 oder 50 93 08 30. **AiP 3P**

Zentrum der Dermatologie und Venerologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität

26.2.2003, 16.15 – 18.15 Uhr: Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Atopie-Prävention / Urtikaria.**“ Prof. Dr. R. Kaufmann, Prof. Dr. S. Zielen, Dr. M. Maurer, Dr. M. Kleinhans, Dr. R. Ludwig. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W.-H. Boehncke. Tel. (0 69) 63 01 57 43. **AiP 2P**

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel

26.2.2003, 17.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal II, kleiner Hörsaal, Haus 23B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Früherkennung und Prävention von Stoffwechselerkrankungen.**“ Prof. Rauterberg, Gießen; PD Dr. S. Wudy, Gießen; Prof. Dr. H. Böhles, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K.-H. Usadel. Tel. (0 69) 63 01 53 96. **AiP 2P**

Paul-Ehrlich-Institut

26.2.2003, 14.15 Uhr: Hörsaal des Paul-Ehrlich-Instituts, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, Langen. „**Programmierbarkeit und therapeutische Perspektiven differenzierter adulter Zellen.**“ Prof. Dr. Fred Fändrich, Kiel. Auskunft: Dörte Ruhaltinger. Tel. (0 61 03) 77 10 31.

Stadtkrankenhaus Rüsselsheim

8.3.2003, 9.00 – 12.30 Uhr: Konferenzraum I, Personalhaus 1 des Stadtkrankenhauses, August-Bebel-Str. 59, Rüsselsheim. „**1. Gastroenterologisch-hepatologisches Symposium – Update 2003.**“ Leitung: PD

Dr. S. Rossol, Dr. S. Leibling. Auskunft: Sekretariat PD Dr. S. Rossol. Tel. (0 61 42) 88 13 67. **AiP**

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

13.3. – 15.3.2003: Congress-Center Messe Frankfurt, Ludwig-Erhard-Anlage 1, Frankfurt. „**14. Deutscher interdisziplinärer Schmerzkongress: Praktische Schmerztherapie – Im Focus: Rückenschmerz.**“ Leitung: Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Dr. Oliver Emrich. Auskunft: Schmerztherapeutisches Kolloquium Oberursel. Tel. (0 61 71) 28 60 20.

AG für Kieferchirurgie, Arbeitskreis für Oralpathologie und Oralmedizin

29.5. – 31.5.2003: Maritim Kongresszentrum, Bad Homburg v.d.H. „**Verfahren zur Augmentation in der oralen Implantologie – evidenzbasiert?**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. Dr. T.E.Reichert. Tel. (0 61 31) 17 30 83.

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums

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.

Balintgruppe

Dienstags 14-tägig, 19.00 – 20.30 Uhr: Frankfurt, Siegmund-Freud-Institut. Leitung: Prof. Dr. Adrian Gaertner. Tel. (0 61 71) 5 25 36.

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.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Kaufmann. Tel. (0 69) 63 01 52 24.

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

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

Klinikum Stadt Hanau

Jeden Montag, 16.00 Uhr: C-Bau, 1. Stock, Klinikum Stadt Hanau. „**Interdisziplinäres Brustzentrum – Fallbesprechung.**“ Anmeldung von Patienten: Sekretariat Prof. Dr. H.-H. Zippel. Tel. (0 61 81) 2 96 25 10.

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt.

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

Vollständiges Seminar „**Psychosomatische Grundversorgung**“ Theorie und Technik der Verbalen Intervention. **65P**

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

Samstags, 1x monatlich, 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

Med. Zentrum Radiologie, Abt. Kinderradiologie der Justus-Liebig-Universität

5.2.2003, 16.00 Uhr: Hörsaal der Kinderklinik, Feulgenstraße 12, Gießen. „**Neue MR-tomographische Verfahren in der Kinderradiologie.**“ Leitung: Prof. Dr. Gerhard Alzen. Auskunft: Frau Klaholz. Tel. (06 41) 9 94 19 31. **AiP**

Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e.V.

Biologischer Hörsaal der JLU Gießen, Uni-Hauptgebäude, 2. Stock, Ludwigstr. 23, Gießen, jeweils 20.00 Uhr.

5.2.2003: „**Eltern-Kind-Neurose – 40 Jahre danach.**“ Prof. Dr. H.-E. Richter.

12.2.2003: „**Eltern-Kind-Neurose: Brauchen wir noch Väter?**“ PD Dr. Möhring.

Auskunft: Dipl.-Psych. Ulrike A. Runzheimer-Dietzsch. Tel. (06 41) 9 84 87 92.

Medizinische Gesellschaft Gießen e.V.

12.2.2003, 18.15 Uhr: Hörsaal des Neubaus Chirurgie des Universitätsklinikums, Rudolf-Buchheim-Straße 7, Gießen. „**Demonstration eines besonderen Krankheitsbildes.**“ Dr. Ina Michel-Behnke. „**Brust-Zentrum-Gießen: Qualitätsgesicherte Behandlung des Mammakarzinoms.**“ Prof. Dr. Hans-Rudolf Tinneberg. Auskunft: Marion Oberschelp. Tel. (06 41) 9 94 80 05. **3P**

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Justus-Liebig-Universität

12.2.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Hörsaal der Kinderklinik, Feulgenstraße 12, Gießen. „**Das infekтанfällige Kind.**“ Schranz, Gießen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. A. Reiter. Tel. (06 41) 9 94 34 20. **AiP 3P**

Onkologischer Arbeitskreis Mittelhessen

19.2.2003, 19.30 Uhr: Altes Schloß, Natanya-Saal, Gießen. „**Palliativmedizin – Möglichkeiten und Grenzen.**“ Prof. Dr. Klaschik, Bonn. „**Schmerztherapie.**“ Dr. V. Rippin, Gern. In Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Gießen. Auskunft: Sekretariat PD Dr. M. Graubner. Tel. (0 60 44) 6 15 59. **AiP 2P**

Fachhochschule Gießen/Friedberg

13.3. – 14.3.2003: Fachhochschule, Wiesenstraße 14, Gießen. „**30. Fachtagung im Bereich Technisches Gesundheitswesen und Biotechnologie.**“ Auskunft: Dipl.-Ing. Vera Dammann. Fax: (06 41) 3 09 29 14.

Zentrum für Kinderheilkunde der JLU-Universität

23.5. – 25.5.2003: Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Feulgenstr. 12, Gießen und Universität Gießen, Philosophikum II, Karl-Glöckner-Str. 21 A, Gießen. „**52. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin** in Verbindung mit der **Süddeutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie.**“ Wissenschaftliche

Leitung: Prof. Dr. L. Gortner, Prof. Dr. A. Reiter. Auskunft: SFK GmbH. Tel. (0 40) 2 50 19 59.

Balintgruppe

Donnerstags, 14-tägig, 20.15 Uhr: In den Räumen der Praxis Albrecht/Bernhardt/Schmidt, Raun2, Nidda. Dr. Christel Albrecht. Tel. (0 60 43) 25 65. **3P**

Balintgruppe

Montags, 14-tägig, 20.15 Uhr: Ulrich Breidert-Achterberg, Nahrungsg. 53, Gießen. Tel.: (06 41) 4 46 83. **3P**

Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik der Universität Gießen

Jeden Donnerstag, 16.00 Uhr s.t.: Bibliothek der Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik, Universität Gießen, Langhansstraße 4. „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. von Lieven. Tel. (06 41) 9 94 17 00.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Rotes Kreuz Krankenhaus

Hörsaal des Rotes Kreuz Krankenhaus, Hansteinstraße 29, Kassel, jeweils 15.30 Uhr.

5.2.2003: „**Wahrheit am Krankenbett.**“ Dipl.-Theol. Thomas Gerner, Kassel. **AiP 2P**

12.2.2003: „**Klinische Falldemonstration.**“ **AiP 2P**

19.2.2003: „**Sprache der Sterbenden.**“ Dipl.-Theol. Michael Bieling, Kassel. **AiP 2P**

26.2.2003, 18.00 Uhr: „**Volkskrankheit Sodbrennen – Diagnostik und Therapie der Refluxerkrankung.**“ Prof. Dr. Chr. Löser, Prof. Dr. Tammo von Schrenck, Hamburg. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie

12.2.2003: Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Was ist gesichert in der postoperativen Thromboseprophylaxe?**“ Dr. Rübenacker, Ulm. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 71. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Fachklinik Fürstenwald

12.2.2003, 15.00 – ca. 17.00 Uhr: Fachklinik Fürstenwald, Grundweg 2-4, Calden-Fürstenwald. „**Reithherapie mit Traumatisierten.**“ Kristina Hänel, Gießen. Auskunft: Sekretariat Dr. H. J. Kronibus. Tel. (0 56 09) 62 91 15. **2P**

Deutsches Schmerz-Therapie-Zentrum

12.2.2003, 17.00 Uhr: Deutsches Schmerz Therapie-Zentrum, Im Kurpark 10, Bad Hersfeld. „**Bad Hersfelder Schmerzkonferenz.**“ **4P**

19.00 Uhr: „**Bad Hersfelder Qualitätszirkel Schmerztherapie.**“ **4P**

Auskunft: Sekretariat MR Dr. Michael. W. W. Röse. Tel. (0 66 21) 79 84 00.

Klinikum Kassel

Klinikum Kassel, Mönchebergstraße 41-43, Kassel.

12.2.2003, 17.15 Uhr: Hörsaal Chirurgisches Zentrum. „**Neurochirurgisch-neuropathologische Konferenz.**“ H. Eggert, W. Mennel.

12.2.2003, 19.30 Uhr: Hörsaal Pathologie. „**52. Kasseler Gastroenterologen-Gespräch: Ernährungstherapie.**“ **AiP 3P**

27.2.2003, 19.30 Uhr: Hörsaal Pathologie. „**Kardiologisches Gespräch.**“ J. Neuzner. **4P**

Kinder- und jugendpsychiatrisches Forum

Konferenzraum der Klinik, Herkulesstraße 111, Kassel, jeweils 15.00 – 16.30 Uhr.

12.2.2003: „**Evidenzbasierte Medizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.**“ Dr. Dr. Baving, Magdeburg.

26.2.2003: „**Behandlungsplanung und Motivation – Schemaanalytische Perspektive.**“ Herr Völk, Kassel.

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

Marienkrankenhaus Kassel

Marienkrankenhaus, Marburger Straße 85, Kassel.

12.2.2003, 18.00 Uhr s.t.: Hörsaal. „**Schlafmedizinisches Kolloquium: Häusliche Polysomnographie – Methode der Zukunft?**“ M. Koneremann. **2P**

19.2.2003, 18.00 Uhr c.t.: Hörsaal Krankenpflegeschule. „**Chronopharmakologie – Wann welches Medikament einnehmen?**“ B. Lammer, Heidelberg. **2P**

8.3.2003, 9.00 c.t. Uhr – ca. 13.00 Uhr: Hörsaal. „**Häufige Erkrankungen bei Immigranten.**“ **4P**

Pneumologische Seminare

19.2.2003, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. „**Exogen-allergische Alveolitis.**“ Prof. Dr. G. Goeckenjan. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Interdisziplinäre Gesellschaft für Medizin Kassel e.V.

25.2.2003, 19.30 Uhr: Hörsaal Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel. „**Prävention unter interdisziplinären Aspekten – Gynäkologie, Innere Medizin, Pädiatrie.**“ Th. Dimpfl, Chr. Löser, W. Gey. **3P**

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

26.2.2003, 16.30 – ca. 18.30 Uhr: Forum im Hauptgebäude 1. Stock, Frankfurter Str. 167, Kassel. „**Aktuelle Aspekte der Knochenmarktransplantation bei Kindern mit onkologischen Erkrankungen.**“ Prof. Dr. A. Reiter, Gießen. Auskunft: Sekretariat PD Dr. F.K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 53 13. **2P**

Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin

26.2.2003, 18.00 Uhr s.t. – ca. 20.00 Uhr: Bürgerhaus, kleiner Saal, Rathausstr. 3, Bad Arolsen. „**Borreliosen und andere durch Zecken übertragbare Krankheiten.**“ Dr. Thomas Talaska, Groß-Lindow. Auskunft: Sekretariat Dr. W. Becker. Tel. (05 61) 9 18 81 01. **2P**

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

26.2.2003, 16.30 Uhr: „**Klinisch-Pathologische Konferenz.**“ Leitung: Prof. Dr. H. Arps. Auskunft: Prof. Dr. W. Faßbinder. Tel. (06 61) 84 54 50. **AiP 2P**

19.6. – 21.6.2003: „**5. Kongreß der Spanisch-Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie.**“ Kongreßsprache Spanisch und Deutsch (Simultanübersetzung). Auskunft: Prof. Dr. W. Draß. Tel. (06 61) 84 60 01.

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

Jeden Donnerstag 15.30 - 16.30 Uhr: Bibliothek der Frauenklinik. „**Perinatalkonferenz.**“ Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. R. Repp. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling. Tel. (06 61) 84 59 01. **2P**

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

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

Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr: Demonstrationsraum – Radiologie-Zentrum. „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz – Radioonkologie.**“ Prof. Dr. H. Arps, Prof. Dr. R. Behr, Prof. Dr. W. Fassbinder, Prof. Dr. H. J. Feldmann, PD Dr. A. Hertel, Prof. Dr. E. Hofmann, Prof. Dr. D. Jaspersen, Prof. Dr. T. Kälble, Prof. Dr. D. Langohr, PD Dr- Ch. Manke, Prof. Dr. K. D. Rumpf, Prof. Dr. Th. Stegmann. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. J. Feldmann. Tel. (06 61) 84 63 41.

Schloßpark-Klinik Gersfeld

24.2. – 28.2.2003: Fachklinik für naturgemäße Ganzheitsmedizin, Fritz-Stamer-Straße 11, Gersfeld/Rhön. „**Kompaktkurs: Der Muskelfest – Mesenchymentschlackung – Schröpfen – Aderlaß – Blutegel – Reflexzonen-Therapie – Bachblüten - Schlafplatztestung**“ Kosten: € 620,-. Auskunft: Sekretariat Dr. Jürgen von Rosen. Tel. (0 66 54) 1 60.

Helios St. Elisabeth Klinik

Donnerstags, zweiwöchentlich, 16.00 – 17.00 Uhr: Kuratoriumszimmer, Schillerstr. 22, Hünfeld. „**Ausgewählte Themen der Chirurgie.**“ Dr. K. Witzel und Mitarbeiter. Auskunft: Sekretariat Dr. Witzel. Tel. (0 66 52) 98 71 23. **1P**

Balintgruppe

Dienstags 14tätig, 19.30 Uhr: Auskunft: Dr. U. Walter, Bahnhofstr. 12, Fulda. Tel. (06 61) 9 01 49 60.

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel Balintgruppe

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

Qualitätszirkel Methodenintegration in der Psychotherapie

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie der Philipps-Universität

Hörsaal 1 des Universitätsklinikums, Baldingerstraße, Marburg, jeweils 17.00 Uhr:

11.2.2003: „**Evidence-based medicine: Ändert es die Standards der Anästhesie?**“ Prof. Tramér, Genf. **AiP 3P**

18.2.2003: „**Aktuelle Aspekte der ‚Malignen Hyperthermie‘.**“ Prof. Wappler, Hamburg. **AiP 3P**

25.2.2003: „**Moderne Konzepte der Anästhesie bei Früh- und Neugeborenen.**“ Dr. Jöhr, Luzern. **AiP 3P**

Auskunft: Dr. Behnke. Tel. (0 64 21) 2 86 59 87.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

13.2.2003, 16.30 – 18.30 Uhr: Hörsaal des Zentrums der Pathologie, Baldingerstraße, Marburg. „**Klinisch-Pathologische Konferenz.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. Tel. (0 64 21) 2 86 22 70. **AiP 2P**

Zentrum der Frauenheilkunde der Philipps-Universität

22.2. – 23.2.2003, 9.00 Uhr: Hörsaalzentrum-Audimax, Marburg. „**Kurative Mammographie.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Hadji. Tel. (0 64 21) 2 86 44 00.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Mittwochs, 14tätig, 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

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

12.2.2003, 17.30 – 20.00 Uhr: Bibliothek. „**Primär biliäre Zirrhose, Overlap-Hepatitis.**“ Prof. Dr. U. Leuschner. „**Hepatitis B und C – Diagnostik, neue Therapien.**“ Prof. Dr. S. Zeuzem. „**Karzinome der Gallenwege.**“ Dr. S. Sahm. „**Der interessante hepatologische Fall.**“ Dr. R. Will. „**Evaluation und Zusammenfassung.**“ Dr. S. Sahm. Auskunft: Sekretariat Dr. Sahm. Tel. (06 11) 57 76 48. **AiP**

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.

Balintgruppe Mittwochs, 14-tägig, 17.30 – 19.30 Uhr s.t.: Bibliothek der DKD. Auskunft: Dr. L. Albers. Tel. (06 11) 57 72 52 oder J. Klauenflügel. Tel. (06 11) 5 64 09 65. **4P**

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

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

17.2.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen.**“ **2P**

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

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

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

26.2.2003, 18.15 – 20.15 Uhr: 2. Stock, Personalcasino, hintere Räume. „**Kleinzelliges Bronchialkarzinom: neue Medikamente, neue Chancen?**“ PD Dr. M. Wolf, Marburg. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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. „**Perinatal-Konferenz.**“ 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 Hochrisikoshwangerschaft und -Geburt.**“ PD Dr. M. Gonser, Dr. Dr. A. Klee. Auskunft: Dr. Dr. A. Klee. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

St. Josefs-Hospital

19.2.2003, 17.00 Uhr s.t.: „**Kardiologie im JoHo: Risikomanagement - Anwendung von Sicherheitsstrategien der Luftfahrt auf die Medizin?**“ M. Müller. Auskunft: Sekretariat Dr. Achim Viertel. **2P**

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

4.3.2003, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Spondylarthritiden – Morbus Bechterew und verwandte rheumatische Erkrankungen.**“ Prof. Dr. Märker-Hermann, Wiesbaden. „**Beitrag der Anästhesie zum perioperativen Risiko und Erfolg.**“ PD Dr. Ensinger, Wiesbaden. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AiP 3P**

Verein Nassauischer Ärzte e.V. Limburg

5.3.2003, 17.15 Uhr: Ärztehaus Adelheidstraße 7, Limburg. „**Herzinsuffizienz.**“ Dr. Trude. Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **AiP 2P**

St.-Vincenz-Krankenhaus

Jeder erste Mittwoch des Monats, 17.00 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung des St.-Vincenz-Krankenhauses, Erdgeschoß, auf dem Schafsberg, Limburg. „**Arbeitskreis Gefäßmedizin.**“ Auskunft: Dr. F. Rabe-Schmidt, Tel. (0 64 31) 2 92 44 01 oder Dr. S. Eichinger, Tel. (0 64 31) 2 92 45 55.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel tiefenpsychologische Psychotherapie

monatliche Sitzung dienstags, 19.30 Uhr für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Auskunft: Dr. N. Mink. Tel. (06 11) 52 88 22.

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

FRANKFURT

Selbsthilfegruppe Bluthochdruck Frankfurt/Main-Taunus

4.2.2003, 19.00 Uhr: Hörsaal H, gegenüber der Aula, Mertonstr. 17-21, Universitätsklinikum, Frankfurt. „**Bluthochdruck – ein Risikofaktor mit fatalen Folgen.**“ Prof. Dr. Helmut Geiger. Schirmherrschaft: Prof. Dr. Heinz-Riesenhuber. Auskunft: SHG Bluthochdruck. Tel. (0 61 72) 77 84 65.

KV Hessen, Qualitätsnetz Gastroenterologie Hessen, St. Elisabethenkrankenhaus

5.2.2003, 19.00 Uhr: Großer Sitzungssaal der KV, Georg-Voigt-Str. 15, Frankfurt. „**Dickdarmkrebs Patienten fragen – Ärzte informieren.**“ Moderation: J. Bausch, F. Lehmann. Podium: J. Berger, H. Bock, S. Guldütuna, F. Hartmann, B. Hottenrott, A. Rambow, M. Schöfer, C. Weber. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Hottenrott. Tel. (0 69) 7 93 92 07.

Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

26.2.2003, 20.00 Uhr: „**Pneumologie aktuell – Neueste Leitlinien COPD, Tiefe Atemwegsinfektionen.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. P.-H. Althoff. Tel. 0 69) 1 50 04 10.

Klinikum Stadt Hanau

1.3.2003, 8.30 – 18.30 Uhr: KSH A-Bau, Seminarraum. Institut für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin. „**1. Hanauer Workshop: Mega-Code nach den aktuellen Richtlinien des German Resuscitation Council.**“ Wissenschaftliche Leitung: Dr. I. Hornke. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. Tel. (0 61 81) 2 96 24 10.

Klinik für Unfall- Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Johann Wolfgang Goethe-Universität und Lila e.V., Licht und Lachen für Kinder in der Medizin

6.3.-7.3.2003: „**Kindgerechte operative und konservative Therapieverfahren an der oberen und unteren Extremität.**“ **AiP**

8.3.2003: „**Eröffnung der Kindertraumazentrale des Universitätsklinikums / Das schwerverletzte Kind – Die Bedeutung einer strukturierten, interdisziplinären Behandlung.**“ **AiP**

Leitung: Prof. Dr. Ingo Marzi. Auskunft: Sekretariat PD Dr. R. Inglis. Tel. (0 69) 63 01 50 69.

GIEßEN

Neurologische Klinik der Justus-Liebig-Universität Gießen

19.2.2003, 15.00 Uhr s.t. - ca. 18.00 Uhr: Hörsaal der Neurologischen Klinik, Am Steg 22, Gießen. „**Integrative Schlaganfallversorgung.**“ Auskunft Sekretariat Prof. Dr. Kaps. Tel. (06 41) 9 94 53 00. **AiP**

KASSEL

Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin

5.3.2003, 19.00 Uhr s.t. – ca. 21.00 Uhr: Klinikum Melsungen, Kasser Str. 80, Melsungen. „**Borreliosen und andere durch Zecken übertragbare Krankheiten.**“ Dr. Thomas Talaska, Groß-Lindow. Auskunft: Sekretariat Dr. W. Becker. Tel. (05 61) 9 18 81 01. **2P**

WIESBADEN

Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken

14.2.2003, 16.00 – 18.30 Uhr und 15.2.2003, 9.00 – 15.15 Uhr: Dr. Peter-Jäger-Bildungszentrum, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden. „**4. Wiesbadener Symposium zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms.**“ Leitung: PD Dr. A. du Bois. In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte Wiesbadens und Mainz. Auskunft: Sekretariat PD Dr. A. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **AiP**

Überbetriebliche Ausbildung in der Carl-Oelemann-Schule

Die Bundesärztekammer hat zur Vorbereitung der z.Z. stattfindenden Neuordnung des Ausbildungsberufs zur Arzthelferin/zum Arzthelfer das Zentralinstitut der KBV (ZI-KBV) mit der Durchführung einer Studie zu den „Qualifikationsanforderungen an Arzthelfer/innen“ beauftragt. Das Ergebnis wurde im Januar 2002 vorgestellt. Für das medizinische Arbeitsfeld ergab sich nachfolgendes Meinungsbild: „Fertigkeiten in „Notfallmanagement“, „Anwendung medizinischer Fachausdrücke und Grundkenntnisse über Krankheiten“, „Praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz“ und „Prävention, Prophylaxe und Rehabilitation“...werden „von der Hälfte aller Antworter als verbesserungsbedürftig beurteilt“. Ziel muß demnach die Schaffung einer breiten Basis an medizinischem Grundwissen und Grundfertigkeiten sein.

Arbeitsschutz und Unfallverhütung, Patientenversorgung und Notfallmanagement

Zu Beginn der Überbetrieblichen Ausbildung setzen sich die Auszubildenden zunächst mit den Regeln für „Unfallverhütung in der Praxis“ auseinander und üben diese im Rahmen der fachpraktischen Unterweisungen ein. Die praxisrelevanten Maßnahmen von Desinfektion und Sterilisation werden vermittelt und in den aufeinander aufbauenden Lehrgängen immer wieder angewendet (Heißluftsterilisator, Autoklav). Mittels einer optischen Kontrolle der hygienischen Händedesinfektion können die gewonnenen Erfahrungen gleichzeitig auf andere Bereiche der Desinfektion übertragen werden. Zu den weiteren Inhalten gehören: medizinische Instrumente, Geräte und Apparate desinfizieren/sterilisieren; Wunden abdecken, Verbände anlegen sowie Injektionen und Infusionen vorbereiten. Hier lernen die Auszubil-

denden neben der korrekten Vorbereitung und Durchführung insbesondere auch das Arbeiten mit sterilen Materialien (Vorbereiten, Bedienen, Haltbarkeit überprüfen) sowie Gerätepflege und Qualitätsüberwachung.

Die am häufigsten gebrauchten Instrumente in der Chirurgie (Allgemeinarztpraxis), Gynäkologie, HNO-Praxis werden besonders vorgestellt, der Instrumentenkreislauf wird erarbeitet, das Zusammenstellen zu Bestecken und sterile Arbeitsweise werden praktisch geübt. In der Regel steht für jeweils zwei Auszubildende ein Materialwagen zu Übungszwecken zur Verfügung, so daß die praktische Arbeit entsprechend intensiv erfolgen kann.

Erstmaßnahmen bei Notfällen in der Praxis und Notfallbehandlung werden an den Beispielen „Kreislaufkollaps, Schock, Herzanfälle, Schlaganfall, Diabetische Notfallsituationen, Asthma-Anfall, Hyperventilation, Fallsucht“ geübt. Für die Durchführung der Herz-Lungen-Wiederbelebung stehen Trainingspuppen (u.a. mit Monitor) zur Verfügung. Im dritten Lehrgang werden diese Inhalte ergänzt durch die Vorstellung eines Notfallkoffers, dessen Pflege und Kontrolle sowie Übungen zu organisatorischen Maßnahmen bei Notfällen (Rettungskette). Die Inhalte werden auch von ärztlichen Dozentinnen vermittelt.

Notfalldiagnostik, Patientenanleitung und Fehlervermeidung

Bei Laborübungen steht zu Beginn ebenfalls die spezifische Unfallverhütung, die permanent eingeübt wird. Die Gewinnung von Untersuchungsmaterial

(Mittelstrahlurin, Kapillarblut, Venenblut, je nach Ausbildungsstand) wird intensiv trainiert. Die Venenblutentnahme kann an zwei Phantomen und nachfolgend, unter ärztlicher Anleitung, „am Patienten“ durchgeführt werden. Die korrekte Beseitigung infektiösen/infektionsverdächtigen Abfalls wird geübt. Das zu einem großen Teil selbst gewonnene Übungsmaterial wird eingesetzt zu verschiedenen, noch in niedergelassenen Praxen vorkommenden diagnostischen Maßnahmen (einfache Urinuntersuchungen einschl. Objektträgerkultur, Bestimmung von Notfallparametern, Durchführung der Blutzuckerbestimmung mit Meßgeräten verschiedener Hersteller zur Patientenselbstkontrolle; Blutnachweis im Stuhl (Simulation positiver Befunde); einfache hämatologische



Auszubildende bei Notfallübungen

Untersuchungen). Die besonderen Anforderungen an Transport bzw. Versand von Untersuchungsmaterial werden erarbeitet. Hilfsmittel für den Materialversand werden kennengelernt. Schwerpunkte aller Übungen sind Qualitätssicherung, weitgehende Vermeidung von Störmöglichkeiten bzw. -faktoren und Fehlerquellen sowie eine lückenlose Ergebnisdokumentation. Die Untersuchung des eigenen Übungsmaterials führt bei den Auszubildenden zu einer besonders hohen Motivation.

Unter dem Stichwort „Gerätekunde“ werden die Auszubildenden an verschiedenen Gerätetypen praktisch eingewiesen, und zwar in Maßnahmen der Basisdiagnostik (Körpergröße, Gewicht, Blutdruck), Ruhe-EKG/Ergometrie (Fahrrad

und Kletterstufe – jeweils Simulation), Spirometrie, Doppler/ Ultraschall. Bedienung, Pflege, Wartung und Überwachung von gebräuchlichen Geräten verschiedener Hersteller für die Elektro- und Lichttherapie sowie die Inhalation werden simulierend geübt. Die Vorbereitung und Kontrolle des Funktionszustands eines Defibrillators wird vermittelt. Die Bedienungsschritte eines sog. Laiendefibrillators können an einer Wiederbelebungspuppe mit Ergebnismonitor geübt werden. Zur Optimierung der Patienteninformation in der Praxis wird in die gebräuchlichen Bildgebenden Verfahren eingeführt. Eine übungsbezogene Einführung in relevante Gesetze und Verordnungen (z.B. MPG, RÖV) sowie in das Verhalten bei Bränden und in die Handhabung eines Feuerlöschers runden das Spektrum der „Gerätekunde“ ab.

Die optimalen räumlichen Bedingungen im neuen Seminargebäude ermöglichen den Einsatz weiterer Geräte (z.B. Audiometer, Kardiotokograph, Perimeter).

Rollenverständnis durch Selbsterfahrung, Optimierung der Patientenversorgung

Fachübergreifende, patientenzentrierte Handlungsweisen prägen die Überbetriebliche Ausbildung auch in den medizinischen Tätigkeitsfeldern. Selbsterfahrungen bei Blutentnahme, Wiegen, Messen, Blutdruckmessung, EKG, Ultraschall, Elektrotherapie, Spirometrie (Patientenmotivation), Anleitung von Patienten zur Selbstkontrolle (z.B. Blutzucker, PeakFlow) sowie zur Durchführung von diagnostischen Maßnahmen (z.B. Ergometrie, Endoskopie, Wundversorgung) sind dabei ein Garant für das verständnisvolle und einfühlsame Umgehen mit Patienten, auch bei schwierigen Patienten.

Auf der Basis der Ausbildungsverordnung werden in den Lehrgängen der Überbetrieblichen Ausbildung an der Carl-Oelemann-Schule auch im medizinischen Tätigkeitsfeld weite Teile des Ausbildungsrahmenplans vermittelt. Die Carl-Oelemann-Schule lei-

stet damit einen unverzichtbaren Beitrag zum Ausgleich der zahlreichen Ausbildungsunterschiede, die durch zunehmende Spezialisierung auch in den großen Fachgebieten entstehen. Sie trägt gleichzeitig bereits jetzt den in der eingangs zitierten Studie aufgestellten Forderungen für die zukünftige Ausbildung Rechnung, indem die wesentlichen Maßnahmen im „Notfallmanagement“ und im „Praktischen Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz“ geübt werden. Die „Anwendung medizinischer Fachausdrücke und Grundkenntnisse über Krankheiten“ wird im Rahmen der durchgeführten Übungen ebenso vermittelt wie übungsbezogene Akzente von Prävention und Prophylaxe.

Umfang und Intensität der Übungen konnten auf den deutlich größeren Ausbildungsflächen mit einer erweiterten, modernen Geräteausstattung, die unter Eigenbeteiligung der Landesärztekammer Hessen in Verbindung mit einer Maximalförderung durch Bund und Land von 65 % der Ausstattungs-

kosten erfolgte, in dem neuen Seminargebäude in Bad Nauheim optimiert werden. Die medizinische Versorgung von Patienten wird – als Vorübung für die praktische Abschlußprüfung – auch im dritten Lehrgang handlungsorientiert und fachübergreifend - hier als sog. „Zirkeltraining“ - praktisch durchgeführt. Der Patient mit seiner Erkrankung steht dabei im Mittelpunkt: die Auszubildenden führen unter Berücksichtigung der Patientenbetreuung alle erforderlichen medizinischen sowie die zugehörigen Maßnahmen in Praxisorganisation und Abrechnung durch. Damit wird eine vernetzte Denk- und Arbeitsweise praktiziert, die die heute besonders wichtigen wirtschaftlichen Aspekte angemessen berücksichtigt.

Kommunikativ und ökonomisch wirksame Leistungserbringung durch optimierte Ausbildung

Die Lehrgänge der Überbetrieblichen Ausbildung unterstützen durch Übungen und Erfahrungsaustausch die Ausbildung in Praxis und Klinik. Dauerhafter Ausbildungserfolg benötigt allerdings Wiederholung und Verstärkung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten. Durch Nachbearbeitung am Ausbildungsplatz tragen diese Maßnahmen zu Kostenbewußtsein und Qualitätssicherung in der Patientenversorgung ganz wesentlich bei.

Arzthelferinnen wählen „ihren“ Beruf, weil sie mit Menschen zu tun haben wollen, diesen helfen möchten. Die Dienstleistungen in der Arztpraxis wer-



Vorbereitung von Ergometrieübungen

den im medizinischen Sektor erbracht, sie stellen somit eine wesentliche Grundlage der Ausbildung dar. Gleichzeitig ist nach unseren Erfahrungen das besondere Interesse der meisten Auszubildenden auf das medizinische Tätigkeitsfeld gerichtet. Die bereits in den vorausgegangenen Artikeln beschriebenen Aufgaben in Patientenbetreuung (Heft 9/2002) und Praxismanagement (Heft 12/2002) bauen darauf auf und führen so in ihrer Ganzheit zu einer kommunikativ und ökonomisch wirksamen Unterstützung der Leistungserbringung in Praxis und Klinik.

Die Überbetriebliche Ausbildung trägt wesentlich zur Entlastung von Praxis und Klinik durch Förderung einer qualitativ hochwertigen und effektiven Patientenversorgung bei.

Jutta Beleites

Änderung der Kontaktaufnahme durch die Ärztlichen Dienste der Arbeitsämter

Eine Information des Ärztlichen Dienstes des Landesarbeitsamtes Hessen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Die besondere Intention des seit dem 1. Januar 2002 geltenden *Job-AQTIV-Gesetzes* ist es, den Arbeitssuchenden schneller in eine geeignete, seine Qualifikation und seinen Gesundheitszustand berücksichtigende Arbeit zu vermitteln. Verfahren, die einer Bestimmung dieser Parameter dienen (sog. Profiling), gewinnen damit vermehrte Bedeutung. Ein weiteres Anliegen des genannten Gesetzes ist die gesteigerte Einbindung des Arbeitssuchenden in die Vermittlungsbemühungen, um so die Eigenverantwortlichkeit des Kunden zu stärken.

Ergänzend sei noch auf das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene *Sozialgesetzbuch (SGB) IX* verwiesen, das die Betreuung von Rehabilitanden und Schwerbehinderten durch die Sozialleistungsträger teilweise neu regelt und z.B. enge Grenzen hinsichtlich der für Rehabilitationsanträge geltenden Bearbeitungszeiten setzt.

Der *Ärztliche Dienst der Bundesanstalt für Arbeit*, dem die Begutachtung der Versicherten (und sonstigen Kunden) obliegt, hat deshalb Instrumente entwickelt, die den Begutachtungsprozeß beschleunigen und eine flexible Anpassung an die im konkreten Fall gegebenen Anforderungen gestatten:

Für eine vollständige Erfassung des gesundheitlichen Zustandes des Versicherten ist naturgemäß in vielen Fällen eine *Beziehung ärztlicher Befundunterlagen*

notwendig. Um diese Befunde zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einsehen zu können, erhält der gesundheitliche Defizite schildernde Versicherte bereits beim ersten Kontakt mit dem Arbeitsamt entsprechende Anschreiben mit der Bitte, diese seinen behandelnden Ärzten vorzulegen und um eine Aushändigung relevanter ärztlicher Unterlagen (in verschlossenem Umschlag) für den Ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes zu bitten.

Sollte die/der behandelnde Ärztin/ Arzt die Weitergabe ergänzender Informationen durch einen *Befundbericht* für sinnvoll halten, kann dieser - ggf. in Kopie - mitgegeben oder nachgereicht werden. Falls Originalbefunde versandt werden, sorgt der Ärztliche Dienst des Arbeitsamtes nach Kenntnisnahme für eine prompte Rücksendung. Fotokopier- bzw. Portokosten und ggf. ein Befundbericht können auf einem beiliegenden Liquidationsformular in Rechnung gestellt werden.

Eine rasche Aushändigung bzw. Übersendung der Unterlagen ist von besonderer Bedeutung, da bereits vierzehn Tage nach der ersten Vorsprache des Versicherten im Arbeitsamt ein Gespräch zwischen dem Arbeitsamtsarzt und dem Arbeitsvermittler (oder Rehabilitations- bzw. Berufsberater) erfolgt, in dem die gesundheitlichen Verhältnisse (soweit sie für die Berufsausübung bedeutsam sind) diskutiert und für eine Vermittlungs-, Rehabilitations- oder Ausbildungsstrategie bewertet werden sollen. Je nach gegebener Befundlage schließt sich ggf. eine gutachterliche Untersuchung des Versicherten an.

Das beschriebene Vorgehen dient v.a. auch den Versicherten, denen damit lange Wartezeiten (z.B. auf die Einleitung einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme) und Doppeluntersuchungen erspart bleiben.

Belange des *Datenschutzes* sind in jeder Hinsicht berücksichtigt worden: So willigt der Patient durch seine Vorsprache und Abgabe des Anschreibens beim behandelnden Arzt konkludent in eine Weitergabe seiner Befunde an den Arbeitsamtsarzt ein. Die Unterlagen verbleiben ausschließlich im Ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes und werden nicht an andere Organisationseinheiten weitergegeben.

Der Ärztliche Dienst der Bundesanstalt für Arbeit weiß um die hohe Belastung der niedergelassenen Kolleginnen/Kollegen u.a. auch durch die Bearbeitung der von verschiedenen Sozialleistungsträgern und Behörden eingehenden Anfragen; er bittet aber dennoch um die beschriebene Unterstützung der gutachterlichen Arbeit, die ja letztlich v.a. dem Patienten nützen soll, welcher den Anspruch hat, möglichst zügig in einen seinem Gesundheitszustand entsprechenden Tätigkeit vermittelt zu werden.

Sollten weitere Auskünfte zu dem dargestellten Verfahren oder eine sonstige Kontaktaufnahme gewünscht werden, so stehen die Ärztlichen Dienste des zuständigen Arbeitsamtes oder des Landesarbeitsamtes Hessen gerne für ein Gespräch zur Verfügung. Die Anschriften werden auf der Internetseite der Landesärztekammer Hessen veröffentlicht.

Dr. med. Heinrich Wilken

FA für Innere Medizin sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Rehabilitationswesen - Betriebsmedizin
Ltd. Arzt des Landesarbeitsamtes Hessen

Anzeige

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

Jetzt auch in Frankfurt!

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

Spendenaufruf für Zwangsarbeiter im 3. Reich

Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe fordert die Ärzte auf, sich am Entschädigungsfonds für ehemalige Zwangsarbeiter zu beteiligen.

Der Verantwortung stellen

Millionen von Zwangsarbeitern wurden während der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft im Deutschen Reich und in den von Deutschland besetzten Gebieten unter oftmals inhumanen Bedingungen zur Arbeit gezwungen. Auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens kam es zum Einsatz von Zwangsarbeitern. Größere Krankenhäuser beschäftigten Zwangsarbeiter als billige Arbeitskräfte, in Lazaretten, Pflege- und Erholungsheimen wurden sie aufgrund von Mangel an deutschen Pflegekräften gebraucht und höchstwahrscheinlich auch als Untersuchungsobjekte in Klinik und Forschung mißbraucht (DÄ, Heft 44/2001).

Keine Frage der Schuld

Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe fordert daher die Ärzte auf, sich am Entschädigungsfonds der Zwangsarbeiterstiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft" mit einer Spende zu beteiligen. "Mehr als 50 Jahre danach geht es nicht um individuelle Schuld, sondern um ein Zeichen kollektiver Verantwortung Deutschlands für die Zwangsarbeiter im Dritten Reich. Davon sollten

wir Ärzte uns nicht ausschließen", so der BÄK-Präsident. Die Bundesärztekammer hat zusammen mit den Landesärztekammern, wie auf dem diesjährigen 105. Ärztetag beschlossen, ein gemeinsames Spendenkonto eingerichtet, dessen künftige Einnahmen an den Entschädigungsfonds der Stiftung weitergeleitet werden. Diese stellt Spendenbescheinigungen aus und läßt sie den Spendern zukommen.

Die Zwangsarbeiterstiftung geht auf eine am 17. Juli 2000 von der deutschen und der US-amerikanischen Regierung unterzeichnete Abkommenserklärung zurück. Der Inhalt der Erklärung sah vor, eine Stiftung zu gründen, in die der Bund und die deutsche Wirtschaft jeweils fünf Milliarden Mark einzahlen sollten. Beide Seiten sind mittlerweile ihren Verpflichtungen nachgekommen. Primäres Ziel der am 2. August 2000 errichteten Stiftung ist es, einen Großteil der mehr als 1,5 Millionen Anspruchsberechtigten finanziell zu entschädigen. Dabei werden Leistungen auch für Personenschäden, zum Beispiel aufgrund medizinischer Experimente, gewährt. Je nach Zugehörigkeit zu einer Opfergruppe erhalten die Geschädigten einmalig bis zu 7.500 Euro. Darüber hinaus wurde der Fonds "Erinnerung und Zukunft" gebildet, der aus den ihm zugewiesenen Stiftungsmitteln

unter anderem Projekte zur Völkerverständigung und der Erinnerung an die Bedrohung durch totalitäre Systeme fördern soll. Spender können durch Angabe im Verwendungszweck des Überweisungsträgers entscheiden, ob ihr Geld als private oder unternehmerische Zustiftung zur Entschädigung der Zwangsarbeiter aufgewandt wird oder in den Zukunftsfonds "Erinnerung und Zukunft" fließen soll. Die Bundesstiftung hat am 15. Juli 2001 mit der Auszahlung von Leistungen an die ehemaligen Zwangsarbeiter begonnen. Nach Angaben der Stiftung wurden bis Mitte Oktober dieses Jahres Leistungen für mehr als eine Million Opfer erbracht. Sie erhielten insgesamt 1.810 Milliarden Euro. Die meisten Auszahlungen gingen bislang nach Polen; Deutschland liegt mit 4.000 Antragstellern im Mittelfeld der 70 leistungsberechtigten Staaten.

Das Spendenkonto der Ärztekammer:
Deutsche Ärzte- und Apothekerbank e.G., Köln
Konto: 1 501 107 739
Bankleitzahl: 370 606 15

Martina Merten
Bundesärztekammer Köln

Benefizkonzert

für

Medecins Sans Frontieres Ärzte ohne Grenzen

Samstag, 22. März 2003, 20 Uhr

Dr. Hoch's Konservatorium
Hebelstraße 15-19, Frankfurt am Main

Amélie Doucet und Hamun Adineh

Klavier: Zwei sehr junge, hochbegabte Solisten

Beethoven Liszt Ravel Debussy....

Karten: € 30,-

80 % des Kartenpreises werden an Ärzte ohne Grenzen weitergegeben

Vorverkauf: Isabelle Labutin, Tel. 0 69 / 25 26 55

Frankfurt Ticket: Hauptwache B Ebene Hotline 0 69 / 13 40 400

Dr. Hoch's Konservatorium, Tel. 0 69 / 59 07 01

Hessisches Ärztetheater e.V.

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

Probentermine:

1. 2. 2003

Konzert Dienstag 4. Februar 2003, 18.00 Uhr
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.

Globalisierung in der Medizin — wem nützt, wem schadet sie?

Von Professor Dr. med. Ottmar Leiß, Wiesbaden

Unter Globalisierung versteht man die Tendenz zur weltweiten Uniformierung und zur zunehmenden Orts- und Traditionsunabhängigkeit von Arbeitskraft, Produktionsmittel und Kapital. Weil moderne Naturwissenschaft und Technik traditionsneutral arbeiten und weil moderne Informationsmedien - von traditionellen Sprachen unabhängig - digital und in wachsendem Umfang global kommunizieren, wird das Neue, wird die Zukunft zunehmend herkunftsneutral. Da, wo die Medizin angewandte Naturwissenschaft ist, da, wo die Medizin neue Techniken und Technologien nutzt, profitiert sie von der Vereinheitlichung und vom Fortschritt. Technische Innovationen sind oft Voraussetzungen für neue Erkenntnisse und haben zur Dominanz des naturwissenschaftlichen, des biomedizinischen Modells der Medizin beigetragen. Die Objektivierungs-, Uniformierungs- und Technisierungstendenzen des Globalisierungsprozesses nehmen keine Rücksicht auf traditionell, kulturell und lebensgeschichtlich Gewachsenes. Insofern haben integrative Konzepte der Medizin, wie Engel's biopsychosoziales Modell, und Gesundheitskonzepte, die die pathogenetische Ausrichtung der Medizin ergänzen, wie Antonovsky's Salutogenese, einen schweren Stand.

Verändert Globalisierung die Krankenhäuser und ärztlichen Praxen?

Rationalisierung, Vereinheitlichung und Technisierung begünstigen die Krankenhaus-Transformation vom Hospital in ein Medizinisches Leistungszentrum. Der Krankenhausarzt wird zunehmend zum Techniker und zunehmend vom Medizintechniker/EDV-Spezialisten abhängig.

Die Komplexität der modernen Medizin erfordert enge interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation und ständige Weiterbildung. Die Ökonomisierung der krankenhausesinternen Abläufe reduziert den individuellen Patienten zum Fall, den Kollegen zum Konkurrenten. Gruppenegoismen müssen zurückgedrängt, Konflikte ‚gemanagt‘, Hierarchien abgebaut, Zielvorgaben erreicht und Qualität gesichert werden. Politische Rahmenbedingungen, Markt und Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander begünstigen ‚Rosinenpickerei‘ und ‚McDonaldisierung‘ des Gesundheitswesens.

Die niedergelassene Praxis ist als Einzelpraxis von Arbeitsbelastung und Wirtschaftlichkeit her kaum mehr führbar, der Trend zu Gruppenpraxen wird weiter zunehmen, ebenso die Kooperation verschiedener Praxen in ‚Praxisnetzen‘. Die hohen Investitions-, Instandhaltungs- und Folgekosten des apparativ-technischen Equipments erzwingen eine mehrschichtige Ausstattung. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Marktlage und lokale Konkurrenz begünstigen Profilierung in Subdisziplinen und Expandierung in Außenseitermethoden. Die Arztpraxis mutiert zum Dienstleistungsunternehmen, Kundenorientierung und Service-Denken bestimmen Ablauforganisation und ‚Angebot‘.

Mit welchen Prioritäten welche Maßnahmen im Gesundheitswesen ergriffen werden, hängt davon ab, ob Gesundheit mehr als individuelles Gut oder mehr als soziale Errungenschaft angesehen wird. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, nüchterne Kosten-Nutzen-Kalkulationen, sinkender Grenznutzen zusätzlichen Fortschritts u.a.m. könnten ‚ineffiziente‘ diagnosti-

sche und therapeutische Maßnahmen aussondern helfen und Überlegungen und Diskussionen in Gang bringen, wie das pathogenetisch orientierte Medizinsystem effektiver und salutogener um Schlüsseldeterminanten der Gesundheit neu re-strukturiert werden könnte.

Was bedeutet Globalisierung für Arzt und Patient?

Die Versachlichung der ärztlichen Dienstleistung stärkt die Autonomie des Patienten und entmystifiziert das Arzt-Patienten-Verhältnis. Normative Vorgaben des Gesetzgebers erhöhen die Sicherheit apparativ-invasiver Eingriffe. Leitlinien begünstigen Handlungs- und Verordnungssicherheit und machen dem Patienten transparent, was er als Standard erwarten darf. Profilierung und Spezialisierung der Praxis, lokale Auswahlmöglichkeiten, professionellere Organisation und Kundenorientierung lassen den Patienten zum Klienten und den Kunden zum König werden. Dabei muß in Kauf genommen werden, daß der persönliche Arzt zunehmend durch ein diagnostisch-therapeutisches Kollektiv und Individualität und Menschlichkeit durch kühle Sachlichkeit ersetzt werden. Parallel zum gesellschaftlichen Wertewandel zur ‚Erlebnisgesellschaft‘ werden Bindung an den ‚Hausarzt‘ abnehmen und ‚Dr-Shopping‘ (Schulmedizin, Naturheilkunde, Akupunktur u.a.m) zunehmen.

Die Verwissenschaftlichung der Medizin zwingt den Arzt zu rationaler Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Techniken und Zugangs-Möglichkeiten zum ‚objektiven Wissen‘, zu Datenbanken, werden für rationales Handeln immer wichtiger. Egal, ob im Krankenhaus oder in

der Praxis, der Computer ist längst zum wichtigsten ärztlichen Werkzeug geworden und zur Erleichterung administrativer Arbeiten in der täglichen Praxis unverzichtbar. Sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis nehmen nichtärztliche, organisatorische und Management-Tätigkeiten zu. Neben Fachkenntnissen sind daher zunehmend kommunikative und soziale Kompetenzen erforderlich, um interdisziplinär im Team kooperieren, Konflikte konstruktiv lösen und Qualitätsstandards umsetzen zu können. Richtiger Umgang mit Arbeitsbelastung und Zeitdruck und Rückgriff auf innere Ressourcen und pufferndes soziales Umfeld helfen, gesund zu bleiben, psy-

chischen und emotionalen Belastungen standzuhalten und ein Burnout-Syndrom zu vermeiden.

Modernität und Menschlichkeit

Wollen wir von der Globalisierung nicht überrollt werden, wollen wir in einer Welt der Wandlungsbeschleunigungen überleben, müssen wir Kohärenz zwischen Altem und Neuem herstellen. Wir müssen uns auf das für uns Verstehbare, das für uns Bedeutungsvolle und für uns Handhabbare beschränken, das Unbekannte durch das Vertraute kompensieren, wir müssen sowohl in der Langsamkeit (Herkunft) als auch in der Schnelligkeit (Zukunft) leben. „Je schneller die Modernisierung

gen werden, desto unausweichlicher nötig und wichtig werden die langsamen Menschen.“ Denn die neue Welt kann nicht sein ohne die alten Fertigkeiten. Menschlichkeit ohne Modernität ist lahm; Modernität ohne Menschlichkeit ist kalt: Modernität braucht Menschlichkeit, denn Zukunft braucht Herkunft. (O. Marquard).

Vortrag 9. Wartburg-Gespräch

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Deutsche Klinik für Diagnostik
Aukammallee 33
65191 Wiesbaden



Von der Paulskirche zum Pariser Platz, oder: „Wer das Vergangene kannte, der wüßte das Künftige...“

„Wer das Vergangene kannte, der wüßte das Künftige...“ heißt es in der ersten Walpurgisnacht von Goethe. Den außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar 2003 nimmt der Zeitzeuge Professor Dr. H. J. Rheindorf zum Anlaß, den Leser von der Frankfurter Paulskirche zum Pariser Platz in Berlin zu führen. Gestern, heute und morgen gilt: Das demokratische Prinzip freier Selbstverwaltung und die Selbstverantwortung des freiberuflich tätigen Arztes haben das gesundheitliche Gemeinwohlinteresse und das berechtigte Bürger- und Patienteninteresse an ärztlich indizierter, medizinisch notwendiger Versorgung, Versorgung und Rehabilitation zu wahren.

Besondere Verhältnisse machen be-

sondere Maßnahmen erforderlich: Die Umstände, die zu den Sonderärztetagen von 1960 und von 2003 führ(t)en haben Gemeinsamkeiten, die Rheindorf ebenso aufzeigt wie Parallelen der Reformvorhaben Theodor Blanks und Ulla Schmidts mit ihren Gefahren für den Fortbestand der charakteristischen Wesensmerkmale der Freiberuflichkeit des Arztes in einer freiheitlich rechtstaatlichen Demokratie mit sozialer Verantwortung.

„Die Erbringung ideeller Leistungen in persönlicher Verantwortung und wirtschaftlich selbständiger Position (Bourmer)“ ist zentral tangiert durch Qualitätseinbrüche, Unterversorgung, Zuteilungsmedizin, Durchökonomisierung und Listenmedizin. Es gilt Bestrebungen abzuwenden,

die Definition des medizinisch Notwendigen den Krankenkassen zu übertragen. Entgegenzuwirken ist dem Vorhaben, durch dirigistische Eingriffe das Patient-Arzt-Verhältnis zu entindividualisieren (Hoppe).

Der Rückblick zu den Geschehnissen in und um den Sonderärztetag in der Frankfurter Paulskirche öffnet das Bewußtsein um heutige, gemeinsame Gestaltungsnotwendigkeiten der freiberuflichen ärztlichen Selbstverwaltung – Einigkeit des Berufsstandes (sic!) – konkordant mit den Partnern im Gesundheitswesen für die zukünftige Sicherstellung einer ärztlich indizierten und ethisch verantwortlichen Versorgung der Bevölkerung. Der Blick in die Historie gibt uns den Hinweis: „Das Beste, was wir

von der Geschichte haben, ist der Enthusiasmus, den sie erregt.“ (J. W. v. Goethe, Maximen und Reflexionen)

Wenn nach der Wende, bei dem Wiederaufbau von Ärztekammern da und dort an J.V. Denekes Aussagen zu Sinn und Zweck der Freiberuflichkeit in der Gesellschaft erinnert wurde, dann ist dies auch heute sinnvoll, da dieses errungene und bewährte System bedroht ist.

„Die freien Berufe haben eine Mission

für und die Gesellschaft von morgen zu erfüllen. Als Mittler und Makler zur menschlichen Einheit als „Stadthalter der Freiheit“ im Rechtsstaat als bewahrende, wählerische und schöpferische Elemente in der Kulturgesellschaft sind sie unverzichtbar, wenn diese Gesellschaft eine kulturelle und soziale Heimat bleiben und werden soll, in denen es sich lohnt zu leben.“

Mit Blick auf die demokratische Entwicklung von Selbstverwaltungs-

körperschaften der freiberuflichen Heilberufe in den östlichen Nachbarländern nach der Wende, der friedlichen und „samtenen Revolution“, sei an eine Aussage Friedrich Dürrenmatts erinnert, der anlässlich der damaligen Verleihung des Dudweiler-Preises an Vaclav Havel sagte: „Probleme, die alle angehen, können nur von allen gemeinsam gelöst werden“.

Dr. Michael F. R. Popović

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag in Berlin am 18. Februar 2003

Erinnerung an die Paulskirche 1960

Sie waren aneinander geraten, die Pläne einer „Jahrhundert“-Reform im Gesundheitswesen, hier: die Propagandisten aus dem Hause Theodor Blanks, des Arbeits- und Sozialministers unter Bundeskanzler Konrad Adenauer, dort die Spitze der Deutschen Ärzteschaft, vertreten durch den Präsidenten der Bundesärztekammer (BuÄK) und des Deutschen Ärztetages (DÄT), Dr. Ernst Fromm, und den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Friedrich Voges.

Einbläser, allen voran der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Siegfried Häussler, hatten dem Minister mit der Fanfare „Freiheit für den Kassenarzt“ Mut gemacht, sich auch an der Existenz der Kassenärztlichen Vereinigungen zu versuchen. „Freiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung“, diesen Braten hatten die Niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen schon bald gerochen, und so formierten sie sich in einer Aktionsgemeinschaft der Deutschen Ärzte mit dem Ziel, sich ihre Rückendeckung, die Selbstverwaltung in der Beziehung zu den Krankenkassen nicht nehmen zu lassen.

Der Aufruf, unterzeichnet von dem Ehrenpräsidenten der BuÄK und des DÄT, Professor D. Dr. Hans Neuffer,

dem Bundestagsabgeordneten, Dr. Richard Hammer, und dem Ehrenvorsitzenden der KBV, Dr. Ludwig Sievers, im Wortlaut:

„Mit wachsender Besorgnis, Erregung und Empörung verfolgt die deutsche Ärzteschaft seit nahezu zwei Jahren, wie unter Irreführung der Öffentlichkeit und unter Herabsetzung des Ansehens der deutschen Ärzteschaft versucht wird, Bestrebungen durchzusetzen, die angeblich eine Reform der sozialen Krankenversicherung bewirken sollen. Diese Bestrebungen fördern die Verabschiedung eines Entwurfs zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Bundeskabinett. Nach erster Lesung im Bundesrat wird der Gesetzentwurf in den kommenden Monaten vom Deutschen Bundestag beraten werden.

Die deutsche Ärzteschaft hat durch ihre Spitzenorganisationen mehrfach in gemeinsamen und eingehend begründeten Stellungnahmen und Gegenvorschlägen entscheidende Grundzüge dieser „Reform“-Vorschläge als sozialpolitisch ungerecht, als gesundheitspolitisch gefährlich, als dem Wohle der Versicherten abträglich und als für die deutsche Ärzteschaft unannehmbar abgelehnt.

Aus ärztlicher Verantwortung für die Gesundheit der sozialversicherten Bevölkerung und in Selbstachtung ihrer Stellung und Aufgabe in Gesellschaft und Staat sehen sich die deutschen Ärzte daher gezwungen, der Verwirklichung dieser Art von „Reform“ mit allen ihnen zu Gebote stehenden demokratischen Mitteln entgegenzuwirken. Es gilt jetzt, der Öffentlichkeit und den für die Entscheidung über diesen Gesetzentwurf zuständigen Abgeordneten der gesetzgebenden Körperschaften klar vor Augen zu führen,

- ▶ daß dieser Entwurf schwere Gefahren für die Gesundheit der Versicherten heraufbeschwört,
- ▶ daß dieser Entwurf den sozialen Frieden in der Bundesrepublik bedroht und
- ▶ daß dieser Entwurf die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung in Frage stellt.

Zur Abwendung dieser Gefahren haben sich die deutschen Ärzte jenseits aller Verbands- und Organisationszugehörigkeit heute zur „Aktionsgemeinschaft der deutschen Ärzte“ zusammengeschlossen“.

Dabei wurde sicher auch die Erinnerung an das Jahr 1900 wach, als der Leipziger Arzt, Dr. Hermann Hart-



mann, den Verband zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Niedergelassenen Ärzte, eben den Hartmann-Bund ins Leben rief, um das Los des in zwischen zum Erfüllungsgehilfen degradierten „Kassenarzt“ zu beseitigen. Die Erinnerung geht aber auch zurück in das Jahr 1913, wo in letzter Minute ein Generalstreik der Ärzte durch den Staatssekretär Delbrück abgewendet werden konnte. Mag sein, daß seine Drohung, „Es ginge auch ganz anders“ die Kontrahenten: hier die Kassen, dort die Ärzteschaft bewogen, über eine zukünftige Partnerschaft im Sinne der Personengleichheit von Beitragszahlern und Patienten nachzudenken. Allen Stürmen zum Trotz, dem 1. Weltkrieg, Notverordnungen der Reichsregierung, der Inflation, der Massenarbeitslosigkeit, einer staatlich angenäherten Medizin im 3. Reich, dem Plan einer Einheitsversicherung nach dem 2. Weltkrieg, die gesetzliche Krankenversicherung lavierte sich durch über Höhen und Tiefen und fand zumeist auch verständnisvolle Ärzte, bis eben jener Theodor Blank sich ans Werk machte, als d e r Reformers schlechthin den Sockel seines Denkmals zu besteigen. Dabei hatten es doch die Ärzte noch 1955 fertiggebracht, in einer Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ein GKAR (kurz: Kassenarztgesetz) zu erhalten mit sichtbaren Vorteilen:

- ▶ einer beschränkten freien Arztwahl,
- ▶ einer Verhältniszahl: ein Arzt / 500 Versicherte,
- ▶ Wahrung des rechtssatzfähigen Aufbaus eines geschlossenen öffentlich-rechtlich mehrstufigen Systems der Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten und Kassen mit der Möglichkeit einer Zwangsschlichtung,
- ▶ Angebot von drei Honorierungsregelungen,
- ▶ Milderung der Kontrolle der Behandlungs- und Ordnungsweise. Damit ließ es sich leben. Allerdings bereiteten die anhaltenden, schließlich als dramatisch empfundenen Rekordzahlen von Absolventen des Medizinstudi-

ums nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 1960, das die Freigabe der Zulassung verkündete, in den darauffolgenden Jahren erhebliche Sorgen; denn aus dem Honorartopf bedienten sich als Folge naturgemäß immer mehr Ärzte.

Doch zurück zum Kalender:

Im Jahr 1958 bastelten, also wie oben gesagt, die Ministerialen des Hauses Blank an einer Reform der Krankenversicherung und legten einen Referentenentwurf vor, den die Ärzteschaft zwangsläufig ablehnen mußte. Bei der beabsichtigten Selbstbeteiligung des Patienten in einer nicht vertretbaren Form gesellte sich sogar der deutsche Gewerkschaftsbund zur Front der Ablehner. Inanspruchnahmegebühr: Nein! Obwohl der Bundesrat den Regierungsentwurf im ersten Durchgang passieren ließ, kam es im Bundestag zu keiner Einigung, weil SPD und FDP aus unterschiedlichen Gründen dagegen waren und die CDU/CSU keine gemeinsame Linie bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern fand. In dieser letztlich kritischen Situation rüstete die Ärzteschaft zur Machtprobe. Präsident Dr. Ernst Fromm rief kurzentschlossen zu einem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 10. Februar 1960 in die Frankfurter Paulskirche mit dem einzigen Tagesordnungspunkt:

„die Stellungnahme der Ärzteschaft zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Meinem Tagebuch entnehme ich folgenden Eintrag:

„Freitag 5.2. 15.45 Uhr Anruf BuÄK Köln. Sofort mit Polizei Kontakt aufnehmen. Äußere Sicherheit ansprechen. Markierung der Anfahrtswege zur Paulskirche veranlassen. Eilt sehr bis 10.2.“

Die Paulskirche war bis auf den letzten Platz besetzt, vor den Türen verfolgten viele Interessierte vor Bildschirmen die Reden, an erster Stelle die des Präsidenten der BuÄK, auf dessen und der

Mitglieder des Gesamtvorstandes Vorschlag die folgende Entschließung einstimmig angenommen wurde.

„Der Deutsche Ärztetag billigt die von den Vorständen in ihrer Sitzung am 13.12.1959 abgegebene gemeinsame Stellungnahme der ärztlichen Spitzenorganisationen zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung und macht sie sich zu eigen.

In Erfüllung des ihm von der deutschen Ärzteschaft gegebenen Auftrages lehnt der Deutsche Ärztetag aus seiner Verantwortung für die Volksgesundheit und in Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft entscheidende Grundzüge des vom Bundesarbeitsministerium erstellten Gesetzentwurfes zur Reform der sozialen Krankenversicherung mit allem Nachdruck ab. Diese Bestimmungen

- ▶ erschweren und gefährden die ärztliche Versorgung der Versicherten,
- ▶ bürokratisieren das Verhältnis zwischen Arzt und Patient,
- ▶ mindern die Rechtsstellung der freipraktizierenden Kassenärzte und ihrer Vereinigungen in der Krankenversicherung,
- ▶ beseitigen die Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Krankenkassen und ersetzen sie durch ein behördliches Lenkungssystem,
- ▶ unterwerfen das Honorar und damit die berufliche Existenz der Kassenärzte letztlich ministerieller und damit politischer Entscheidung.

Für eine sinnvolle Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung verweist der Deutsche Ärztetag auf die Gegenvorschläge, die bereits zum Referentenentwurf des Gesetzes gemacht worden sind und die folgende Forderungen beinhalten:

1. die Neuordnung des Versichertenkreises unter Berücksichtigung der veränderten Sozialstruktur und die Begrenzung der Versicherungspflicht auf die sozial Schutzbedürftigen,
2. die Erhaltung einer die beruflichen, sozialen und regionalen Unter-

schiede der Versichertengemeinschaften berücksichtigenden echt gegliederten sozialen Krankenversicherung,

3. die zumindest kontenmäßige Trennung der Krankenpflegeversicherung von der Krankengeldversicherung,
4. den Ausbau der freien Arztwahl durch die Zulassung aller zulassungsfähigen und zulassungswilligen in eigener Praxis tätigen Ärzte in einer die ärztliche Versorgung der Versicherten gewährleistenenden Ordnung und durch die konsiliarische Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte auf Überweisung durch den Kassenarzt,
5. die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen durch die freipraktizierende Ärzteschaft und die Erhaltung und Fortentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung,
6. die Erhaltung der Vertragsfreiheit, die Fortentwicklung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen sowie die Gestaltung des vertrauensärztlichen Dienstes als Gemeinschaftspartner,
7. die leistungsgerechte Honorierung der Ärzte auf vertraglicher Grundlage,
8. die Durchführung der vorgesehenen Leistungsverbesserung ohne Gefährdung des Gesundheitsschutzes,
9. die Entlastung der Krankenkassen von Ausgaben, die ihrer Natur nach anderen Kostenträgern obliegen.

Noch während der Rede Fromms traf ein Abgesandter des Bundeskanzlers in Frankfurt ein und entledigte sich am Ende der Kundgebung seines Auftrags, der Kanzler lade die Spitzenvertreter der Deutschen Ärzteschaft zu sich nach Bonn ein. Dem folgten die „Großen Fünf“; Dr. Fromm, Dr. Voges, Dr. Berensmann (Marburger Bund), Dr. Roos, (Verband der Niedergelassenen Nichtkassenärzte)

und Dr. Häussler (Hartmannbund).

Darauf folgten drei Gespräche im Februar, August und Dezember 1960. Dann mußte Minister Blank seinen Schreibtisch räumen, und der Reformversuch verschwand in den Schubladen seines bisherigen Ministeriums.

In den vergangenen 43 Jahren gab es keinen Stillstand in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzentrierte Aktionen, Runde Tische erfolgten zuhauf. Immer standen die (natürlich) steigenden Kosten im Mittelpunkt der Gespräche und die Frage ihrer Bremsung. Die gegenseitigen Vorwürfe zielten immer darauf ab, dem jeweils anderen materielle Interessenvertretung zu unterstellen. Dabei wurde aber übersehen, daß es um grundsätzliche Fragen des Gesundheitswesens ging und die rasante Entwicklung der Medizin in allen ihren Sparten und die durchaus berechtigten Erwartungen des Bürgers, daran teilzuhaben, im Vordergrund stehen, soweit es um Kosten in diesem Bereich geht. Aber auch die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und der zahlenmäßige Rückgang der Geburtenziffern, nicht zuletzt die perpetuierende Massenarbeitslosigkeit gehörten zu den nicht zu leugnenden negativen Faktoren in unserem Gesundheitssystem.

Nun hat sich also die neue Superministerin von Kanzler Schröders Gnaden, Ulla Schmidt, auf den steinigen Weg gemacht, sehr selbstbewußt, auch in der Annahme, daß ihr Leibbetreuer, der Professor Lauterbach, es ihr schon richten wird und sie dabei guter Hoffnung sein kann, daß ihr auch die Rürup-Kommission dabei helfen wird, in der Sozialversicherung, hier der gesetzlichen Krankenversicherung zu neuen Ufern zu gelangen. Dabei riskiert sie sogar, - Frauenmut vor Mannestronen – den Präsidenten der BuÄK, Professor Jörg Hoppe, zu beleidigen, in dem sie ihm vorwirft, es ginge ihm nur ums Geld und deshalb lehne er jeden durchdachten Vorschlag als nicht geeignet und nicht

durchführbar ab. Mit solchen Äußerungen disqualifiziert sie sich und zeigt sich als nicht geeignet, auf schwerer See Kurs zu halten.

Der Ministerin Pläne sind seit dem letzten Jahr den Ärzten bekannt, man denke nur an ihre Nullrunden. Auch ihr immer wiederholtes Schlagwort, ihre Keule von der notwendigen Qualitätsverbesserung in der Medizin, klingt allen, die zu hören verstehen im Hirn gespeichert fort. Aber sie muß ja das Wort „Qualität“ im Munde führen, begehrt doch besagter Professor Lauterbach ein Zentralinstitut, das der „Leitlinienfindung“ und „Qualitätssicherung“ in der Medizin dienen soll. Man faßt sich an den Kopf – ein Zentralinstitut!

Dabei übersieht aber unsere Ministerin geflissentlich oder sie will es nicht wahrhaben, daß die Lauterbach'schen Ideen in den USA längst dem Reißwolf übergeben wurden. Möge daher Ulla Schmidt das Schicksal ihres Vorvorgängers erspart bleiben. Das wünsche ich ihr, obwohl ich gleichzeitig berechtigte Zweifel habe, daß ihre Amtsführung sie davor bewahrt, nicht nur Angehörigen der Heilberufe und der medizinischen Assistenzberufe bewerten schon längst ihre Leistungen mit einem Mangelhaft bis Ungenügend.

Blicken wir nun auf die Entschließung des Außerordentlichen Ärztetages in Berlin und hoffen, daß diesmal die Kolleginnen und Kollegen aus dem Hausarztbereich nicht auf die Versprechungen der Ministerin hereinfließen und aus materiellen Gründen die Einigkeit des Berufsstandes aus der Paulskirche aufs Spiel setzen.

Videant consules!

Professor Dr. med.
Horst Joachim Rheindorf

Literatur:

Eigenes Tagebuch

Peter Naschold

-Kassenärzte und Krankenversicherungsreform
-zu einer Theorie der Statuspolitik-

Verlag Rombach im Breisgau

Ärztliche Mitteilungen (ÄM) 1960

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 18. Februar 2003 in Berlin

Öffentliche Einladung an die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit ihrem jüngsten Spardiktat hat uns die Bundesregierung nicht nur eine Nullrunde auferlegt, sondern in Wirklichkeit sogar eine Minusrunde. Weitere Destabilisierung des Gesundheitswesens, Demotivation und Deprofessionalisierung der Beschäftigten sind die Folgen dieser Politik. Vor allem aber kommen diese Sparpläne einem Kahlschlag mit weit reichenden Folgen für die Qualität der Patientenversorgung gleich. Die Nullrunde gefährdet viele Arztpraxen und damit auch Arbeitsplätze von Tausenden Beschäftigten. In den Krankenhäusern stehen Zehntausende von Arbeitsplätzen auf dem Spiel. Das Versprechen der rot-grünen Koalition, für mehr Beschäftigung sorgen zu wollen und „unzumutbare Belastungen“ in Kliniken und Praxen abzubauen, erweist sich nun als bittere Täuschung.

Die so genannte Nullrunde war aber nur ein erster Schritt zur weiteren Administrierung beziehungsweise Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Geplant sind offensichtlich staatlich initiierte Institute zur Qualitätsnormierung und Arzneimittelversorgung, ein so genannter Fortbildungs-TÜV sowie die Zerschlagung der Selbstverwaltungsstrukturen auf breiter Front. Den Krankenkassen hingegen sollen weit gehende Steuerungs- und Kontrollfunktionen zuteil werden. Nicht der Patient mit seinem Recht auf individuelle und professionelle Behandlung und Betreuung steht im Mittelpunkt dieser politischen Konzeption, sondern die Begrenzung

der Leistungsausgaben sowie die Kontrolle von Betreuung und Behandlung.

Die Regierung mag zwar gewillt sein, unser Gesundheitssystem weiterhin durch Beiträge zu finanzieren, die Ausgabenseite aber soll wohl wie bei steuerfinanzierten Systemen dirigistisch gestaltet werden. Patienten würden dann Leistungen immer häufiger zugeteilt werden, das heißt, eigene, einklagbare Anspruchsrechte auf medizinische Leistungen werden abgebaut.

Qualitätseinbrüche, Unterversorgung und Zuteilungsmedizin sind die Folgen, die Patienten zu tragen haben, wenn die Pläne der Regierung Realität werden.

Wir brauchen deshalb Ehrlichkeit in der Diskussion und endlich eine Anerkennung derer, die mit ihrem Engagement das Gesundheitswesen trotz deströser Finanzierung noch aufrechterhalten! Wir brauchen Arbeitsbedingungen, die Zuwendung und Qualität ermöglichen, und keine Durchökonomisierung und Listenmedizin. Wir treten ein für mehr Menschlichkeit in der Gesundheitspolitik.

Der Vorstand der Bundesärztekammer ist einhellig der Meinung, daß die bislang vorliegenden Pläne, sollten sie im Frühjahr dieses Jahres verwirklicht werden, unser freiheitliches und selbstverwaltetes Gesundheitswesen substantiell gefährden und den Weg in den Krankenkassenstaat ebnen.

Schon heute ist abzusehen, daß die kommende Gesundheitsreform den gra-

vierendsten Einschnitt in das Gefüge des Patient-Arzt-Verhältnisses zum Ziele hat, den wir in den letzten Jahrzehnten in den alten Bundesländern und seit der Vereinigung in den neuen Bundesländern miterlebt haben. Die Gesundheitsreform wird sich in ihrer Ausrichtung ausnahmslos auf die Ausgabenseite konzentrieren. Das heißt, es wird an der Behandlung der Patienten gespart, indem die Definition des medizinisch Notwendigen durch die Krankenkasse vorgegeben wird. Durch dirigistische Eingriffe wird das Patient-Arzt-Verhältnis entindividualisiert.

Wirklich dringend notwendige Reformen auf der Einnahmeseite, die der demographischen Entwicklung, den Fortschritten der Medizin und der höheren gesellschaftlichen Wertschätzung von Gesundheit Rechnung tragen würden, aber werden nicht angegangen.

Es ist deshalb die Verantwortung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, ein deutliches Signal dagegen zu setzen. Wir sind nicht länger bereit, diesen Weg mitzugehen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat daher beschlossen, für den 18. Februar 2003 einen außerordentlichen Deutschen Ärztetag nach Berlin einzuberufen, zu dem ich Sie auf diesem Wege herzlich einlade.

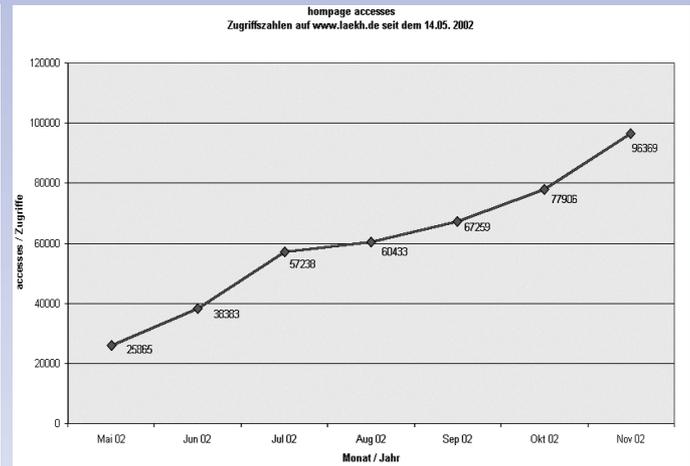
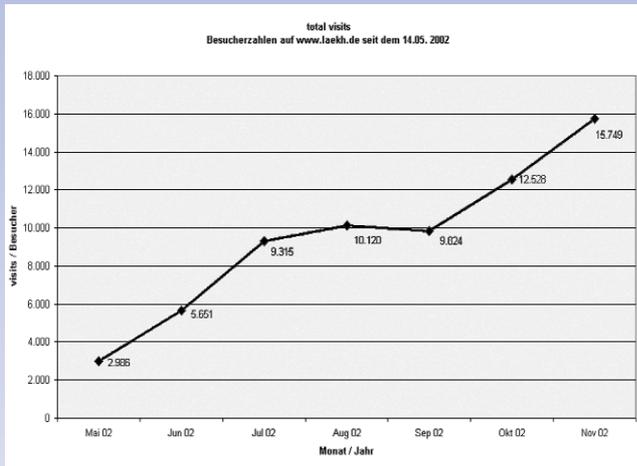
Ihr

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

Ort: Axica Kongress- und Tagungszentrum, Pariser Platz 3, 10117 Berlin
Veranstaltungsdauer: 10:00 bis ca. 16:00 Uhr

Verdreifachung der Zugriffszahlen

Erfolgreicher Internet-Auftritt der Landesärztekammer Hessen



Seit dem Start der neuen Homepage der Landesärztekammer www.laekh.de im Mai 2002 haben sich die Besucherzahlen in einem Zeitraum von nur sechs Monaten verdreifacht.

Verantwortlich für die stärkere Nutzung sind sowohl das

übersichtliche Layout als auch die einheitliche und klare Struktur der Seiten. Auch die inhaltliche Erweiterung und ständige Aktualisierung des Contents - u.a. aus den Bereichen Medizin, Gesundheitspolitik, Recht, Weiterbildung, Arzthelferinnen etc. - stoßen bei den Nutzern der Homepage auf wachsendes Interesse.

Neu: Auffrischkurse im Strahlenschutz für Arzthelferinnen/Arzthelfer

Am 1. Juli 2002 sind die Änderungen der Röntgenverordnung in Kraft getreten. Zu den Kenntnissen im Strahlenschutz für Arzthelferinnen und Arzthelfer hat es bedeutende Neuregelungen geben:

Außer den vorgeschriebenen Fortbildungskursen im Strahlenschutz, die jetzt zumindest den Beginn einer Ausbildung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer oder eine vergleichbare Ausbildung und Tätigkeit für die Zulassung zum Strahlenschutzkurs voraussetzen, ist u.a. ein „Verfallsdatum“ von fünf Jahren für das erworbene Wissen eingeführt worden.

Arzthelferinnen/Arzthelfer

waren erst nach 1987 gemäß Röntgenverordnung verpflichtet, einen Strahlenschutzkurs zu absolvieren. Deshalb ist z.Z. davon auszugehen, daß von ihnen

Auffrischkurse erst bis 1. Juli 2007

nachgewiesen werden müssen.

Das Hessische Landesamt für Umwelt und Geologie, Zentralstelle f. Arbeitsschutz in Kassel, genehmigt als zuständige Stelle die (Auffrischungs)-Kurse von Veranstaltern auf Antrag, wobei die Kursinhalte in der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz“ geregelt sind. Eine im Hinblick auf die Änderungen der „neuen“ RöV aktualisier-

te Fassung der genannten Richtlinie liegt z.Z. jedoch noch nicht vor.

Allen von den genannten Veränderungen Betroffenen ist daher zu empfehlen, unter Abwägung sinnvoller Fristen einen Auffrischkursus erst dann zu absolvieren, wenn die Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz“ in aktualisierter Form vorliegt.

Die genannten Neuregelungen der RöV sind zu finden in den §§ 18a (Erforderliche Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz), 24 (Berechtigte Personen) und 45 (Übergangsvorschriften).

Auskünfte für Arzthelferinnen/Arzthelfer erteilt:

Monika Kinscher
 Carl-Oelemann-Schule
 Carl-Oelemann-Weg 5
 61231 Bad Nauheim
 Tel.: (0 60 32) 7 82-100/187
 Fax: (0 60 32) 7 82-180
 e-mail: cos-verwaltung@laekh.de

Weitere wichtige Hinweise finden Sie im Hessischen Ärzteblatt 1/2003 und unter www.laekh.de

Jutta Beleites



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. univ. med. Richard Pischel, Offenbach, am 18. März.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldene Doktorjubiläen

Dr. med. Gertrude Haas-Scheuren, Petersberg, am 12. März,
Dr. med. Herbert Wulff, Bad Wildungen, am 16. März.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Gerhard Schäfer, Homberg/Efze, am 10. März.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Hans-Joachim Arndt, Wiesbaden, am 26. März.

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

Delegierte

- des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages am 18. Februar 2003 in Berlin

und

- des 106. Deutschen Ärztetages 2003 in Köln

Liste 1

Dr. Horst Löckermann, Darmstadt
Martin Leimbeck, Braunfels
Dr. Günter Haas, Lautertal
Dr. Lothar Werner Hofmann, Kassel

Liste 5

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

Liste 6

Dr. Hans Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf
Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg
Dr. Klaus König, Steinbach
Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Frankfurt
Dr. Peter Zürner, Bad-Sooden-Allendorf

Liste 7

Dr. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim

Liste 8

Dr. Brigitte Ende, Buseck
Moritz Hartfeil, Lindenfels
Dr. Siegmund Drexler, Mühlheim

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Robert Bartel, Wiesbaden
* 18.4.1913 † 24.11.2002

Dr. med. Joachim Edinge, Hochheim
* 4.10.1918 † 13.3.2002

Dr. med. Henny Engel, Bad Homburg
* 6.7.1911 † 16.10.2002

Dr. med. Monika Fensterer, Offenbach
* 19.11.1942 † 8.5.2002

Dr. med. Robert Heufs, Hanau
* 9.10.1910 † 31.10.2002

Dr. med. Robert Kaffeesieder, Frankfurt
* 5.3.1939 † 1.12.2002

Dr. med. Horst Kaffenberger, Münster
* 22.11.1932 † 28.11.2002

Dr. med. Walter Kläring, Petersberg
* 12.4.1920 † 18.11.2002

Dr. med. Franz Korda, Usingen
* 29.8.1908 † 17.5.2002

Dr. med. Hermann Noodt, Hünfeld
* 25.6.1924 † 29.11.2002

Dr. med. Ilse Rabe, Wiesbaden
* 20.4.1913 † 1.12.2002

Reinhold Schafft, Wiesbaden
* 21.5.1933 † 15.11.2002

Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Georg Schweizer, Gilserberg
* 17.12.1911 † 16.7.2002

Dr. med. Gisela Taeschner, Dautphetal
* 24.9.1922 † 9.9.2002

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/F/10218, ausgestellt am 4.7.2001, für Olga Maria Matsika, Frankfurt,

Stempel Nummer 40 77 893, Ärztlicher Notdienst Frankfurt (Manfred Boss, Frankfurt).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Angela Hinz, tätig bei Dr. med. St. Riemenschneider, Darmstadt
Martina Prauß, tätig bei Dr. med. St. Riemenschneider, Darmstadt
Susanne Schellhase, tätig bei B. Thielmann, Frankfurt

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

XIII. Interdisziplinärer Seminar- und Praktikum-Kongreß

in Verbindung mit

1. Kasseler Gesundheitstage

**16. bis 24. August 2003
in Kassel**

Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung
und Umweltmedizin

Deutsche Akademie Für Ärztliche Fortbildung
Regionalmanagement Nordhessen GmbH

Information und Anmeldung: Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung und Umweltmedizin e.V., Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim. Tel. 06032/2214, Fax: 06032/2216.

E-Mail: Info@deutsche-akademie-fuer-aerztliche-fortbildung.de

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen wurde vom

**15. November auf den 22. November 2003
verschoben.**

Die Versammlung ist für Mitglieder der LÄK Hessen öffentlich

LÄK

Korrekturmeldung

Hessisches Ärzteblatt 1/2003: In der Berichterstattung über die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer am 16. November 2002 muß es auf Seite 8 am Ende des vorletzten Absatzes richtig heißen:

Ein Änderungsantrag verhinderte die Erhebung einer Prüfungsgebühr von 50 Euro (die in der Diskussion als „symbolische Gebühr“ bezeichnet wurde) für die 1. Facharztprüfung.

Anzeige

E | K | B
EHLERT KREKEL BLOCH

Rechtsanwälte

Uwe Ehlert

Rechtsanwalt

Vertragsarztrecht

ist mein Tätigkeitsschwerpunkt

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Honorarkürzung | Plausibilitätsprüfung |
| Arzneimittelregresse | Disziplinarverfahren |
| Zulassungsverfahren | Abgabe/Übernahme einer Praxis |

Frankfurter Str. 219 35398 Gießen

Tel. 0641/25036-0 Fax. 0641/2503620

www.ehlert-anwalt.de



Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlußprüfung

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

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

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

Fehlzeiten-Regelung

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

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

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

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

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

Weiterhin besagt § 9 Abs. 2 Satz 3 der *Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelfer/in*, daß die dreijährige Ausbildungszeit infolge der vorzeitigen Zulassung nur um höchstens **6 Monate** verkürzt werden darf.

Der Stichtag wird wie folgt ermittelt:

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

Sommerprüfung 2003

letzter Prüfungstag: 1. Juli 2003
+ 6 Monate: 1. Januar 2004 (= Stichtag)

Wessen Ausbildungsverhältnis nicht später als am 1. Januar 2004 endet, kann an der Prüfung im Sommer 2003 vorzeitig teilnehmen.

Winterprüfung 2003/2004

letzter Prüfungstag: 2. März 2004
+ 6 Monate: 2. September 2004 (= Stichtag)

Wessen Ausbildungsverhältnis nicht später als am 2. September 2004 endet, kann an der Prüfung im Winter 2003/2004 vorzeitig teilnehmen.

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

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Ärztinnen und Ärzte in Hessen sorgen trotzdem weiter für qualifizierten Nachwuchs bei Arzthelferinnen

Während in fast allen anderen Arbeitsbereichen das Angebot rückläufig war, haben Ärztinnen/Ärzte auch in diesem Jahr ein beachtliches Angebot an Ausbildungsplätzen zur Verfügung gestellt: Dies hat der Vizepräsident des Landesarbeitsamtes Hessen, Bernd Wildgrube, der zur Zeit auch die Präsidentenstelle mit übernehmen muß, kürzlich in einem Gespräch mit dem Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer, Dr. Michael Popović, und der Leiterin der Arzthelfer/innen-Abteilung, Ass. Roswitha Hoerschmann, positiv gewürdigt.

Die Zahlen der in 2002 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge, die wir zum Stichtag 30. September 2002 der Bundesärztekammer gemeldet hatten, ergeben insbesondere größere Zuwächse in den Bezirksärztekammern Frankfurt, Kassel und Wiesbaden. Die Gesamtzahl ist von 1.143 auf 1.211 gestiegen; dies bedeutet immerhin eine Zunahme von 6%.

Wir danken allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für die seit Jahren konstante Bereitschaft, jungen Menschen eine berufliche Zukunftsperspektive zu geben, die auch in diesen gesundheitspolitisch ungewissen Zeiten unverändert gegeben ist. Andererseits handelt es sich bei der Ausbildungsbereitschaft auch um ein sehr gut durchdachtes und praxisökonomisches Verhalten. Wie im Rahmen einer BiBB-Studie festgestellt wurde, bringt die Ausbildung von Arzthelferinnen einen hohen Nutzen für die Praxis. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der BiBB-Studie wurde bereits in der Januar-Ausgabe des Hessischen Arzteblattes veröffentlicht. Wir hoffen, daß die derzeitige Gesundheitspolitik die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte nicht dazu zwingt, entgegen eigener betriebswirtschaftlicher Interessen und Patienteninteressen, auf qualifiziertes Personal in der Praxis zu verzichten.

Besonders erwähnenswert ist die Ausbildungsbereitschaft der Krankenhäuser im laufenden Jahr. In fast 60 Krankenhäusern, die sich mittlerweile an der Arzthelfer/in-Ausbildung beteiligen, werden aktuell 138 Arzthelferinnen ausgebildet. Die Nachfrage ist steigend. Die Landesärztekammer Hessen unterstützt die Ausbildung in Krankenhäusern schon seit Jahren. Aktuell läßt sich die Ausbildung in Krankenhäusern insbesondere durch die gute Möglichkeit der Entlastung der Ärzte im Verwaltungsbereich begründen.

Im Gespräch mit Bernd Wildgrube wurde außerdem die Verbundausbildung (mehrere Ärzte beschäftigen gemeinsam Auszubildende) thematisiert. Dieses Ausbildungsmodell wird seitens des Landesarbeitsamtes als modern und qualitätssteigernd eingestuft. Landesärztekammer und Landesarbeitsamt wollen zum Ausbildungsbeginn in 2003 eine gemeinsame Informationskampagne starten. Eine finanzielle Förderung der Verbundausbildung ist möglich. Es haben sich bereits, infolge unserer Internetveröffentlichung und gezielter Ansprachen, zahlreiche interessierte Ärztinnen und Ärzte gemeldet.

Sofern Sie die Verbundausbildung planen und sich eventuell bereits nach Verbundpartnern umgesehen haben, melden Sie sich bitte unter Tel. 069/97672-154/155 zu einer der regional stattfindenden Informationsveranstaltungen an. Wir geben Ihnen gerne nähere Informationen.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen



Kassenzärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Bergstraße

Viernheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Hausen prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Rödelheim Psychotherapeutisch tätige Ärztin/
Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Frankfurt/M.-Sachsenhausen Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin/
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Nordend Radiologin/Radiologe
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Bad Homburg v.d.H. prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Hainburg prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Seligenstadt Chirurgin/Chirurg
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Neu-Isenburg Internistin/Internist
-hausärztlich-

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt Augenärztin/Augenarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Hanau/M.-Innenstadt Augenärztin/Augenarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Hanau/M.-Steinheim Internistin/Internist
-hausärztlich-

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Dillenburg prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Wetteraukreis

Karben-Stadtl. Rendel prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6-8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld Urologin/Urologe
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Ärztin für Psychotherapeutische
Medizin/
Arzt für Psychotherapeutische
Medizin

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Hessisch Lichtenau Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
oder
Internistin/Internist
-hausärztlich tätig-
Eschwege Ärztin für Kinder- und Jugend-
medizin/
Arzt für Kinder- und Jugend-
medizin

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

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Frankenberg Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

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

Planungsbereich Rheingau-Taunus

Idstein Hausarztinternistin/
Hausarztinternist
Taunusstein Urologin/Urologe

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

Die Kassenzärztliche 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

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

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

Israel J. Singer: **Die Familie Karnovski**. Roman. Fischer Taschenbuch, € 12,45

Wir kennen es von den Manns. Heinrich kam nie ganz aus dem Schatten seines strahlenden Bruders Thomas heraus, der mit dem Literatur-Nobelpreis ausgezeichnet war. Nicht anders ist es bei den Brüdern Singer. Isaac B. Singer erhielt den Nobelpreis, aber er hat auch einen begabten Bruder, der fesselnd zu schreiben versteht. Auch bei Israel J. Singer handeln die Themen von jüdischen Schicksalen in Krisenzeiten. Der Roman „Die Familie Karnovski“ spielt in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts und führt uns ein Stück Geschichte vor Augen, das uns anschaulich und getreu jüdisches Leben und seine Vernichtung vor Augen führt.

Ort der Handlung ist überwiegend Berlin, wohin David Karnovski aus dem Osten Europas kommend, einwandert. Ein religiös Gelehrter, hoch intelligent, gelingt es ihm, in Deutschland Fuß zu fassen und als Geschäftsmann ein großes Vermögen anzuhäufen. Sein ganzes Bestreben ist die Assimilation, mit der seine Frau jedoch nicht Schritt halten kann. Sie lernt die deutsche Sprache nie so recht und fühlt sich in der Gesellschaft, die ihr Mann ihr zu öffnen versucht, fehl am Platze.

Sohn Georg will zunächst nicht recht geraten. Er lebt in Opposition zum Leistung fordernden Vater und droht, in die Bohemien-Szene abzurutschen, würde er nicht einem skurrilen Armen-Arzt und dessen ebenso attraktiver wie ehrgeiziger Tochter begegnen. Das motiviert ihn zum Medizinstudium, das er ernsthaft betreibt, um seinen ersten Einsatz als Arzt im Ersten Weltkrieg zu erleben. Nach dem Krieg macht er eine Karriere als Gynäkologe und wird Chefarzt einer Privatklinik. Als Modearzt gelangt er in die Höhen der Berliner Gesellschaft. Obwohl von den Frauen angehimmelt, heiratet er eine eher unscheinbare, aber bodenständige nichtjüdische Frau.

Ihr Kind, Joachim Georg, genannt Jegor, ist schwächlich und ein Sorgenkind von Anfang an. Mutter und Großmütter verhätscheln es. Wie bei Ärzten gar nicht so selten, kümmert sich der Vater um die ganze Menschheit, nicht aber um den Sohn. Enttäuscht wendet der sich seinem Onkel Hugo zu, einem verbitterten, abgedankten Offizier, dem sich in Friedenszeiten keine Lebensperspektive auf tut. In seine depressive Welt versunken, findet er in Jegor einen Bewunderer und nimmt sich seiner an. Jegor, der Zarte, Verzärtelte, fühlt sich seinerseits in seiner Männlichkeit bestätigt. Beide begeistern sich für den aufkommenden Nationalsozialismus. Jegor möchte sich am liebsten dieser Bewegung anschließen und verleugnet völlig, daß er wegen seiner jüdischen Herkunft in Gefahr ist. Mit der Parteinahme für den Nationalsozialismus geht er in Opposition zum Vater, der inzwischen dem Berufsverbot zum Opfer gefallen ist.

Der Familie bleibt, wie vielen anderen, nur die Emigration in die USA, der Jegor nur wider-

willig Folge leistet. Seine Widerspenstigkeit gegen die Eltern setzt sich auch im Exil fort und er verweigert alle Chancen, sich in der neuen Welt einzurichten.

Die skizzierte Handlung ist in das Geflecht zahlreicher unterschiedlicher, jedoch ineinandergreifender Schicksale eingebettet. Das Milieu in den Palästen der Reichen ist genauso vertreten wie das arme und doch auch wieder gelehrte Leben im Scheunenviertel. Ein wenig störend fand ich lediglich die übertriebene Idealisierung des Arztberufes. Erschütternd schließlich, wie dürftig die Lebensläufe in der Emigration enden, speziell auch die Laufbahnen der Ärzte, denen die Berufsausübung bis auf wenige Ausnahmen in den USA verwehrt wurde. Die Alternative zur Vernichtung war für sie nicht mehr als das nackte Leben. Geschichte, rein wissenschaftlich vermittelt, bleibt oft blutleer. Arbeitet sie der Schriftsteller literarisch auf, so gewinnt sie die emotionale Dimension hinzu, durch die wir sie nicht nur verstehen, sondern auch „begreifen“. Die Sinnlichkeit bewirkt einen Nachklang, der uns hilft, uns in fremde Schicksale einzufühlen. Dadurch kommen sie uns erst richtig nahe.

Dr. Dieter Becker

Matthias David/Theda Borde: **Kranksein in der Fremde?** Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. 371 Seiten. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main. 2001. € 24,90.

Die Autoren, ein Gynäkologe und eine Dipl.Politologin am Virchow-Klinikum in Berlin-Wedding, einem Campus des Universitätsklinikums der Charité, legen mit diesem Buch eine umfassende Studie zur gynäkologischen Betreuung eingewanderter Türkinnen vor, zu einer Thematik, die bei stetigem Anstieg der Einwandererzahlen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Aus den vorgelegten statistischen Angaben geht hervor, daß die Anzahl der in der Bundesrepublik wohnenden Türken seit dem Beginn der Immigration im Jahre 1960 rapide angestiegen ist: sie steigerte sich von anfangs 2.700 Personen innerhalb von vierzig Jahren auf 2.134.400 Einwohner, rund 129.000 von ihnen leben in Berlin. Zum Vergleich: im Jahre 1997, als mit der Studie begonnen wurde, betrug die Zahl der in Berlin lebenden ausländischen Einwohner 440.427 Personen, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 13 %.

Diese statistischen Daten unterstreichen die Aktualität der mit diesem Buch vorgelegten, vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technik geförderten Studie. Erklärtes Ziel der Autoren ist es, eine Diskussion zur gynäkologischen Versorgung von Migrantinnen einzuleiten.

Dazu liefern sie mit einer umfassenden Zustandsbeschreibung eine aufschlußreiche Information. Eingeleitet wird das Buch durch einige Kurzbeiträge. Sie behandeln die Bevölkerungsstruktur der Zuwanderer und ihre rechtliche und soziale Situation, und sie informieren über das türkische Gesundheitswesen, speziell über die gynäkologische Betreuung während der Gravidität und bei der Geburt. Außerdem wird die spezielle Problematik der Zuwanderung erörtert mit Angaben über ihren Umfang und ihre Ursachen und über die Assimilation im neuen Milieu.

Im anschließenden Hauptteil beschreiben die Autoren ihre eigenen Untersuchungen. Sie bestehen in einer jahrelangen, gleichermaßen bei deutschen und türkischen Patientinnen der zwei gynäkologischen Stationen des Virchow-Klinikums vorgenommenen Befragung: z.B. über ihre biologischen Kenntnisse, ihr Wissen vom Ablauf des Zyklus oder von den Veränderungen in den Wechseljahren oder über ihre Krankheitseinsicht, ferner über ihre Vorstellungen und Erfahrungen im Krankheitsfall und ihre Erfahrungen in ärztlicher Behandlung oder über die Erwartungen, die sie an die stationäre Versorgung stellen und schließlich über den Grad ihrer Zufriedenheit mit der gynäkologischen Betreuung im Krankenhaus.

Von besonderem Interesse erscheint die Frage, inwieweit die mit der Migration verbundenen Veränderungen bei den Frauen zu langfristiger psychischer Belastung führte. Die Verfasser erörtern sie ausführlich und kommen zu dem überraschenden Ergebnis: nicht in der ersten, sondern in der zweiten Migrations-Generation, bei den in Deutschland geborenen oder aufgewachsenen Frauen, zeigte sich die stärkste psychische Belastung.

Die Ergebnisse der sorgfältig geplanten Fragebogenaktion werden ausführlich und sachlich erörtert, den Text bereichern zahlreiche tabellarische Übersichten und einprägsame Graphiken.

Das Buch, das nicht nur das Interesse von Gynäkologen beanspruchen darf, wird auch Sozialmedizinern und Soziologen wertvolle Hinweise liefern.

Professor Dr. Wilhelm Theopold

Dr.-Volker-Helbig-Preis für Epilepsieforschung 2003

Der Preis wird zur Förderung der Epilepsieforschung gestiftet und ist mit 1.100,- Euro dotiert. Er wird jährlich im Mai anlässlich der Marburger Neurologentagung durch das Interdisziplinäre Epilepsiezentrum Marburg (EZM) verliehen. Die Bewerber sollten bis zu 35 Jahre alt sein und die folgenden Unterlagen bis zum 31. März 2003 in fünffacher Ausfertigung an Professor Dr. F. Rosenow, Klinik für Neurologie, Philipps-Universität, 35033 Marburg senden: Lebenslauf, Publikationsliste, ein eingereichtes Manuskript oder in 2002/3 publizierte innovative epileptologische Publikationen.