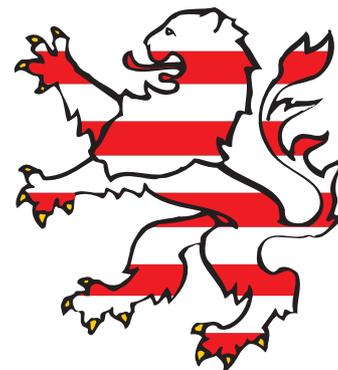


Hessisches Ärzteblatt

4/2003

April 2003
64. Jahrgang



Außerordentlicher Deutscher Ärztetag, Berlin

Bild pop

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

Außerordentlicher
Deutscher
Ärztetag in Berlin

Hessische
Leitlinien zur
Hausärztlichen
Versorgung

Perkutane
Endoskopische
Gastrostomie
(PEG-Sonde)

Klinisch-geriatrische
Behandlung in Hessen

Karl-Werner Ratschko: **Die Arzthelferin**. Medizinische Fachkunde – Laborkunde. 33., neu bearbeitete Auflage. Schlütersche Verlag und Druckerei, Hannover. ISBN 3-87706-646-1. € 22,-.

„Die Arzthelferin“ vermittelt zuverlässig die erforderlichen Kenntnisse für die Fächer Medizinische Fachkunde und Laborkunde. In der 33. Auflage wurden diese Unterrichtsfächer erheblich aktualisiert. Das Arbeitsbuch wurde um ca. 100 Seiten erweitert.

Dieses Lehrbuch erfüllt alle Vorgaben des Rahmenlehrplans. Vor jedem Kapitel werden die Ziele des Rahmenlehrplanes aufgelistet. Dies ermöglicht der Arzthelferin das systematische, lehrplanorientierte Lernen. Vorteilhaft sind die Marginalspalten, die beim raschen Auffinden von Themen und Begriffen helfen. Memo-Boxen im Text heben prägnante Merksätze optisch hervor. Mit den Kapitel-Zusammenfassungen und regelmäßigen Wissens-Checks können die Arzthelferinnen das Gelernte wiederholen und vertiefen. Eine didaktisch orientierte Seitengestaltung macht die neu bearbeitete Auflage zu einem modernen und aktuellen Arbeitsbuch für die praktische Ausbildung und die Berufsschule.

Roswitha Hoerschelmann

Nuding, Schätzle, Wagner: **Prüfungsbuch für Arzthelferinnen**. 8. Auflage 2002. Holland und Jossenhan Verlag, Stuttgart. € 22,-.

Im Bereich „Verwaltung“ geht die Darstellung der Inhalte weit über das Maß dessen hinaus, was im Lehrplan gefordert wird und im Unterricht unter realistischen Bedingungen geleistet werden kann. (S. 466 selbstschuldnerische Bürgschaft, S. 477 Betriebsvereinbarungen, S. 494 Holdinggesellschaften).

Dennoch: gut gelungenes Kompendium des Bereiches „Verwaltung“, das sich auf aktuellem Stand befindet und gut nachvollziehbare Lösungswege im Fach Rechnungswesen anbietet. Zum gezielten Nachschlagen geeignet, verschafft es einen schnellen Überblick zu bestimmten Themen in Frage-Antwort-Form.

Karlheinz Gruner, ZAA, Karben

Angres/Laun/Schumacher/Siry: **„Die Prüfung der Arzthelferinnen“** Medizinische Fachkunde – Laborkunde. 6., aktualisierte Auflage. ISBN 3-470-42536-1. € 24,00.

Bei einer Verteilung der Fragen wie im Folgenden:

1. Medizinische Fachkunde 513 Fragen
2. Wirtschaftskunde, Verwaltung und Sozialkunde 205 Fragen
3. Ärztliches Abrechnungswesen 540 Fragen liegt die Gewichtung auf 1. und 3. Im Anhang finden sich auf 355 Seiten Lösungsvorschläge. Das Buch ist vom Inhalt gut strukturiert; einzelne Fachgebiete sind jedoch unklar zugeordnet. So findet sich im Medizinischen Fachkundeteil das Prüfungsfach Praxiskunde und im Fachkundeteil Wirtschaftskunde noch einmal Praxisorganisation. Diese Unterteilung ist nicht ganz nachvollziehbar und führt zu einiger Verwirrung. Im Rahmenlehrplan und vor allem in der Praxis wird hierin nicht streng unterschieden.

Überraschend ist ein relativ großer Buchführungsanteil mit immerhin 24 Fragen. Dies

nimmt im täglichen Arbeitsablauf einer Arzthelferin eine höchst seltene Rolle ein und wird daher kaum noch gelehrt.

Ebenso überraschend liegt der Anteil der Datenverarbeitungsfragen mit nur fünf Fragen doch eher niedrig. Hier könnte „nachgebessert“ werden, denn es fehlen z.B. Fragen nach Stammdaten etc.

Im Bereich der rechtlichen Grundlagen ist von Angebot und Lieferung über Arbeitsrecht bis Behandlungsvertrag alles in 14 Fragen integriert. Eine Abgrenzung der verschiedenen Fachgebiete wurde nicht vorgenommen.

In Sozialkunde wird auf sieben Seiten z.B. nach sozialen Gruppen, Rechten und Pflichten von Ehegatten, Grundgesetz, Informations- und Meinungsbildung, Verbänden und Parteien bis hin zum Nationalsozialismus und Umweltschutz (nicht bezogen auf die Tätigkeiten in einer Arztpraxis) gefragt.

Alles sehr wichtige Themen auf dem allgemeinbildenden Bereich. Dafür fehlen aber Fragen zu Erziehungszeiten, Sozialgesetzgebung, Sozialversicherungen und anderen wesentlichen Bereichen, die bei jeder Prüfung abgefragt werden. Ergebnis:

Die Fragen sind verständlich formuliert, die Lösungsvorschläge des sich im farblich abheben den Anhangs sehr ausführlich beschrieben.

Leider fehlen einige sehr wichtige Themen, dafür wurden Themen übernommen, die keine Prüfungsrelevanz haben.

Ingrid Gerlach, Fritzlär

Friedhelm Henke: **Fachwörter, Normwerte, Formeln** für medizinisch-pflegerische Berufe. 80 S. STAM Verlag, Köln im Bildungsverlag EINS Troisdorf. 2001. ISBN: 3-8237-4940-4. € 7,80.

Das Wörterbuch enthält neben den gebräuchlichsten Fachwörtern für medizinisch-pflegerische Berufe auch alle wichtigen Normwerte (Blut- u. Urindiagnostik), sowie die häufigsten Formeln aus dem medizinisch-pflegerischem Rechnen. Das Kitteltaschenbuch ist daher gerade in der Praxis ein sehr nützlicher Helfer, wenn Wichtiges gerade mal wieder nicht so präsent ist. Besonders für Pflegekräfte ist das Buch sehr empfehlenswert.

Bettina Mütter

Friedhelm Henke: **Anatomie-Physiologie-Trainer**. Repetitorium in Frage und Antwort. 220 S. W. Kohlhammer, Stuttgart. 2003. ISBN 3-17-017480-0. € 16,-.

Der Trainer enthält einen gesunden Mix aus einfachen und schwierigen Aufgaben. So wird man beim Lernen auch mal belohnt und nicht fortwährend demotiviert. Das Buch ist sehr übersichtlich in Organsystemen gegliedert. Es macht Spaß vorhandenes Wissen zu checken, aufzufrischen und zu erweitern. Das Buch ermuntert zum ausgiebigem Training.

Inhalt: 1.000 Fragen mit jeweils drei falschen und einer richtigen Antwortmöglichkeit. Dazu gibt es ein herausnehmbares Lösungsheft, welches auch eine 50:50 Hilfe als Joker anbietet, wie er aus vielen TV-Quizspielen bekannt ist.

Inhaltsverzeichnis: 1. Zell- und Gewebesystem 2. Blut- und Lymphsystem 3. Herz- und Kreis-

laufsystem 4. Atmungssystem 5. Verdauungssystem 6. Harnsystem 7. Genitalsystem 8. Sinnessystem 9. Nervensystem 10. Hormonsystem

Bettina Mütter

Friedhelm Henke: **Pflegeplanung nach dem Pflegeprozeß** - individuell – prägnant – praktikabel. 180 S. 2., vollst. überarb. u. erw. Auflage. W. Kohlhammer, Stuttgart. 2003. ISBN 3170174762. € 15,-.

In der 2. Aufl. wird die praktische Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Pflegeplanung noch prägnanter dargestellt. Der Autor erläutert alle sechs Schritte des Pflegeprozesses, nach welchem die Pflegeplanung erfolgt. Er stellt dazu anschaulich die manuelle und auch die computergestützte Pflegeplanung vor. Außerdem bezieht er rechtliche Grundlagen, sowie die Themen Pflegeleitbild, DRG, PLAISIR-Verfahren, Pflegediagnosen, Pflegevisite und Qualitätssicherung mit ein. Arbeitsblätter zu den einzelnen Kapiteln dienen der Wiederholung und Festigung des Inhalts und machen dieses Buch zu einem gelungenen Lehrbuch. Hier werden die Schritte des Pflegeprozesses konsequent mit der Pflegeplanung verbunden.

Bettina Mütter

Professor Dr. Siegfried/Dr. Müller-Schubert: **„Frauenherzen schlagen anders“** Falken Verlag München. ISBN 3-8068-2895-4, € 14,90.

„Frauenherzen schlagen anders“, mit diesem Buch wenden sich die Autorinnen Professor Dr. med. Ingeborg Siegfried und Dr. med. Antje Müller-Schubert gezielt an Frauen in unserer Gesellschaft. Übersichtlich, für Laien gut lesbar, wird die Leserin umfassend über allgemeine und vor allem auch geschlechtsspezifische Phänomene von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen aufgeklärt. Risikofaktoren, Diagnose-Kriterien und Therapiemöglichkeiten werden behandelt, ein großer Teil widmet sich der Prävention, am Schluß folgt ein nützlicher Service-Teil mit vielen praktischen Vorschlägen zur Selbstbeobachtung und Veränderung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen. Vor allem dieser Teil ist lesenswert, zumal inzwischen bekannt ist, daß die Dilatation und Bypass-Operation von stenosierenden Koronarerkrankungen zwar Beschwerden lindert, aber letztlich nur eine präventive Veränderung von schädlichen Lebensumständen die Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen effektiv senkt.

Das vorliegende Buch zeigt, wie das moderne gesellschaftliche Konzept „gender main streaming“ in der Medizin Anwendung finden kann. Unter dem Begriff „gender“ wird die geschlechtsspezifische körperliche soziale und kulturelle Betrachtung von Frauen und Männern in allen Lebensbereichen verstanden.

Das vorliegende Buch sollte nicht nur auf dem freien Buchmarkt vertrieben werden, sondern auch in Wartezimmern den Patientinnen als Lektüre angeboten werden, es wird auf großes Interesse stoßen.

Dr. Birgit Drexler-Gormann

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-Jugendh.
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



4/2003 April 2003 • 64. Jahrgang

Editorial

Solidarität – ein aussterbender Begriff!? 166

Landesärztekammer Hessen

Parteien zu Gesprächen bereit 167

„Goldene Worte“ vom Außerordentlichen Ärztetag in Berlin 168

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Deutscher Preis für Qualität im Gesundheitswesen 169

Hessische Leitlinien zur hausärztlichen Versorgung 170

Aktuelles

Nationale Leitlinien-Agenturen gründen internationales Netzwerk G-I-N 171

Frühsommer-Meningoenzephalitis in Hessen? 173

Fortbildung

Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonde) 174

Nuklearmedizinische Therapie bei entzündlichen Gelenkerkrankungen 180

Sicherer Verordnen 184

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 185

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 189

Fortbildung

Empfehlungen für die Patientenüberleitung zur klinisch-geriatrischen Behandlung in Hessen 194

Arzt- und Kassenarztrecht

Grober Behandlungsfehler und Aufklärungspflicht 197

Mit meinen Augen

Nach der Kanzlerrede vom 14. März.... 203

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

204

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

205

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 209

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.

Solidarität – ein aussterbender Begriff!?

Die Einheit der Ärzteschaft wird in diesen Zeiten auf eine harte Probe gestellt. Die Politik lockt mit vermeintlichen Vergünstigungen für die hausärztliche Versorgungsebene im Rahmen ihrer großen Gesundheitsreform, so daß insbesondere deren Berufsverband mit seinen politischen Aktivitäten die gemeinsame Front der Vertragsärzteschaft aufs Spiel setzt. Dies alles für eine fragwürdige „Gatekeeper-Funktion“, in der Hoffnung, daß man zu einer Art „Hausärzte-KV“ avanciert.

Dies erstaunt um so mehr, als gerade einer KV immer weniger Handlungsraum für die Interessensvertretung ihrer Mitglieder bleibt, weil man sie zum verlängerten Arm von Politik und Krankenkassen degradiert hat. Offensichtlich ist man bereit, die freie Meinungsäußerung eines Berufsverbandes gegen die fragwürdige Position einer Körperschaft des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen einzutauschen.

Aber auch die Fachärzte werden auf dem Prüfstand stehen. Fällt der Kontrahierungszwang für die fachärztliche Versorgungsebene und werden damit Direktverträge mit den Krankenkassen möglich, wird auch hier die Einheitsfront bröckeln. Ob bei diesen Verträgen alle Fachärzte überleben können, ist mehr als fraglich. Von einer KV fordert man heute bei jedwedem Vertragsabschluß, daß das Honorar für alle zu reichen hat. Bei den Direktverträgen wird man sehen, daß eine Minderheit der Fachgruppe durch die abgeschlossenen Verträge unter dem Motto: Hauptsache der Mehrheit geht es gut, nicht mehr überlebt.

Wahrscheinlich geht die Rechnung der Politik auf. Frei nach dem Wahl-

spruch: Divide et impera. Gibt es überhaupt noch eine gemeinsame Basis der Vertragsärzteschaft, auf der man eine Organisation aller Ärzte aufbauen könnte? Eines ist klar: Über finanzielle Interessen läßt sich dies nicht mehr definieren. Der Verteilungskampf um die zu knappen Ressourcen entzweit die Ärzteschaft derart, daß auf Dauer ein gemeinsamer Weg - bei Wahrung wirtschaftlicher Interessen - kaum mehr denkbar erscheint. Nur der Kontrahierungszwang und die Zwangsmitgliedschaft in der KV halten die Ärzte in dieser Frage noch künstlich zusammen.



Ausgerechnet mit dem Berufsverband, der die Hausärzte vertritt, ist es den Krankenkassen gelungen, der Solidarität der Vertragsärzteschaft einen Hieb zu versetzen. Man muß zwei mal hinsehen, um es zu verstehen: Der Verband, der sich gerne selbst als „Hausarzt-KV“ sehen würde, schließt Verträge mit den Krankenkassen ab, an der Institution KV vorbei und geht so mit schlechtem Beispiel voran. Alle, die jetzt mit Einzelverträgen liebäugeln (es aber noch nicht offen aussprechen) werden in Zukunft auf das Beispiel des Hausärzteverbandes verweisen können, wenn sie mit den Krankenkassen KV-unabhängige Verträge abschließen.

Für die Hessen ist dies besonders prekär, denn in Hessen gibt es für die inaktiven Ärzte eine „Erweiterte Honorarverteilung“ (EHV). Die Höhe der an die Inaktiven gezahlten Umlage ist von dem über die KV abgerechneten Honorarvolumen abhängig. Eine Sicherung der EHV wird genau durch den Abschluß solcher Verträge verhindert. Der EHV hat der Hausärzteverband somit einen „Bären-

dienst“ erwiesen. Es bleibt nur noch ein Trost: Die Teilnahme am DMP-Vertrag des Hausärzteverbandes ist freiwillig. Solidarität in der Vertragsärzteschaft kann man nur wahren, indem man sich diesem Vertrag nicht anschließt.

Es ist offensichtlich: Wenn die Gesetzgebung die KV und damit ihre seitherigen Aufgaben ändert, beziehungsweise reformiert, dann wird es eine fachgruppenübergreifende Gemeinsamkeit bei der Mittelverteilung nicht mehr geben. Wenn es noch eine Verbundenheit gibt, dann ist sie nur in unserer ärztlichen Aufgabe zu suchen. Wir müssen auf die Besonderheit einer von Ökonomie ungestörten Arzt-/Patientenbeziehung hinweisen und sie leben. Auch gegen jeden politischen Widerstand. Der Arzt wird seine wesentliche Rolle als „Anwalt des Patienten“ konsequenter als seither wahrnehmen müssen. Auch wenn er Repressalien fürchten muß, in dem er auf Defizite hinweist, die durch die unzureichende Finanzierung verursacht sind. Wenn wir dies nicht tun, verlieren wir bei unseren Patienten unsere Vertrauensstellung und werden zum „Büttel“ von Politik und Krankenkassen.

Wir Ärzte müssen kassenunabhängig definieren, was für unsere Patienten gut und vernünftig ist. Wir setzen den medizinischen Standard fest, an dem sich dann die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen zu messen haben. Der Kampf um unsere zukünftige Stellung in der Gesellschaft als Arzt sollte alle Vertragsärzte zusammenführen. Dies ist unsere Gemeinsamkeit.

Dr. Hans-Friedrich Spies
1. Vorsitzender der KV Hessen

Parteien zu Gesprächen bereit

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 18. Februar in Berlin

Der Wind, der um das Brandenburger Tor strich, war eisig. Im Inneren des nur wenige Schritte entfernt gelegenen Axi-ca-Kongresszentrums schienen die Temperaturen dagegen mit jedem Redebeitrag um etliche Grade zu steigen. 250 Delegierte waren zu dem 4. Außerordentlichen Ärztetag nach Berlin gereist, um im Rahmen einer öffentlichen Arbeitssitzung Alternativen zu den gesundheitspolitischen Konzepten der Regierung vorzustellen. Welches Gewicht die Politik der Veranstaltung beimaß, war daran abzulesen, daß die Fraktionsvorsitzenden aller vier im Bundestag vertretenen Parteien der Einladung gefolgt waren. Wer allerdings fehlte, war die Gesundheitsministerin selbst: Und dies, obwohl ihre Reformpläne Gegenstand der Debatten waren.

Kritik an Zwangsregulierung

Als „Unverschämtheit“ bezeichnete Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe Schmidts Vorwurf der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen. Die Behauptungen seien haltlos und dienten nur dazu, die Ärzteschaft „sturmreif“ zu schießen. Hoppe nannte die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politiker, die mit den begrenzten finanziellen Möglichkeiten nicht übereinstimmten, eine „Lebenslüge“, welche die Ärzte nicht länger kompensieren wollten. So seien auch nicht

angeblich explodierende Kosten für die Finanzmisere im Gesundheitswesen verantwortlich, sondern die erodierende Finanzbasis. Scharf kritisierte Hoppe die angekündigte „Zwangsregulierung für ärztliche Fortbildung.“ Das von Schmidt geplante Zentrum für Qualität in der



Hessische Delegierte

Medizin sei nichts anderes als der Versuch, eine „Bundesanstalt für Krankheitsverwaltung“ zu installieren.

„Hätten Sie es nicht ein bißchen kleiner“, fragte Franz Müntefering, Fraktionsvorsitzender der SPD und verwahrte sich mit ironischer Stimmfärbung gegen die massive Kritik der Ärzte an der rot-grünen Gesundheitspolitik. Dann ging er allerdings unverhohlen auf

Distanz zu Ulla Schmidt und den Eckpunkten ihrer Reform: Alles bisher öffentlich Geäußerte seien nur Beiträge und Meinungen zur Entscheidungsfindung im April oder Mai gewesen, erklärte der SPD-Chef. Ohne sich konkret auf einzelne Punkte der Reform festzulegen, zeigte sich Müntefering, der in Begleitung seiner Stellvertreterin Gudrun Schach-Walch auf dem Ärztetag erschienen war, dialogbereit und lud die Ärzteschaft zu

Gesprächen über das Eckpunktepapier der Ministerin ein.

Beitragsfreie Mitversicherung in Frage gestellt

Gesprächsangebote machte auch Krista Sager (Bündnis 90/Die Grünen) Bisher gebe es bei der Reform „nur einen vorläufigen Diskussionsstand“, sagte die Fraktionsvorsitzende und wick in ihrem Statement in einigen Punkten deutlich von den Vorstellungen der Bundesgesundheitsministerin ab. So stellte sie die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Disposition. Für die jüngere Generation, für die keine Erziehungs- und Pflegeleistungen erbracht würden, stelle sich sehr wohl die Frage, ob eine derartige Mitversicherung noch gerechtfertigt sei. Auch ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags zur GKV dürfe kein Tabuthema sein, forderte Sager. Darüber hinaus signalisierte sie Offenheit für eine Diskussion über die private Versicherung von Risiken und regte die Einbeziehung von Miet- und Zinseinnahmen in die Beitragsberechnung an.

Mit den Worten, der mündige Bürger

Bild pop

36. Internationaler ärztlicher Seminarkongreß in Grado, Italien

veranstaltet vom

Collegium Medicinae Italo-Germanicum
unter Mitwirkung der Bundesärztekammer

24. – 29. August 2003

Kongreßeröffnung: 24. August

Das Programm beinhaltet vielfältige Seminare, Praktika und Kurse. Fordern Sie bitte das vollständige Programmheft an: Collegium Medicinae Italo-Germanicum c/o Bundesärztekammer, z.Hd. Frau Schindler Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln
Tel. 02 21/40 04-417, Fax 02 21/40 04-388
Email: cme@baek.de

Schlüsselwörter

Ambulante Versorgung – Außerordentlicher Ärztetag – Beitragsfreie Mitversicherung – Eckpunktepapier – Gesetzliche Krankenversicherung – Gesundheitspolitik – Gesundheitsreform – Stationäre Versorgung – Zentrum für Qualität in der Medizin

müsse selbst entscheiden können, wie hoch sein Versicherungsbeitrag sein soll und gegen was er sich versichern möchte, machte Wolfgang Gerhard, Fraktionschef der FDP, die liberale Position deutlich. Nur mit einer „umfassenden Kurskorrektur“ in diesem Frühjahr könne das Gesundheitswesen saniert werden; notwendig seien dafür mehr Wahlfreiheit, mehr Wettbewerb und ein klares Preissystem.

Absage an Zentrum für Qualität in der Medizin

Entschieden stellte sich CDU-Chefin Dr. Angela Merkel an die Seite der Ärzte und rief diese dazu auf, eine gerechte Bezahlung für ihre Arbeit einzufordern. Die von Schmidt eingeführte Nullrunde nannte sie „völlig absurd“ und erteilte auch dem geplanten Zentrum für Qualität in der Medizin eine deutliche Absage. Ein solches Institut führe zu einer Einheitsmedizin, die nicht funktionieren werde. Qualitätsstandards dürften auch künftig nur von Ärzten gesetzt werden.

Mit Blick auf die gesetzliche Krankenversicherung plädierte Merkel für Selbstbehalte und Tarif-Wahlmöglichkeiten.

„Wir müssen die Stellschrauben des Systems auf mehr Freiheit drehen“, erklärte der Bundesärztekammerpräsident, der die Gesprächsbereitschaft der Parteien ausdrücklich begrüßte. „Was wir nicht brauchen sind staatliche Bevormundung, außenstehende Experten und Krankenkassenkommissare in der Medizin“. Bei der anstehenden Reform müsse es wieder um Patientenbehandlung und nicht um Krankheitsverwaltung gehen. Hoppe betonte auch, daß der integrierten ärztlichen Versorgung dabei eine herausragende Bedeutung zukomme: Die bisherigen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und die getrennten Budgets müßten zu Gunsten einer durchgängigen Betreuung des Patienten überwunden werden. Mit überwältigender Mehrheit verabschiedete der



Von hinten rechts nach links: Prof. Dr. Karsten Vilmar (ehem. Präsident der Bundesärztekammer), Dr. Horst Löckermann, PD Dr. Roland Wönne, Dr. Frank Ulrich Montgomery (Vorsitzender Marburger Bund); Gudrun Schaich-Walch (SPD), Franz Müntefering (SPD)

Bild pop

Außerordentliche Ärztetag in Berlin die Resolution „Für eine neue soziale Krankenversicherung - Individuelle Gesundheitsversorgung für alle“.

Katja Möhrle

Es gilt das gesprochene Wort...

„Goldene Worte“ vom Außerordentlichen Ärztetag in Berlin



„Wir Ärztinnen und Ärzte Deutschlands sind bereit, gemeinsam mit der Politik diese Herausforderungen anzugehen. Aber dazu brauchen wir keine Paradigmenwechsel in die Staatsmedizin und wir müssen nicht erst alles kaputtreden, um etwas zu verbessern. Wir müssen nur die Stellschrauben des Systems auf mehr Freiheit drehen. Es muß wieder um Patientenbehandlung und nicht um Krankheitsverwaltung gehen. Wir brauchen endlich vernünftige Arbeitsbedingungen, unter denen gute Medizin wieder möglich wird.“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Noch mehr Dokumentationen und noch mehr Schematisierung der Medizin halten wir einfach nicht mehr aus! Deshalb sagen wir: „Weiter so“ – das geht nicht mehr!“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Vor allem aber brauchen wir eine Reform, die einem Versorgungsbedarf des Patienten gerecht wird. Wir können bei derart begrenzten Ressourcen nicht länger für die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politik einstehen.“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Und wir können und wollen nicht länger diese Lebenslüge der gesetzlichen Krankenversicherung durch unser Engagement kompensieren.“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Arbeiten bis zum Umfallen, geringer Verdienst bei ständiger Verunglimpfung des Berufes, das war schon viel. Jetzt aber noch zum Konkursverwalter einer abgehalfterten Staatsmedizin zu werden, das ist einfach zu viel!“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Vom Freien Arzt zum Erfüllungshelfen der Staatsmedizin – da sage ich: Mit uns nicht! Nie und nimmer!“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Bewußt oder unbewußt – es wird den Patienten gerade da Service und Qualität versprochen, wo Rationierung und Zuteilung drohen.“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„So etwas ist kein Reformkonzept, sondern ein Dokument der Hilflosigkeit.“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Wer erbringt denn in der Patientenversorgung Millionen unbezahlter Überstunden? Wer hat denn seit Jahren rückläufiges Einkommen bei steigenden Leistungen und Kosten – und wird dafür auch noch mit einer weiteren Minusrunde belohnt?“ (Jörg-Dietrich Hoppe)

„Aber es gilt zu begreifen, daß unser Gesundheitswesen die Tradition der Nächstenliebe und Zuwendung verliert, wenn wir es allein den Ökonomen und Theoretikern überlassen!“ (Jörg-Dietrich Hoppe)



„Frau Ulla Schmidt hat ihre Aufgabe, aber entschieden wird im Bundestag, dort hat die SPD-Fraktion das Wort.“ (Franz Müntefering – Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion)

„Das Gesetz sollte im Parlament entschieden werden und nicht in Ausschüssen – auch nicht im Vermittlungsausschuß.“ (Franz Müntefering)

„Wir machen den Ärzten für Mitte März ein Gesprächsangebot mit der SPD-Fraktion.“ (Franz Müntefering)

„Wir leben in einer neuen Zeit mit anderen Voraussetzungen, aber Krankheit darf nicht bestraft werden!“ (Franz Müntefering)



„Wir haben in Deutschland ein Gesundheitssystem, um das man uns in der Welt beneidet.“ (Christa Sager – Vorsitzende der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

„Wir möchten keine Zerschlagung der ärztlichen Selbstverwaltung.“ (Christa Sager)



„Ich bin selbst in der AOK, ich wurde bis jetzt gut behandelt.“
(Christa Sager)

„Fremdleistungen müssen aus der GKV herausgenommen werden. Kein Sterbegeld, keine künstliche Befruchtung, kein Mutterschaftsgeld – das gehört nicht in die GKV.“ (Christa Sager)



„Wir leben in einer Demokratie, einem Land der Freiheit. Ein bedeutender Teil dieser Freiheit ist die Freiheit des Berufes.“

(Wolfgang Gerhardt – Fraktionsvorsitzender der FDP)

„Wir sollten die Leute nicht umerziehen.“
(Wolfgang Gerhardt)



„Der Kampf um Sanierung des Gesundheitswesens darf nicht auf ihrem Rücken ausgetragen werden.“
(Angela Merkel – Fraktionsvorsitzende der CDU)

„Selbstverantwortung des Patienten ist nur dann möglich, wenn er Wahlfreiheit hat.“
(Angela Merkel)

„Ärzte laßt euch nicht auseinanderdividieren. Nur gemeinsam seid ihr stark!“ (Angela Merkel)



„...Das, was vor uns liegt, ist im Grunde keine echte Reform, sondern nur ein weiteres Herumkurieren an Symptomen.“ (Frank U. Montgomery – Vorsitzender des Marburger Bundes)

„Keine Reform, in der nicht auch AiP abgeschafft wird.“
(Frank U. Montgomery)

„Keine Reform, bei der nicht das Arbeitsgesetz so geändert wird, daß menschliche Arbeitsbedingungen wieder möglich werden!“ (Frank U. Montgomery)

„Keine Reform, bei der nicht endlich die Integration ambulant-stationär im Konsens mit der betroffenen Ärzteschaft eingeführt wird.“ (Frank U. Montgomery)

„Wir sind nicht schwach, wir machen uns manchmal schwächer als wir sind. Lassen Sie uns damit aufhören und gemeinsam die Probleme zukünftiger Reformen bewältigen.“ (Frank U. Montgomery)

Auswahl: S. Kalinski
alle Bilder pop



Deutscher Preis für Qualität im Gesundheitswesen

Auszeichnung für Qualitätszirkelarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) ist Preisträger des deutschen Preises für Qualität im Gesundheitswesen 2002. Mit diesem Preis wird die vorbildliche Qualitätszirkelarbeit im Bereich der KV Hessen ausdrücklich gewürdigt. Der Preis wird jährlich von der Zeitschrift „Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis“ verliehen, die im Frankfurter pmi-Verlag erscheint. Die sehr konsequente und umfangreiche Qualitätszirkelarbeit in Hessen hat den Herausgeberbeirat der Fachzeitschrift bewogen, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen diesen Preis zu verleihen.

Im Jahr 1990 hat die KV Hessen den bundesweit ersten Qualitätszirkel gegründet, der umfassend wissenschaftlich begleitet wurde und dessen Auswirkungen evaluiert wurden. Bis heute ist die KV Hessen in der Qualitätszirkelarbeit bundesweit führend geblieben. Bezogen auf die Arztzahl weist Hessen mit insgesamt 660 Qualitätszirkeln die höchste Qualitätszirkeldichte in Deutschland auf. Dies erlaubt es jedem Arzt in Hessen, an der Arbeit in einem Qualitätszirkel teilzunehmen.

Die ersten Qualitätszirkel der KV Hessen beschäftigten sich vorwiegend mit dem Thema Pharmakotherapie. „Der effektiven Arbeit dieser Zirkel ist es zu verdanken, daß wir in Hessen die Arzneimittelkosten senken und über viele Jahre eine sparsame Arzneimittelverordnung umsetzen konnten“, erläutert der erste Vorsitzende des Vorstands der KV Hessen, Dr. Hans-Friedrich Spies. Heute widmen sich die Qualitätszirkel vielfältigen Themen. Ambulantes Operieren, Gastroenterologie, Onkologie und Dermatologie sind nur einige Beispiele. Zahlreiche wissenschaftliche Evaluationen belegen die Wirksamkeit der Qualitätszirkel, insbesondere auch im Hinblick auf eine verbesserte medizinische Versorgung der Patienten. Dabei betont Dr. Spies: „Wir als KV Hessen waren

zwar der Initiator, den Erfolg verdanken wir aber unseren Vertragsärzten. Sie sind es, die freiwillig ihre Zeit für die Qualitätszirkel investieren.“

Ziele der Qualitätszirkelarbeit

Qualitätssicherung - als Instrument in der Wirtschaft seit Jahrzehnten üblich - hat bei der ärztlichen Leistung zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren bzw. gegebenenfalls zu erhöhen. Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung dienen der Weiterqualifizierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit in einem selbstlernenden System.

Durch Festlegung methodischer Kriterien wird die Wirksamkeit der Qualitätszirkel sichergestellt. Solche Kriterien sind zum Beispiel ein fester Teilneh-

merkreis, die Moderation der Zirkel durch eigens geschulte Moderatoren, die erfahrungsbezogene eigenständige Auswahl der besprochenen Themen sowie die Dokumentation der Ergebnisse. Die Anerkennung eines Qualitätszirkels, der diese Qualitätssicherungsvorgaben erfüllt, erfolgt durch den gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen und der KV Hessen.

Die KV Hessen unterstützt die Gründung weiterer Qualitätszirkel. Regelmäßig werden in den Bezirksstellen der KV Hessen Moderatorentrainings angeboten, um Ärzte und Psychotherapeuten für die Moderation eines Qualitätszirkels zu qualifizieren. Supervisions- und Erfahrungsaustauschgruppen sowie die Bereitstellung von Räumen und Sachmitteln runden das Unterstützungsprogramm der KV Hessen für die Leiter der Qualitätszirkel ab.

Regina Schulz



Dieter Gerlich neuer Hauptgeschäftsführer der KV Hessen

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) hat in seiner Sitzung am 22. Februar 2003 beschlossen, den bisherigen Kaufmännischen Geschäftsführer der KV Hessen, Dieter Gerlich, zum neuen Hauptgeschäftsführer zu benennen. Dieter Gerlich bringt jahrelange Erfahrung in der Gesundheitspolitik mit. 1975 sammelte er erste Berufserfahrung im Gesundheitswesen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhesse. Er war dort ab 1982 als Assistent der Geschäftsführung, dann als Abteilungsleiter „Allgemeine Verwaltung“ tätig. 1986 trat er als Assistent der Geschäftsführung in die Landesstelle der KV Hessen ein. 1989 wurde er zum stellvertretenden Kaufmännischen

Geschäftsführer, 1998 zum Kaufmännischen Geschäftsführer der KV Hessen ernannt. Mit der Benennung zum Hauptgeschäftsführer der KV Hessen würdigt der Vorstand der KV Hessen das Engagement und die umfangreichen Erfahrungen von Dieter Gerlich.



Hessische Leitlinien zur hausärztlichen Versorgung

Die Kassenzärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) unterstützt die hausärztlichen Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ und plant die Herausgabe eines Sonderheftes, in dem sieben hessische Leitlinien u.a. zu den Gebieten Hypertonie, KHK, Diabetes mellitus und Asthma veröffentlicht sind. Federführend bei der Erarbeitung der Broschüre war die hessische Leitliniengruppe. Im April geht die Broschüre in Druck, die mit dem auf dieser Seite abgedruckten Coupon bei der KV Hessen bestellt werden kann.

Die hessischen Leitlinien sind das Ergebnis einer Kooperation der KV Hessen mit der hessischen Leitliniengruppe, der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (Universität zu Köln) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin in Köln (ÄZQ). In der neuen Broschüre sind allerlei nützliche Texte zu Erkrankungen veröffentlicht, welche in der hausärztlichen Praxis täglich anzutreffen sind.

Wer ist die hessische Leitliniengruppe?

Engagierte hessische Hausärzte haben sich vor ca. zehn Jahren zur „Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie“ zusammengeschlossen. Im Rahmen der erfolgreichen Zusammenarbeit der vergangenen Zeit hat

die Gruppe zahlreiche Leitlinien entwickelt bzw. die vorhandenen Leitlinien immer wieder auf den neuesten Stand der Forschung gebracht.

Alle Mitglieder der Leitliniengruppen sind niedergelassene Ärzte, die hauptberuflich ihrer täglichen Arbeit in der Praxis nachgehen und sich in ihrer „Freizeit“ mit den neuesten Forschungsergebnissen der Medizin auseinandersetzen. Dieses Wissen setzen sie in ihrer täglichen Arbeit mit den Patienten um und fließt auch in die inhaltliche Arbeit an den Leitlinien ein.

Gute Qualität der hessischen Leitlinien

Vieles spricht für die gute Qualität der hessischen Leitlinien. Die Erfahrung zeigt, daß die hessischen Leitlinien bei den niedergelassenen Ärzten eine hohe Akzeptanz genießen. Dies zu Recht: Die Ärzte, die hier zusammenarbeiten, kommen von der „Basis“ und schreiben für die „Basis“. Das Wissen aus der täglichen Praxisarbeit vertiefen sie durch freiwilliges Studium der aktuellen Forschungsliteratur. Die Leitlinien sind praxisnahe und leicht umsetzbare Texte in erster Linie für den niedergelassenen Hausarzt. Probleme, die in der täglichen Praxis bei der praktischen Umsetzung von Leitlinien auftauchen, dürfen nicht unterschätzt werden. Gerade

das war in der Vergangenheit die Schwierigkeit zahlreicher Leitlinien von wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Auch das Clearingverfahren der ÄZQ bestätigt den hessischen Leitlinien eine qualitativ hochwertige Methodik bei der Erstellung und der Begründung der Aussagen – also eine gute Evidenzbasierung. Die ÄZQ bewertet bundesweit die Qualität von Leitlinien anhand vorab festgelegter Kriterien. Das Bewertungsverfahren von Professor Dr. Günter Ollenschläger, dem Leiter der ÄZQ, findet auch international Anerkennung.

Die kontinuierliche Arbeit an den Leitlinien findet unter der wissenschaftlichen Anleitung von Privatdozentin Dr. von Ferber statt, die zu den entscheidenden Köpfen der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung der Universität zu Köln zählt. Ihr gelang es auch, Fördermittel des Bundesministeriums für Gesundheit zu erhalten, um die Implementierung von Leitlinien in der täglichen Praxis näher zu untersuchen und zu verbessern.

Hohe Dichte an Qualitätszirkeln in Hessen

Die hessischen Leitlinien sind wichtig für die hessischen Pharmakotherapie-Zirkel. Neben den Verordnungsanalysen bilden sie die thematische Grundlage der regelmäßigen Arbeit der zahlreichen Pharmakotherapie-zirkel in Hessen.

Ziel der neuen, ca. 120 Seiten starken Broschüre ist es, daß sich auch andere, nicht primär pharmakotherapeutisch orientierte Qualitätszirkel mit den vorliegenden Leitlinien auseinandersetzen. Hessen besitzt mittlerweile 660 anerkannte Qualitätszirkel. Diese Dichte findet sich kaum in einem anderen Bundesland. Die bloße Anzahl an Qualitätszirkeln ist jedoch nicht entscheidend; ihre inhaltliche Arbeit ist ausschlaggebend. Die Zirkel hierbei zu unterstützen – das ist das Ziel dieser Sonderausgabe.

Die Broschüre kann kostenfrei mit untenstehendem Coupon bei der KV Hessen bestellt werden.

Sabine Riese



Bestellcoupon bitte per Fax (0 69 / 7 95 02 – 501) an:

Kassenzärztliche Vereinigung Hessen
Landesstelle
Abteilung Kommunikation
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt

Bitte senden Sie mir 1 Exemplar des Sonderheftes „Leitlinien“ der KV Hessen an folgende Adresse:

Adresse:

Arztstempel:

Nationale Leitlinien-Agenturen gründen internationales Netzwerk G-I-N: Hintergrund und Ziele

Von Professor Dr. med. Günter Ollenschläger, Köln

*Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin äzq, Köln
(Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)*

Zusammenfassung

Am 6. November 2002 wurde in Paris das internationale Leitlinien-Netzwerk G-I-N (The Guidelines International Network) ins Leben gerufen. Die Initiative kam zustande auf Anregung der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung ÄZQ¹ und des Schottischen Leitliniennetzwerks SIGN und berücksichtigt die Empfehlung des Europarates, „internationale Vernetzung von Forschungseinrichtungen, Clearingstellen und anderen Institutionen, die evidenzbasierte medizinische Informationen erarbeiten, zu fördern“ [Europarat 2002]. Die Idee zur weltweiten Koordination von Leitlinien-Aktivitäten wurde erstmals im März 2001 zur Diskussion gestellt. Auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse bei 36 Leitlinien-Organisationen aus 18 Ländern wurde im Sommer 2002 die inhaltliche und organisatorische Konzeption für G-I-N entwickelt. Im November 2002 konstituierte sich ein Gründungskomitee, Anfang Februar 2003 erfolgte die formale Gründung als gemeinnütziger Verein nach Schottischem Recht. Bis Ende Januar 2003 sind dem Netzwerk 26 Institutionen aus 15 Ländern beigetreten, darunter die WHO, aus Deutschland AWMF und ÄZQ. Über Ziele und Aktivitäten von G-I-N wird im folgenden berichtet.

Schlüsselwörter

Leitlinien – Qualitätsmanagement – Ärztliches Zentrum für Qualität – Evidenzbasierte Medizin – Disease Management – Qualität von Leitlinien – Leitlinien-Clearingverfahren – Qualität der Gesundheitsvorsorge – Integrierte Versorgung

Einleitung

In den vergangenen Jahren hat das Interesse an der Entwicklung, Bewertung und Implementierung evidenzbasierter medizinischer Leitlinien weltweit zugenommen [Burgers 2002, 2003]. Mittlerweile arbeiten zahlreiche nationale Institutionen sowie Wissenschaftler und Leistungserbringer im Gesundheitswesen in supranationalen Netzwerken auf dem Gebiet der Leitlinien-Methodik und Nutzung. So hat auf beispielsweise der Europarat 2001 Empfehlungen für seine Mitgliedsstaaten zur Leitlinien-Methodik verabschiedet [Europarat 2002]. Eine durch das Biomed 2 - Programm der Europäischen Union geförderte Forschergruppe (die sogenannte “AGREE Collaboration”) entwickelte ein generisches Instrument zur Qualitätsbewertung von Leitlinien, welches international großen Anklang gefunden hat [Agree 2002]. Das US-amerikanische National Guideline Clearinghouse entwickelte eine internationale Datenbank über existierende englischsprachige Leitlinien (www.guideline.gov). Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen etablierte das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren, die Bundesärztekammer das Nationale Programm für Versorgungsleitlinien [Ollenschläger].

Allerdings existierte bisher kein internationales Kommunikationsforum für Leitlinien-Institutionen und -Experten. Infolgedessen kommt es immer noch in verschiedenen Ländern und Organisationen zu Parallelarbeit bei der Entwicklung von Leitliniendokumenten und Implementierungsstrategien. Dies führt zu Verschwendung personeller, finanzieller und

organisatorischer Ressourcen und betrifft vorwiegend die Vorarbeiten zur Erstellung evidenzbasierter Leitlinien - wie Literatur-Recherche, -Bewertung und -Auswahl.

Um hier Abhilfe zu schaffen, vor allem um die Leitlinienarbeit inhaltlich und finanziell zu rationalisieren, wurde vom Autor im März 2001 die Gründung eines internationalen Leitlinien-Netzwerks auf einer Konferenz der Leitlinien-Studiengruppe AGREE Collaboration [Agree Collaboration 2000] vorgeschlagen. Vor diesem Hintergrund führte das Schottische Leitlinien-Netzwerk SIGN (www.sign.ac.uk) bis Anfang 2002 mittels einer strukturierten Befragung von weltweit 192 Leitlinien-Organisationen eine Bedarfsanalyse durch. Die Ergebnisse der Rückmeldungen von 36 Organisationen aus 18 Ländern wurden im Sommer 2002 auf dem Internationalen Leitlinienkongress CPG 2002 der ÄZQ diskutiert [Miller 2002] und bildeten die Grundlage für die inhaltliche und organisatorische Konzeption von G-I-N. Im November 2002 konstituierte sich ein Gründungskomitee aus Mitgliedern der AGREE Collaboration und Repräsentanten von Leitlinien-Organisationen. Anfang Februar 2003 erfolgte die formale Gründung als gemeinnütziger Verein nach Schottischem Recht.

Zwischen Anfang Dezember 2002 und Ende Januar 2003 traten 26 Institutionen dem Netzwerk bei, darunter die WHO und aus Deutschland die AWMF sowie das ÄZQ.

Ziele von G-I-N

G-I-N bemüht sich um Qualitätsent-

wicklung der Gesundheitsversorgung durch Unterstützung internationaler Zusammenarbeit auf dem Gebiet der systematischen Entwicklung von Leitlinien und ihrer Anwendung in der medizinischen Praxis. Die betrifft insbesondere

- ▶ Förderung von Informationsaustausch, Ausbildung, Wissenstransfer und Zusammenarbeit zwischen Leitlinien-Programmen zur Berücksichtigung internationaler Standards und Vermeidung von Doppelarbeit;
- ▶ Verbesserung und Harmonisierung der Methodik zur systematischen Leitlinien-Entwicklung bei existierenden und neuen Leitlinienprogrammen;
- ▶ Verbesserung der Methodik zur Verbreitung, Implementierung und Evaluation medizinischer Leitlinien;
- ▶ Identifizierung von Prioritäten sowie Unterstützung von Forschung und Forschungstransfer auf dem Gebiet der Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien.
- ▶ Vernetzung von Organisationen zur verbesserten Koordination mit anderen Qualitätsinitiativen im Gesundheitswesen.

Aktivitäten von G-I-N

Für 2003 sind folgende Aktivitäten geplant:

- ▶ Koordination von Projekten der G-I-N-Mitglieder durch Sammlung und Darlegung der Details publizierter und in Vorbereitung befindlicher Leitlinien;
- ▶ Erstellung einer Datenbank zum verbesserten Austausch von Hintergrundinformationen zu Leitlinien (z.B. Literatur-Suchstrategien und Evidenz-Analysen);
- ▶ Beteiligung an Projekten zur Harmonisierung von Systemen der Evidenzbewertung (in Zusammenarbeit mit der Cochrane Collaboration);
- ▶ Organisation von Workshops zu Fragen der Leitlinienmethodik und zur Vorbereitung einer Internationalen Leitlinienkonferenz im Dezember 2004. Die ersten G-I-N-Work-

shops werden Anfang April 2003 in Krakau (Polen) und im September in Washington DC organisiert.

Weitere Aktivitäten, denen sich G-I-N künftig widmen wird, umfassen:

- ▶ Aufbau und Pflege einer Bibliothek von Instrumenten und Trainingsmaterialien zur Leitlinienentwicklung;
- ▶ Erstellung eines Forschungsregisters über abgeschlossene, in Arbeit befindliche und geplante Studien zu Leitlinien, um die Verbreitung und Implementierung von Studienergebnissen zu fördern und Forschungsbedarf identifizieren zu können;
- ▶ Beteiligung an der Harmonisierung elektronischer Leitlinien-Formate (z.B. XML Format) zur Vermeidung der Verbreitung nicht kompatibler Systeme;
- ▶ Integration von Health Technology Assessment und Leitlinien;
- ▶ Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit an der Leitlinienentwicklung und -implementierung;
- ▶ Förderung der Koordination von Leitlinienentwicklung, -implementierung und -evaluation.

Mitglieder

Der Erwerb der **Vollmitgliedschaft** bei G-I-N ist möglich für nichtkommerzielle Organisationen, die auf den Gebieten der Leitlinien-Entwicklung, -Verbreitung, und/oder -Evaluation oder in verwandten Bereichen tätig sind.

Eine **Assoziierte Mitgliedschaft** ist möglich für kommerzielle Unternehmen sowie für Einzelpersonen, die in den oben genannten Bereichen tätig sind (assoziierte Mitglieder haben kein aktives oder passives Wahlrecht für G-I-N-Gremien).

Als „**Gründungsmitglieder**“ sind dem Netzwerk bis Ende Januar 2003 folgende Organisationen beigetreten („Gründungsmitglieder“ zahlen – zusätzlich zum Jahresbeitrag von € 2.500 einen Beitrag in gleicher Höhe für den Aufbau der Organisation – insbesondere des G-I-N-Internet-Programms):

Organisation und Management

Bis Dezember 2003 ist für die Aktivitäten von G-I-N ein „Gründungskomitee“ zuständig, das aus Repräsentanten mehrerer Gründungsmitglieder und kooptierten Experten besteht. Danach

Mitglieder

- ▶ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), D
- ▶ Agency for Health Research and Quality (AHRQ), US
- ▶ Agree Collaboration
- ▶ Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), F
- ▶ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), D
- ▶ Basque Office for Health Technology Assessment (OSTEBA), E
- ▶ Belgisches Cochrane Centre (CEBAM), B
- ▶ Clinical Epidemiology Centre, University of Lausanne, (CepiC), CH
- ▶ Danish Guidelines Secretariat, DK
- ▶ Dutch College of General Practitioners (NHG), NL
- ▶ Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO), NL
- ▶ Finnish Office for Health Care Technology Assessment (FinOHTA), FIN
- ▶ Flemish College of General Practitioners (WVGH), B
- ▶ French National Federation of Cancer Centres (FNCLCC), F
- ▶ Italian Evidence-Based Medicine Group (GIMBE), I
- ▶ Josep Laporte Library Foundation, E
- ▶ National Institute for Clinical Excellence (NICE), England & Wales, UK
- ▶ New Zealand Guidelines Group, NZ
- ▶ NHS Centre for Reviews & Dissemination, UK
- ▶ Österreichisches Informationszentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (forumQ.at), A
- ▶ Regional Health Agency Emilia Romagna, I
- ▶ Royal College of Surgeons in Ireland, IRL
- ▶ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), UK
- ▶ Slovenian Guidelines Group, SLO
- ▶ Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle (SCHIN), UK
- ▶ World Health Organisation



geht die Verantwortlichkeit in die Hände des G-I-N-Vorstands über, der im September auf der ersten Mitgliederversammlung in Washington DC gewählt wird. Ende Dezember 2002 wurden G-I-N-Arbeitsgruppen zu den Themenbereichen „Leitlinien-Datenbank“, „Arbeitsmaterialien für die Leitlinien-Entwicklung“, „Harmonisierung der Evidenzbewertung“, „Internetauftritt“, „Workshops“, „Kommunikation und Promotion“ etabliert.

Ausblick

Dem neugegründeten internationalen Leitlinien-Netzwerk G-I-N sind Ende 2002/Anfang 2003 innerhalb von acht Wochen 26 renommierte Organisationen aus 15 Ländern inklusive der WHO beigetreten.

Dieser Zuspruch belegt den Bedarf für ein solches supranationales Kommuni-

kations- und Informationsforum. Um den offensichtlich hochgesteckten Erwartungen gerecht zu werden, hat das G-I-N-Gründungskomitee kurzfristig die oben genannten Arbeitsgruppen etabliert.

Bei der Definition der Arbeitspakete wurde Wert darauf gelegt, nicht in Konkurrenz zu bereits erfolgreichen internationalen Aktivitäten zu treten (z.B. Cochrane Collaboration – www.cochrane.de - Schwerpunkt: Studienbewertung, International Network of Agencies for Health Technology Assessment INAHTA – www.inahta.org - Schwerpunkt HTA, AGREE Collaboration – www.agreecollaboration.org - Schwerpunkt: Leitlinienforschung) zu treten.

Vielmehr wird G-I-N subsidiär Themenfelder aufgreifen, die von etablierten Strukturen bisher nicht aufgegriffen

wurden. Dies ist durch das langjährige Engagement von G-I-N-Experten in den anderen Netzwerken gewährleistet.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Günter Ollenschläger
FRCP Edin

Vorsitzender des Gründungskomitees
The Guidelines International Network
G-I-N c/ o Ärztliches Zentrum für
Qualität in der Medizin äzq
Aachener Str. 233-237, 50931 Köln
E-mail: ollenschlaeger@azq.de
<http://www.g-i-n.net>, <http://www.azq.de>

¹ Die ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, gegründet 1995 als Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung und im Januar 2003 in „Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin“ umbenannt.

Frühsommer-Meningoenzephalitis in Hessen ?

Von Professor Dr. R. Kaiser, Pforzheim

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch Zecken übertragene virale Zoonose, die in weiten Teilen Süddeutschlands verbreitet ist. Männer erkranken etwa doppelt so häufig wie Frauen, ein Zeckenstich ist nur ca. 70 % der Betroffenen erinnerlich. Die meisten Infektionen erfolgen während der Freizeit.

Die Inzidenz der FSME beträgt in Deutschland etwa 150 (100 – 300) Erkrankungsfälle pro Jahr, wobei in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg von Erkrankungsfällen zu verzeichnen ist. Der Schweregrad der Erkrankung nimmt mit dem Alter zu, allerdings können auch schon im Kindesalter schwere Verläufe mit Defektzuständen auftreten [1]. Mehr als ein Drittel der Patienten leidet nach der akuten Erkrankung noch unter lang anhaltenden Folgeschäden wie Paresen, Gleichgewichtsstörungen und mentalen Dysfunktionen.

Risikogebiete für eine FSME (Landkreise mit mindestens fünf Erkrankungs-

fällen in fünf Jahren) finden sich vornehmlich in Baden-Württemberg und Bayern und seit einigen Jahren vereinzelt auch in Hessen. Da die meisten Regionen Hessens jedoch nicht als Risikogebiete einer FSME ausgewiesen sind, wird in diesen Regionen bei den Symptomen einer Meningitis, Enzephalitis oder Myelitis noch nicht systematisch nach einer solchen Ätiologie gesucht (Risikokarte: siehe unter: www.rki.de). Nachdem im letzten Jahr in Bayern eine gewisse „Ausbreitung“ der FSME in nördliche Landesteile beobachtet wurde, ist es vorstellbar, daß die FSME auch in Hessen weiter – als bisher angenommen – verbreitet ist. Ziel einer geplanten Studie ist es daher, die Risikogebiete einer FSME in Hessen anhand von klinisch und serologisch definierten Erkrankungsfällen zu beschreiben. Erhebungsbögen zur FSME können beim Verfasser per Fax (07231-969911) angefordert werden.

Der serologische Nachweis einer Infektion mit dem FSME-Virus (IgM- und

IgG-Antikörper) ist von den Laboratorien nach dem Infektionsschutzgesetz (§ 7 IfSG) dem örtlichen Gesundheitsamt namentlich zu melden (www.rki.de).

Literatur

1. Kaiser, R. [Epidemiology and progress of early summer meningoencephalitis in Baden-Württemberg between 1994 and 1999. A prospective study of 731 patients]. Dtsch Med Wochenschr 125, 1147-1153 (2000).

Anschrift des Verfassers:
Neurologische Klinik
Städt. Klinikum Pforzheim
Kanzlerstraße 2-6
75175 Pforzheim

Nützliche Infos zur Borreliose, der wichtigsten Zeckenerkrankung, finden sich im Internet unter: „Lyme-Borreliosen.de“.

Lösungswort des Kreuzworträtsels

von Seite.145, Ausgabe 3/2003

B I N S W A N G E R



Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonde)

Von Professor Dr. med. Christian Löser, Kassel

Die Vermeidung einer katabolen Stoffwechsellage mit Gewichtsverlust durch Aufrechterhaltung der physiologischen enteralen Ernährung ist bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder benignen Schluck- und Passagestörungen ein wichtiges Therapieziel und eng mit der Lebensqualität dieser Patienten verknüpft. Hier ist die enterale Ernährung der parenteralen Nahrungszufuhr überlegen (physiologischer, einfacher durchführbar, komplikationsärmer, geringere metabolische Nebenwirkungen, kostengünstiger, wirtschaftlicher).

Seit der Erstbeschreibung einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) 1980 durch Gauderer und Ponsky (1) wurde die Technik der Methode mehrfach modifiziert und verbessert und hat herkömmliche chirurgische Gastrostomieverfahren (Witzel-Fistel, Magenfistel nach Stamm) mit einer deutlich höheren Komplikationsrate verdrängt (2, 3). Die heute verfügbare Palette von chemisch- sowie nährstoffdefinierten Diäten und Sondenkostformen bietet zusammen mit den einfach zu applizierenden gewebefreundlichen Ernährungssondensystemen aus Polyurethan oder Silikonkautschuk vielfältige Möglichkeiten für eine praktikable, patientenorientierte und komplikationsarme enterale Ernährungstherapie. Wegen ihrer technisch einfachen und sicheren Anagemöglichkeit und der hohen Akzeptanz durch die Patienten (4) hat die Anlage einer PEG-/PEJ-Sonde weltweit schnell eine starke Verbreitung erfahren und ist mittlerweile die Methode der Wahl für die mittel- und langfristige enterale Ernährung von Patienten, die aufgrund be-

nigner oder maligner Grunderkrankungen nicht mehr ausreichend Nahrung zu sich nehmen können. Zur Zeit werden in der Bundesrepublik Deutschland ca. 180.000 PEG-Sonden pro Jahr neu gelegt, wobei die jährliche Zuwachsrate weiterhin im zweistelligen Bereich liegt.

Aufgrund der Ergebnisse verschiedener, aktuell publizierter klinischer Studien können die bisher geltenden Richtlinien der verschiedenen Fachgesellschaften in vielen Punkten modifiziert und das empfohlene Vorgehen zum Teil deutlich vereinfacht werden (5, 6, 7). Auch in Deutschland hat dies im Rahmen verschiedener Expertengespräche zu einer Neubewertung bisher geltender Richtlinien und Vorgehensweisen geführt. Auf der Basis unseres aktuellen Wissensstandes sollen im folgenden die für die klinische Praxis relevanten Aspekte und Vorgehensweisen zusammengefasst und erläutert werden.

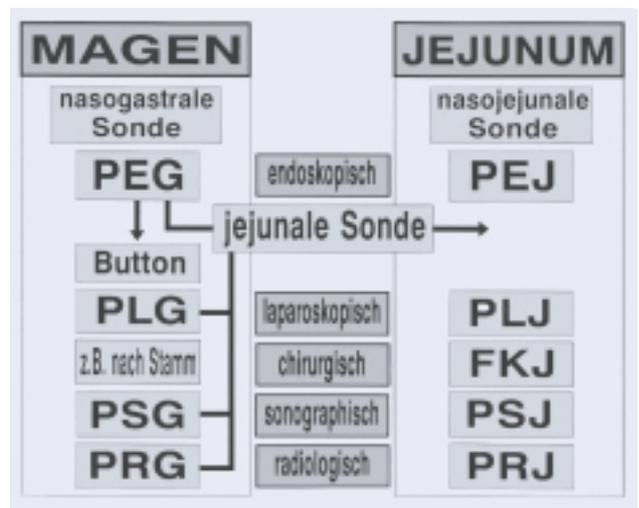
Enterale Sondensysteme

Die heute für die enterale Ernährung zur Verfügung stehenden gastralen und jejunalen Sondensysteme sind in Abb. 1 dargestellt. Wenn eine endoskopische Son-

denanlage technisch nicht möglich ist, können enterale Sondensysteme auch laparoskopisch nach gastral (PLG) oder jejunale (PLJ) platziert werden (8). In den seltenen Fällen einer endoskopisch nicht passierbaren und nicht bougiebaren Stenose des Ösophagus kann eine gastrale bzw. jejunale Ernährungssonde auch sonographisch bzw. radiologisch platziert werden (9, 10) (siehe auch Abb. 1). Wenn nach einem abdominalchirurgischen Eingriff absehbar eine längerfristige künstliche enterale Ernährung notwendig ist, sollte zum Ende der chirurgischen Intervention eine Feinnadelkatheterjejunostomie (FKJ) operativ für die jejunale Ernährung angelegt werden. Wenn sich mindestens vier Wochen nach PEG-Anlage ein stabiles Stoma ausgebildet hat, kann auf Wunsch des Patienten – auch aus kosmetischen Gründen – auf ein Button-System gewechselt werden. Beim Auftreten von gastroduodenalen Motilitätsstörungen, Magenausgangstenosen oder Aspirationen kann konsekutiv auch eine JET („jejunale tube-through“-PEG oder von vornherein primär eine perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ) angelegt werden (11, 12, 13).

Abb. 1: Generelle Möglichkeiten und Modifikationen der Anlage von enteralen Sondensystemen für die gastrale bzw. jejunale Ernährung. PEG = Perkutane Endoskopische Gastrostomie; PEJ = Perkutane Endoskopische Jejunostomie; PLG = Perkutane Laparoskopische Gastrostomie; PLJ = Perkutane Laparoskopische Jejunostomie; FKJ = Feinnadelkatheterjejunostomie; PSG = Perkutane Sonographisch gesteuerte Gastrostomie;

PSJ = Perkutane Sonographisch gesteuerte Jejunostomie; PRG = Perkutane Radiologisch gesteuerte Gastrostomie; PRJ = Perkutane Radiologisch gesteuerte Jejunostomie.



Schlüsselwörter

Enterale Ernährung – Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) – Künstliche Ernährung – Ernährungssonden – Perkutane Endoskopische Jejunostomie (PEJ) – Mangelernährung – Malnutrition – Ernährungstherapie – Sondenernährung – Sondenkost

Die Überlegenheit einer enteralen Langzeiternährung via PEG-/PEJ-Sonde gegenüber der Ernährung über naso-gastrale, bzw. naso-jejunale Sonden, oder operativ angelegte Gastrostomien (z.B. nach Witzel oder Stamm) ist durch klinische Studien eindeutig belegt (2, 3, 14 - 17). Abb. 2 stellt das für die klinische Praxis bedarfsgerechte Vorgehen bei der Auswahl des geeigneten Sondensystems für die enterale Ernährung dar.

Indikationen

Generell ist eine enterale Ernährung über eine PEG-Sonde bei Patienten, denen eine quantitativ oder qualitativ ausreichende Nahrungsaufnahme über mehr als zwei bis drei Wochen absehbar nicht möglich ist, individuell zu erwägen. Primäres Ziel einer enteralen Sondenernährung ist hierbei die Vermeidung des weiteren Gewichtsverlustes mit konsekutiver Reduktion der Lebensqualität der Patienten mit inadäquater oraler Nahrungsaufnahme. Unter dieser Zielsetzung ergibt sich ein breites Indikationsspektrum für die Anlage einer PEG-Sonde (4, 5, 6, 7, 18):

- ▶ Onkologische Erkrankungen (stenosierende Tumoren im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich sowie des oberen Gastrointestinaltraktes, Radiatio/Chemotherapie mit zu erwartendem Gewichtsverlust, Tumorkachexie, etc.),
- ▶ neurologische Erkrankungen (potenziell reversible und irreversible Schluckstörungen, Zustand nach Apoplex, Schädel-Hirntrauma, Hirntumoren, apallisches Syndrom, Bulbärparalyse, etc.),
- ▶ sonstige Erkrankungen („wasting“ bei AIDS, Kurzdarmsyndrom, rekonstruktive Gesichtschirurgie, prolongiertes Koma, Zustand nach Polytrauma, etc.).

Eine Indikation für die Anlage einer PEG-Sonde stellt auch die palliative Ableitung von Magensaft und Dünndarmsekret bei chronischen Magendarm-Stenosen oder Ileus dar. Nur etwa 40 % der mit einer PEG versorgten Patienten haben eine maligne Grunder-

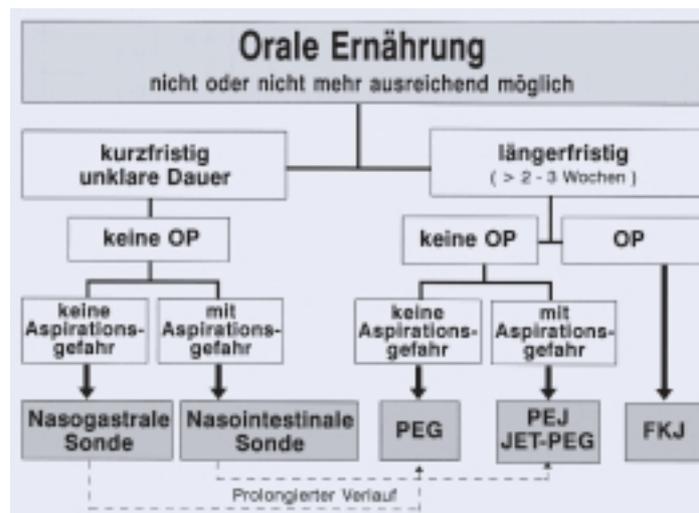


Abb. 2: Bedarfsgerechtes Vorgehen bei der Auswahl des geeigneten Sondensystems für die enterale Ernährung (Erläuterungen siehe Text).

krankung (4); nach großen Sammelstatistiken stellen gutartige neurologische Erkrankungen mit fast 50 % und zumeist maligne Erkrankungen im HNO-Bereich mit etwa 30 % die Hauptindikationsfelder dar.

Eine aggressive, palliative Tumorthherapie (Chemotherapie, Bestrahlung) setzt eine adäquate individuelle Ernährungsstrategie voraus; daher sollte auch bei in dieser Situation zu erwartender vorübergehender kataboler Stoffwechselsituation mit konsekutivem weiteren Gewichtsverlust großzügig die Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde erwogen werden, da sich eine frühzeitige und konsequente zusätzliche enterale Ernährung über eine PEG gegenüber einer alleinigen oralen Ernährung bei mehrwöchiger Strahlen-/Chemotherapie als überlegen erwiesen hat (19, 20, 21).

Vor der Anlage einer enteralen Ernährungssonde muß kritisch der individuelle Nutzen einer enteralen Sondenernährung für den einzelnen Patienten unter Abwägung des individuellen klinischen Verlaufes, der Prognose, ethischer Überzeugungen und Abschätzung der Lebensqualität unter Wahrung der Autonomie des Patienten erwogen werden (22, 23). Die perkutane Anlage einer enteralen Ernährungssonde ist keine Terminalmaßnahme bei Patienten mit infauster Prognose. Das Legen einer PEG-Sonde bedarf einer klaren medizinischen Indikationsstellung.

Kontraindikationen

Schwerwiegende Gerinnungsstörungen (Quick <50 %; PTT >50 s; Thrombozyten <50.000/mm Δ), ausgeprägte Peritonealkarzinose, massiver Aszites, Peritonitis, Anorexia nervosa, schwere Psychose und eine deutlich eingeschränkte Lebenserwartung stellen Kontraindikationen für die Anlage einer PEG-/PEJ-Sonde dar (5, 6, 7). Das Fehlen einer Diaphanoskopie im Bereich der Punktionsstelle ist heute keine Kontraindikation mehr, wenn beim Nadelaspirationstest mit einer Kochsalzgefüllten 10 ml-Spritze unter kontinuierlicher Aspiration der Magen ohne vorherige Luftaspiration problemlos punktiert werden kann (24). Klinische Studien belegen, daß auch das Vorhandensein eines leichten bis mäßigen Aszites oder eines ventrikuloperitonealen Shuntsystems keine Kontraindikationen für die Anlage einer PEG-/PEJ-Sonde mehr darstellen, da hier keine erhöhte Komplikationsrate nachgewiesen werden konnte (25). Auch die Durchführung einer Peritonealdialyse stellt keine Kontraindikation für eine PEG-Anlage dar. Besonders in der Pädiatrie liegen gute Erfahrungen mit der Ernährung über PEG-Sonden oder Button-Systeme bei Kindern mit Peritonealdialyse vor (26, 27).

Ösophagusstenosen sind ebenfalls keine Kontraindikationen, wenn sie endoskopisch bougiert werden können. Nach Abwägung des individuellen



Nutzens sollten zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität (Schlucken von Speichel, Trinken bei Verlangen, etc.) zusätzlich zur PEG-Anlage hochgradige Ösophagusstenosen nach Bougierung ggf. mit einem Tubus oder Stent versehen werden. Zum Ausschluß lokaler Kontraindikationen wird vor der Anlage einer PEG-/PEJ-Sonde routinemäßig eine Gastroskopie durchgeführt; eine schwere erosive Gastritis sowie ein Ulcus sollten vor Anlage einer enteralen Ernährungssonde zur Abheilung gebracht werden. Eine großflächige Tumordinfiltration im Bereich der Punktionsstelle stellt ebenfalls eine lokale Kontraindikation dar. Gastrointestinale Voroperationen, wie z.B. eine B I- oder B II-Resektion sowie eine totale Gastrektomie stellen heute keine Kontraindikation für die Anlage einer PEG-/PEJ-Sonde mehr dar; auch wenn die primäre Erfolgsquote für die endoskopische Anlage einer enteralen Sonde bei resistierenden gastrointestinalen Voroperationen etwas geringer ist, kann sie bei vorhandener Diaphanoskopie bzw. negativem Nadelaspirationstest ohne nennenswert erhöhtes Risiko vorgenommen werden.

Voruntersuchungen und Aufklärung

Da die endoskopische Anlage einer enteralen Ernährungssonde im juristischen Sinn eine Körperverletzung darstellt und darüber hinaus letztlich immer ein elektiver Eingriff ist, muß eine rechtsgültige Einverständniserklärung vorliegen. Art und Umfang des Aufklärungsgesprächs sowie die schriftliche Dokumentation folgen den allgemeinen Richtlinien für die Aufklärung von Patienten für endoskopische Interventionen. Wenn bei einem nicht entscheidungsfähigen Patienten bisher keine Betreuung eingerichtet wurde, muß – wie für andere invasive, elektive Eingriffe auch – vor der endoskopischen Anlage einer enteralen Ernährungssonde die Zustimmung des zuständigen Amtsgerichtes eingeholt werden. Das alleinige Einverständnis der nächsten Angehörigen ist bei fehlender, zeitnaher Dokumentation des Patientenwillens juristisch nicht ausreichend. Die vor einer endoskopischen Sonden-

anlage notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen sind in Tab. 1 dargestellt. Für eine bedarfsgerechte Sedierung mit einem kurz wirkenden Benzodiazepinderivat (z.B. Midazolam 3 - 5 mg i.v.) sollte eine venöse Verweilkanüle gelegt werden. Der Patient sollte mindestens acht Stunden vor der PEG-Anlage nüchtern sein. Bei entsprechender Bauchbehaarung sollte der Oberbauch supraumbilikal rasiert werden. Bei dem aktuell erhobenen Gerinnungsstatus sollte der Quick-Wert $>50\%$, die partielle Thromboplastinzeit <45 s und die Thrombozytenzahl $>50.000/\text{mm}^3$ sein. Es ist nicht belegt, daß Medikamente, die die Magensäuresekretion beeinflussen, wie z.B. H_2 -Rezeptorantagonisten oder Protonenpumpenhemmer, vor Anlage einer PEG-Sonde abgesetzt werden müssen.

Vorbereitung

Der Patient sollte mindestens acht Stunden vor PEG-Anlage nüchtern sein, bei Hinweis auf gastrale Motilitätsstörungen auch länger. Ob eine generelle prophylaktische einmalige Antibiotikagabe (z.B. 2 g eines Cephalosporins i.v.) einen effektiven Schutz vor einer entzündlichen Komplikation darstellt, wird gegenwärtig in der Literatur kontrovers diskutiert (28). Zur Zeit liegen fünf publizierte Studien vor, die einen klinischen Vorteil einer einmaligen Antibiotikagabe belegen, während zwei Studien keinen Vorteil in Bezug auf die Vermeidung einer lokalen Wundinfektion nachweisen können. Wir führen, wie viele andere Zentren in Deutschland auch, seit ca. zwei Jahren keine routinemäßige antibiotische Prophylaxe mehr durch, ohne daß dadurch unsere lokale Komplikationsrate angestiegen ist. Zur Zeit ist aufgrund der verschiedenen Kritikpunkte und methodischen Schwächen der vorliegenden Studien keine abschließende Beurteilung möglich. Ein Konsens für eine generelle Antibiotikaprophylaxe findet sich nicht, weshalb in den meisten Zentren eine Antibiotikaprophylaxe nur bei Patienten mit einem besonderen Risikoprofil durchgeführt wird (28). Im Zweifelsfall sollte aber eher eine großzügige Indikationsstellung für die Durch-

führung einer individuellen Antibiotikaprophylaxe erfolgen. Eine einmalige Antibiotikaprophylaxe entfällt, wenn der Patient aus anderen Gründen zeitgleich eine antibiotische Therapie bekommt.

Vor der PEG-Anlage wird routinemäßig eine Gastroskopie durchgeführt, so daß die hierfür notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen getroffen werden müssen. Die Untersuchung selbst findet in Rückenlage des Patienten unter gleichzeitiger Seitenlage des Kopfes statt. Bei verschleimten Patienten oder gesteigerter Sekretbildung sollte ein Absauggerät während der Untersuchung bereitstehen. Die PEG-Anlage erfolgt nach chirurgischem Standard unter sterilen Kautelen (Hautdesinfektion, steriles Schlitztuch, sterile Handschuhe für den Punkteur, etc.).

Technische Durchführung

Heute steht eine Vielzahl von PEG-Anlagetechniken und PEG-Sondensystemen kommerziell zur Verfügung, die mit einer technischen Erfolgsrate von über 99 % bei einer methodenbedingten Letalität von fast 0 % in der Hand des erfahrenen Endoskopikers angelegt werden können (4, 11, 30 - 32). Eine PEG-Anlage kann entweder als Fadendurchzugmethode („Pull-Technik“), in Seldinger-Technik („Push-Technik“) oder als Direktpunktion durchgeführt werden, wobei sich die Fadendurchzugmethode als technisch einfache, sichere und am häufigsten angewandte Methode in der klinischen Praxis durchgesetzt hat. Prinzipiell sollten – auch bei Kindern – großlumige (mindestens 15 Charrière) PEG-Sonden angelegt werden, da kleinere Sondensysteme mehr Probleme in Bezug auf die Sondenkostinfusion bereiten sowie häufiger einen Sondenverschluß nach sich ziehen.

Nach einer prospektiven Studie in unserer Klinik dauert die gesamte PEG-Anlage nach der etablierten Fadendurchzugmethode routinemäßig etwa 12 Minuten (4). Bei der Fadendurchzugmethode wird unter gastroskopischer Sicht an der Magenvorderwand im distalen Korpusbereich diaphanoskopisch oder



durch den Nadelaspirationstest die Punktionsstelle markiert und nach ausreichender Lokalanästhesie und adäquater Stichinzision die Punktionskanüle unter endoskopischer Kontrolle in den vorher prall mit Luft gefüllten Magen gestochen. Wie bereits oben erwähnt, ist das Fehlen einer Diaphanoskopie im Bereich der Punktionsstelle heute keine Kontraindikation mehr, wenn im Punktionsbereich mit einer Kochsalzgefüllten 10 ml-Spritze unter Aspiration der Magen ohne vorherige Luftaspiration problemlos punktiert werden kann (Nadelaspirationstest) (24). Durch die Kanülenscheide wird ein Faden bzw. Draht in den Magen vorgeschoben, dort mit einer Biopsiezange gefaßt und zusammen mit dem Gastroskop nach peroral herausgezogen. Der Faden wird mit der Schlaufe am externen Ende der PEG-Sonde fest verbunden und unter kontinuierlichem Zug transösophago-gastral durch den Stichkanal nach außen gezogen, bis die innere Halteplatte die Magenvorderwand an der Bauchdecke adaptiert (5, 29). Zur Vermeidung von fadenbedingten Schleimhautläsionen beim Durchziehen der Sonde soll die Kanülenscheide während der Durchzugsphase bis zur Ankopplung der konischen Sondenspitze im Punktionskanal verbleiben. Nach komplikationsloser Anlage einer PEG-Sonde ist eine erneute gastroscopische oder röntgenologische Kontrolle nicht erforderlich.

Zur Vermeidung der am häufigsten auftretenden Komplikation einer lokalen Wundinfektion sind folgende Allgemeinmaßnahmen wichtig und sollten in der täglichen Praxis konsequent umgesetzt werden: Durchführung einer ausreichend großen Stichinzision (ca. 8 mm), so daß die Sonde im Stichkanal nicht zu Druckläsionen und damit Ischämie führt; Vermeiden einer feuchten Kammer unter der äußeren Halteplatte durch Einlage einer Y-Kompresse; Fixation der Sonde durch die äußere Halteplatte ohne Zug mit ausreichendem Sondenspiel von mindestens >5mm zur Vermeidung einer lokalen Ischämie.

Erfolgsrate

Die technische Erfolgsrate liegt unter Beachtung der Kontraindikationen (siehe oben) bei den meisten großen Sammelstatistiken im Bereich von 99 % mit einer methodenbedingten Letalität von fast 0 % (4, 11, 30 - 32). Bei gastralen Voroperationen (B I- oder B II-Resektion, totale Gastrektomie, etc.) sinkt die Erfolgsrate auf etwa 80 % ab (30, 33).

Nachsorge des Patienten

Das früher propagierte Vorgehen, die frisch gelegte PEG-Sonde initial über 24 Stunden unter Zug zur besseren Adaptation der Magenwand an die Bauchwand zu halten, kann nach dem heutigen Kenntnisstand nicht mehr aufrecht erhalten werden. Im Gegenteil kann eine zu starke und zu lange Zugspannung zu

Ischämien und damit zu Wundheilungsstörungen und Erhöhung der Infektionsgefahr führen. Die äußere Halteplatte sollte daher initial über Nacht allenfalls unter ganz leichtem Zug spannungsfrei adaptiert werden. Danach muß darauf geachtet werden, daß ein ausreichend großer Sondenspielraum von mindestens 5 mm bei interponierter Y-Kompresse unter der äußeren Halteplatte eingehalten wird (Tab. 1).

Initial sollte bis zur vollständigen Granulation des Stichkanals täglich eine lokale Desinfektion mit sterilem Verbandswechsel erfolgen. Später sind zwei- bis dreitägige Verbandswechsel völlig ausreichend. Aktuelle Studien belegen, daß Sondenkost problemlos bereits ein bis zwei Stunden nach PEG-Anlage appliziert werden kann (34, 35). Eine zu intensive kontinuierliche lokale Desinfektion nach initialer Granulation des Stichkanals und adäquater Wundheilung kann das Auftreten von lokalen Infektionen (Mykosen) und Ekzemen begünstigen.

Für die Weiterbetreuung von mit einer PEG-Sonde versorgten Patienten muß ein individueller Ernährungsplan (individuell adäquate tägliche Kalorien- und Flüssigkeitsmenge, Auswahl der adäquaten Sondenkost, etc.) erstellt werden, ggf. eine Schulung des Patienten bzw. der Angehörigen im Umgang mit der Sondenpflege und der Sondenkostapplikation erfolgen sowie rechtzeitig die weitere Pflege und häusliche Versor-

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/Regresse
- Zulassungsrecht
- Berufsrecht
- Chefarztrecht
- Arbeitsrecht

Fordern Sie meine Kanzlei-broschüre 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

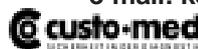
Fine Medical Furniture

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



PC gestützte cardiopulmonale
Diagnostik

eigener techn. Service



Tab. 1: Notwendige Vorbereitung und Nachsorge vor bzw. nach endoskopischer Anlage enteraler Sondensysteme

Vorbereitung	Nachsorge
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausschluß von Kontraindikationen ▪ Aktuelle Gerinnung (Quick >50 %, PTT <45 s, Thrombozyten >50.000/mm³) ▪ Schriftliche Einverständniserklärung (s. Text) ▪ Braunüle ▪ Patient nüchtern lassen ▪ Antibiotikagabe (2 g Cefazolin i.v.) (nur bei speziellen Risikopatienten) ▪ Oberbauch supraumbilikal rasieren ▪ Analgesie/Sedierung ▪ Sondenanlage unter chirurgischen Kautelen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äußere Halteplatte initial über Nacht unter ganz <u>leichtem</u> Zug adaptieren (keine Spannung!) ▪ Danach ausreichender Sondenspielraum >5 mm ▪ Sterile Y-Kompresse unter äußere Halteplatte ▪ Initial tägl. Desinfektion und steriler Verbandswechsel (später 2 - 3-tägig) ▪ Beginn der Sondenkostgabe gleich nach PEG-Anlage möglich ▪ Individueller Ernährungsplan (Kalorien, Flüssigkeitsmenge etc.) ▪ Patienten-/Angehörigen-Schulung ▪ Organisation der weiteren Pflege und Versorgung

gung organisiert und koordiniert werden. Bei unkompliziertem Verlauf sind keine speziellen Langzeitroutinekontrollen notwendig.

Grundsätzlich sollte nach jeder Bolusapplikation von Sondenkost, bzw. nach jedem Flaschen-/Beutelwechsel bei kontinuierlicher Sondenkostzufuhr sowie vor und nach jeder Medikamentengabe die enterale Ernährungssonde mit etwa 40 ml hellem Tee oder stillem Mineralwasser zum Schutz vor Inkrustierung und Verstopfung, bzw. zum Erhalt der Transparenz der Sonde, gespült werden. Aus Gründen des Materialschutzes sollte die Ritsch-Ratsch-Klemme täglich verschoben oder ganz offengelassen werden; der Sondenansatz sollte täglich mit Wasser und einer kleinen Bürste gereinigt werden. Patienten mit einem endoskopisch gelegten Sondensystem können nach initialer Wundheilung problemlos duschen; dabei wird vorher der gesamte äußere Verband entfernt, nach dem Duschen die Haut und die PEG-Austrittsstelle gesäubert und vor dem Anlegen eines neuen Verbandes gut abgetrocknet. Häufige Fehler bei der Ernährung mit Sondenkost nach Anlage einer enteralen Ernährungssonde, die dann zu zum Teil erheblichen Beschwerden führen können, sind ein zu schneller enteraler Kostaufbau nach vorher längerfristiger total parenteraler Ernährung, die Gabe von zu großen Volumina bei Bolusapplikation, die zu hohe oder zu niedrige Sondenkosttemperatur, Flüssigkeitsmangel (Richtlinie ca. 40 ml/kg Körperge-

wicht/Tag), Ballaststoffmangel oder die Applikation einer individuell nicht adäquaten Sondenkostform.

Komplikationen

Die Komplikationsrate nach endoskopischer Anlage von enteralen Ernährungs sonden wird in der vorliegenden Literatur mit 8 - 30 % in Abhängigkeit von den sehr unterschiedlichen Definitionen einer Komplikation angegeben, wobei schwere, therapiebedürftige Komplikationen in etwa 1 - 4 % der Fälle auftreten (4, 6, 11). Akute, schwere Komplikationen, wie eine Perforation, eine schwere intraabdominelle Blutung oder eine Peritonitis, die letztlich operativ behandelt werden müssen, kommen bei konsequenter Einhaltung der oben ausgeführten Kontraindikationen in deutlich weniger als 0,5 % der Fälle vor.

Die häufigste Komplikation ist das Auftreten einer lokalen Wundinfektion (etwa 15 %), die weitaus meisten peristomalen Infektionen sind durch lokale antiseptische Maßnahmen und zweimal täglichem Verbandswechsel problemlos zu behandeln. Der radiologische Nachweis eines Pneumoperitoneums nach PEG-Anlage ist sehr häufig (nach der Literatur bis zu >50 %) und ist keine Komplikation mit therapeutischen Konsequenzen. In den ersten Tagen nach endoskopischer Anlage einer enteralen Ernährungs sonde können Patienten über peristomale abdominelle Schmerzen klagen, es können sich leichte Temperaturerhöhungen, unter Umständen mit passagerer

Leukozytose, entwickeln, und in einigen Fällen kann passager Mageninhalt aus dem granulierenden Stichkanal austreten. Langzeitkomplikationen nach Anlage einer PEG-Sonde können Sondenokklusionen, Perforationen mit konsekutiver Leckage aus der Sonde, bzw. dem Sondenansatz, die Ausbildung einer Zellulitis, eines Ekzems oder von Hypergranulationsgewebe („wildes Fleisch“) sein. Die meisten dieser potenziellen

Langzeitkomplikationen sind streng abhängig von der individuellen Sondenpflege und können durch sorgfältigen Umgang mit der Sonde meist effektiv vermieden werden. Bei Verwendung der Fadendurchzugmethode sind bei Vorliegen okkludierender proximaler Tumoren bisher weltweit 16 Fälle von Impfmetastasen an der Punktionsstelle beschrieben, wobei dies allerdings in keinem dieser sehr seltenen Fälle für den Patienten ein lebenslimitierender Faktor war. Selten kann es auch zum Auftreten des „buried bumper-Syndroms“ (Einwachsen der inneren Halteplatte in die Magenwand) kommen, wobei diese Komplikation wahrscheinlich auf einen konstant zu großen Zug am SONDENSYSTEM zurückzuführen ist und die ohnehin empfohlene lockere Fixation mit ausreichend großem Sondenspielraum vermieden werden kann. Unter adäquater Langzeitpflege können PEG-Sonden komplikationslos über viele Jahre, ohne die Notwendigkeit eines Wechsels, benutzt werden.

Entfernung einer PEG-Sonde

Auch wenn klinische Studien belegen, daß die Entfernung einer PEG-Sonde durch einfaches Abschneiden des äußeren Katheters und Abgang der inneren Halteplatte via naturalis ohne erhöhte Komplikationsgefahr bei Erwachsenen möglich ist, entfernen wir – wie die meisten Zentren – nach wie vor die mit einer Schlinge gefaßten Halteplatten endoskopisch. Aktuelle Untersuchungen belegen,



daß die Patienten unmittelbar nach PEG-Entfernung oral Nahrung zu sich nehmen können und der extern mit einer sterilen Kompresse abgedeckte Stichkanal schnell und unkompliziert zugranuliert.

Klinischer Stellenwert

Der klinische Stellenwert einer enteralen Ernährung über endoskopisch gelegte Sondensysteme reduziert sich nicht auf Patienten mit hochgradiger Dysphagie oder als Maßnahme bei fortgeschrittenen Tumorleiden. Etwa 60 % der PEG-Anlagen erfolgen bei Patienten mit benignen Grunderkrankungen. Bei Patienten, die über absehbare Zeit (mehr als zwei bis drei Wochen) deutlich weniger als die notwendige tägliche Flüssigkeits- und Kalorienmenge zu sich nehmen können, sichert die zusätzliche Ernährung über eine PEG-Sonde den im Rahmen der Erkrankung notwendigen Energiebedarf und gestattet dem Patienten, sich ohne „Essenzwang“ nach seinen Möglichkeiten oral zu ernähren. Insbesondere im Rahmen einer palliativen Strahlen-/Chemotherapie muß bei einem Patienten mit grenzwertigem oder reduziertem Ernährungszustand ein adäquates individuelles Ernährungsregime erstellt werden, bei dem auch eine passagere Ernährung über ein enterales Sondensystem individuell erwogen werden kann, um die Therapietoleranz zu erhöhen, die Komplikations- und Hospitalisationsrate zu senken und die Lebensqualität der Patienten zu erhalten (19, 36).

Prospektive klinische Langzeitstudien belegen, daß eine enterale Ernährung über eine PEG-Sonde von den Patienten subjektiv ausgezeichnet akzeptiert und toleriert wird (4) und darüber hinaus sowohl bei kooperativen als auch nicht-kooperativen Patienten signifikant die Lebensqualität verbessern kann (36).

Die enterale Ernährung über ein endoskopisch gelegtes Sondensystem stellt eine kostengünstige, komplikationsarme, hocheffektive und einfach zu handhabende Möglichkeit zur Aufrechterhaltung einer adäquaten enteralen Ernährung bei Patienten mit unzureichender oraler Nahrungsaufnahme dar. Klinische Studien belegen die hohe Akzeptanz durch die Patienten und die deutliche Verbesserung des Ernährungszustandes und des Gesamtbefindens dieser Patienten. Die individuelle Entscheidung für die Anlage eines enteralen Sondensystems sollte bei in Frage kommenden Patienten viel frühzeitiger und großzügiger erwogen werden, um den Ernährungszustand und die Lebensqualität dieser Patienten nicht weiter zu verschlechtern, bzw. wieder zu verbessern.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Christian Löser
Chefarzt der Medizinischen Klinik
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Hansteinstr. 29, 34121 Kassel
Tel.: (0561) 3086 - 440, Fax: (0561) 3086 - 444
E-mail: chr.loeser@rkh-kassel.de

Hartmannbund-Landesverband Hessen

– Jahresversammlung –

Einladung zur öffentlichen Veranstaltung



4. April 2003, 19.30h

Holiday Inn, Fulda

Lindenstr. 45

36037 Fulda

FACHARZT- WAS NUN?

Referentin: Frau Dr. med. Ursula Auerswald
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer
Präsidentin der Landesärztekammer Bremen

Ein eiskalter Wind bläst den Fachärzten ins Gesicht.

Ein Facharztmangel droht. Junge Ärztinnen und Ärzte fliehen in andere Berufe. In Kliniken herrscht heute schon Ärztemangel.

Weiterbildung zum Facharzt wird unter dem DRG-System Not leiden.

Moderne Medizin ist ohne ausreichende Zahl von Spezialisten nicht umzusetzen.

Ulla Schmidt sieht die Zukunft der Fachärzte als „sorgenfreie“ Angestellte in Ambulanzen. Die DDR läßt grüßen.

Die Krankenhausgesellschaft umwirbt Fachärzte unter das Klinikdach ihrer „Gesundheitszentren“. (Hollandisierung)

Die Kassen träumen von „Einkaufsmodellen“, - also Fachärzten unter Kassendiktat – normierte Medizin – s. DMP's.

Wo bleibt die Freiberuflichkeit – die freie Arztwahl auch für den Facharzt – die Therapiefreiheit?

Warum legt man die Axt an einen lebensfähigen Baum, der nur mit frischen Ästen gepropft – aber nicht gefällt werden muß?

Der HARTMANNBUND fordert

- ein gestuftes strukturiertes Facharztsystem, überwiegend im Team
- die Bedürfnisse des Kranken stehen im Mittelpunkt
- sektorale Budgets werden abgeschafft

Kommen Sie A L L E und diskutieren Sie mit der Referentin und Politikern aus Berlin und Wiesbaden.

Also, auf ein Wiedersehen in Fulda.

Ihre

Ingrid Hasselblatt
Landesvorsitzende



Nuklearmedizinische Therapie bei entzündlichen Gelenkerkrankungen

Von Dr. med. Carsten Körber, Dr. med. Nicole Körber-Hafner, Fulda

Zusammenfassung

Unter Radiosynoviorthese versteht man eine seit den 70er Jahren eingesetzte Lokalthherapie chronisch entzündlicher Gelenkerkrankungen mit schwach radioaktiven Pharmaka. Bei lokalen Gelenkbeschwerden und ineffektiver systemischer Therapie ist eine lokale gelenkbezogene Behandlung mittels Radiosynoviorthese heute als die Therapie der Wahl anzusehen. Neben intraartikulärer Instillation von Kortikosteroiden, chirurgischer Synovektomie, Arthrodesen und Gelenkersatz wird zunehmend die Radiosynoviorthese eingesetzt und kommt bereits in über 120 europäischen Zentren zur Anwendung. Zahlreiche Studien auch neueren Datums haben die Effektivität und Gleichwertigkeit dieser lokalen minimal-invasiven Behandlung im Vergleich zur chirurgischen Synovektomie belegt. Insbesondere unter dem Aspekt eines kostenbewußten Einsatzes der finanziellen Ressourcen kommt die Durchführung der Radiosynoviorthese vor allem bei der lokalen Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis und aktivierter Arthrose in Betracht.

Schlüsselwörter

Radiosynoviorthese - Radiosynovektomie - Synovialitis - Arthritis - rheumatoide Arthritis - Arthrose

Radiosynoviorthese

Der Begriff Radiosynoviorthese wurde von Delbarre 1968 geprägt und ist hergeleitet aus den griechischen Worten „Synovia“ (Schleimhaut) und „Orthese“ (Wiederherstellung). Gemeint ist eine weitgehende Wiederherstellung infalmmatorisch veränderter Gelenkinnenhaut bei entzündlichen Gelenkerkrankungen mit Hilfe von Radionukliden.

Therapiespektrum

Rheumatische Erkrankungen sind systemische Erkrankungen, die zunächst auch systemisch behandelt werden müssen. Hierzu stehen insbesondere in den letzten Jahren eine Vielzahl von Medikamenten mit ihren unterschiedlichen Wirkprinzipien zur Verfügung. Sehr häufig klagen Patienten nach einer mitunter sehr langen Behandlungszeit mit einer Basismedikation weiterhin über schmerzhafte Gelenke, die zu einer weiteren Eskalation der systemischen Therapie mit ihren Nebenwirkungen führen würden. Bei diesen Patienten ist die Indikation zur Radiosynoviorthese gegeben, die interdisziplinär mit einem rheumatologisch versierten Arzt (Rheumatologe, Orthopäde oder Rheumachirurg) gestellt werden muß. Erkrankungen, bei denen die

Indikation für eine Radiosynoviorthese gestellt werden kann, gehen aus Tab. 5 hervor. Je früher dabei die Radiosynoviorthese im Krankheitsverlauf eingesetzt wird, desto höher ist die Erfolgsrate und die Chance auf Schmerzfreiheit.

Verwendete Radionuklide und ihre Wirkprinzipien

Für die Radiosynoviorthese stehen die Nuklide Yttrium-90 (Y-90), Rhenium-186 (Rh-186) und Erbium-169 (Erb-169) zur Verfügung. Der Einsatz richtet sich dabei nach der Größe des zu behandelnden Gelenkes, der therapeu-

Tab.2: Prinzip der Radiosynoviorthese

Yttrium-90 Kolloide > Phagozytose > Zellnekrose > Fibrosierung

Webb et. al. 1969, Ann. Rheumatology
Meier-Rouge et al. 1975, Scand. J. Rheumatology

tischen Reichweite der Radionuklide und der Halbwertszeit (s.Tab. 1). Aus den genannten Charakteristika ergibt sich die Verwendung von Y-90 für die Behandlung von Kniegelenken, Rh-186 für Hand-, Schulter-, Ellenbogen-, Sprung- und Hüftgelenke sowie Erb-169 für die kleinen Hand- und Fußgelenke.

Die verwendeten Radionuklide haben die Eigenschaft nahezu vollständig unter Abgabe von Beta-Energie zu zerfallen, so daß eine Messung der Aktivität vor Ort nur eingeschränkt möglich ist. Die Dosierung der Aktivität erfolgt über das zur Therapie verwendete Volumen.

Die an Kolloide oder Citrate gebundenen Radionuklide werden von der obersten Synovialzellschicht erkannt und phagozytiert. Durch autoradiographische Studien ist seit langem bekannt, daß sich die Radionuklide sehr rasch in den oberflächlichen, später in

Tab. 1: Charakteristika der für die Radiosynoviorthese verwendeten Radionuklide

Radionuklid	Halbwertszeit (Tage)	Max. Energie der Beta-Strahlung (MeV)	Max. Reichweite (mm)
Yttrium-90 (Citrat/ Silikat)	2,7	2,27	11,0
Rhenium-186 (Kolloid/Sulfid)	3,7	1,07 (+Gamma)	3,6
Erbium-169 (Citrat)	9,5	0,34	1,0

den tieferen Schichten der Synovia, jedoch nicht im Knorpelbereich nachweisen lassen. Webb et al. untersuchten bereits 1969 die Prinzipien der Radiosynoviorthese mittels Y-90 Kolloiden. Diese wurden von Makrophagen phagozytiert. Nach einiger Zeit beobachtete man den Zelluntergang und eine sich anschließende Fibrosierung. Somit findet sich eine selektive Bestrahlung der Synovia mit Betastrahlung, durch die es zu Nekrosen der Zellen und zum Rückgang der Zellproliferation kommt (s.Tab. 2).

Arthroskopisch findet sich bei den behandelten Zellen ein Rückgang der Zahl der Synovialzotten bei Rückbildung der Hyperämie. Nach mehreren Wochen lassen sich Sklerosierung und Fibrosierung des Synovialzottenstromas und der Gefäße nachweisen. Hierdurch werden die Filtration und Resorption der Synovialflüssigkeit vermindert. Nach mehreren Monaten sind die mononukleären Zellinfiltrate, die die Entzündung zuvor unterhalten haben, in der Synovialis nicht mehr nachzuweisen. Insgesamt kann somit der Destruktionsprozeß verlangsamt oder gestoppt werden.

Der Erfolg einer Radiosynoviorthese hängt somit neben den verwendeten Radionukliden von einer Vielzahl weiterer Einflußfaktoren ab

Tab. 3: Einflußfaktoren auf die Verteilung und Retention der Radionuklide

► **Radionuklide**

Partikelgröße (Aufnahme, Retention)
Spezifische Aktivität (Phagozytosekapazität)
Stabilität (pH)
Volumen des Radionuklides

► **Verteilung**

Injektion (Arthrographie)
Entzündungsausmaß (Abtransport)
Ausmaß der Fibrinbelegung (Phagozytose)

► **Synoviazustand**

Synovialdicke (Reichweite der Radionuklide)
Knorpel-Knochen-Befall (Arthrose)

► **Ruhigstellung**

Abtransport über die Lymphbahnen

Tab.4: Synopsis der Ergebnisse einer Studie von Rampon et al. bei Radiosynoviorthese, (änderung der Schmerzen in %)

Gelenke	n	6M n=958	J n=562	2J n=466
Kniegelenk	196	77 %	66 %	73 %
Schulter	56	62 %	65 %	54 %
Ellenbogen	60	51 %	50 %	50 %
Handgelenk	202	79 %	67 %	50 %
MCP	208	54 %	38 %	44 %
PIP	164	53 %	47 %	39 %
Hüftgelenk	14	43 %	40 %	44 %
Sprunggelenk	58	76 %	100 %	96 %
Gesamt	958	66 %	58 %	54 %

(s.Tab. 3). Aus der zuvor durchgeführten Diagnostik sollte man eine Einschätzung über diese Faktoren gewonnen haben.

Prätherapeutische Diagnostik

Die Indikation zur Durchführung einer Radiosynoviorthese kann nur in einer engen Kooperation mit den behandelnden Rheumatologen, Orthopäden oder Rheumachirurgen gestellt werden.

Nach den Leitlinien sind notwendige prätherapeutische Untersuchungen (s.Tab. 8) neben der Erhebung der Anamnese und des klinischen Befunds insbesondere die Skelettszintigraphie zur Beurteilung des Befallsmusters und der Entzündungsaktivität und die Sonographie des Kniegelenks zum Ausschluß einer rupturierten Poplitealzyste (obligat) und ggf. der Nachweis eines Gelenkergusses. Ebenfalls kann die Synovialisdicke bestimmt werden. Zum Ausschluß von Knochentumoren ist ein Röntgenbild in zwei Ebenen nicht älter als sechs Monate erforderlich. Zur Überprüfung der Indikation, zur Planung und Dosisabschätzung

vor der Radiosynoviorthese wird eine 2-Phasen-Skelettszintigraphie (Weichteilszintigraphie) angefertigt. Damit können Gelenkentzündungen hochempfindlich nachgewiesen werden.

Durchführung der Radiosynoviorthese

Die Radiosynoviorthese wird unter sterilen Bedingungen vorgenommen. Die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten müssen den Bedingungen



Abb. 1a: Arthrogramm des rechten Schultergelenkes vor geplanter Radiosynoviorthese.

des Strahlenschutzes entsprechen. Der behandelnde Arzt muß für die Anwendung der entsprechenden Radionuklide durch eine Umgangsge-



Tab. 5: Indikationen für die Durchführung einer Radiosynoviorthese

Indikationen

- + Chronische Arthritis
- + Aktivierte Arthrose
- + Psoriasis Arthritis
- + Spondylitis ankylosans
- + Hämarthropathie bei Hämophilie

Die Diagnose und die Indikationsstellung muß im Rahmen einer **interdisziplinär** getragenen Therapiestrategie in Zusammenarbeit mit einem rheumatologisch versierten Arzt gestellt werden. In diesem Zusammenhang ist die **Indikation und Einstellung einer systemischen Basismedikation** erforderlich. Der Nuklearmediziner trägt die volle Verantwortung für die Radiosynoviorthese.

nehmung ermächtigt sein. Die Injektion des betroffenen Gelenkes erfolgt unter Röntgendurchleuchtung, um die intraartikuläre Lage der Injektionsnadel sicherzustellen und um die Verteilung des Radionuklides zu überprüfen (s. Abb 1a). Erst bei ausreichend sicherer Verteilung erfolgt die Injektion des Radionuklides.

Nach der Radiosynoviorthese muß das behandelte Gelenk für mindestens 48 Stunden durch einen Verband oder eine Schiene ruhig gestellt werden, um den vorzeitigen Abstrom des Radiopharmakons aus dem Gelenk zu verhindern. Im Anschluß an die Injektion wird mit Hilfe einer Gammakamera ein Verteilungsszintigramm durchgeführt (s. Abb. 1b). Hierbei wird die regionale Verteilung erneut

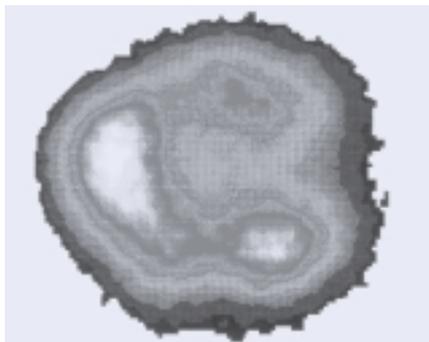


Abb. 1b: Verteilungsszintigramm nach erfolgter Injektion des Radionuklides vom gleichen Patienten (Aufnahmemodus 5 Minuten von ap)

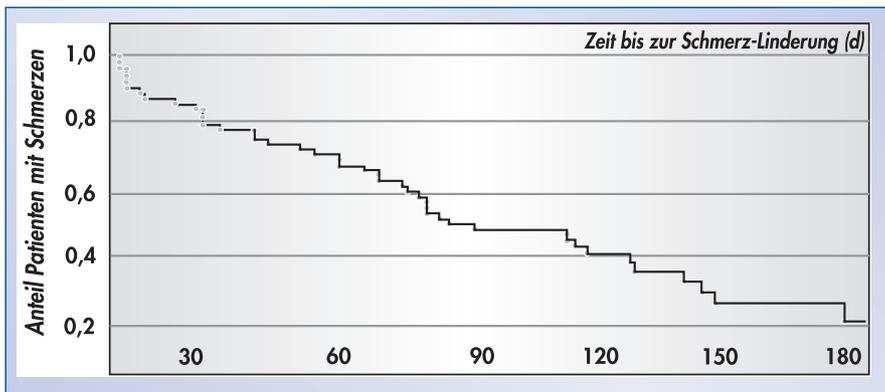


Abb. 2: Zeit bis zur Schmerz-Linderung bei 57 Patienten mit Synovialitis nach Radiosynoviorthese (Kaplan-Meier-Survivorship-Funktion, Farahati et al. 2002)

geprüft. Bei Y-90 wird der geringe Anteil der Röntgenstrahlung, bei Rh-186 der geringe Gammastrahlenanteil ausgenutzt.

Ergebnisse

Über die Wirksamkeit der Radiosynoviorthese liegen vielfältige Studien-

Tab. 6: Kontraindikationen für die Durchführung einer Radiosynoviorthese

Kontraindikationen

- Schwangerschaft, Laktation
- Instabile Gelenke mit Knochendestruktion
- Massiver Hämarthros
- Lokale Infektionen und Hauterkrankungen in der Umgebung der Injektionsstelle
- Kinder und Jugendliche (relative Kontraindikation)

ergebnisse vor. Diese Studien wurden in den ersten Jahren der Durchführung unternommen und entsprechen zum Teil nicht den aktuellen Erfordernissen, die an ein Studiendesign gestellt werden. Erwähnt sei eine Synopse von Rampon et al. 1988 (s. Tab. 4), in der die Ergebnisse eines großen Patientenkollektives im Zeitverlauf untersucht worden sind. Es ergibt sich nach zwei Jahren eine Erfolgsrate von 54 % für die Gesamtzahl der beobachteten Patienten mit teils sehr unterschiedlicher Erfolgsrate für die einzelnen Gelenke. Nachdem die Radiosynoviorthese, be-

dingt durch die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung, erneut einen deutlichen Aufschwung genommen hat, wurden weitere Studien durchgeführt.

So konnten Göbel et al. (1997) im Vergleich mit einer intraartikulären Trimacinolon-Injektion nach dreijähriger Beobachtungszeit bei Patienten mit rheumatoider Arthritis signifikant bessere Ergebnisse und eine geringere Prognose des radiologischen Destruktionsgrades nach der Behandlung mit Erbium-169 bzw. Rhenium-186 zeigen. In einer aktuellen Arbeit von Savazer et al. (1999) an 415 Gelenken bei 115 Patienten wurden bis 4,5 Jahre nach einer Radiosynoviorthese in etwa 66 % der Gelenke gute bis sehr gute und 21 % moderate Besserungen von Schmerz, Schwellung und Funktion erzielt.

Mit Hilfe der multivariaten Analyse wurden die Einflußfaktoren auf den Erfolg einer Radiosynoviorthese von Farahati et al. (2002) untersucht. Hierbei fanden sich als signifikante Einflußfaktoren das Alter der Patienten und die Erkrankungsdauer, während Geschlecht, Grunderkrankung und Gelenktyp auf den Erfolg der Ra-

Tab 7: Nebenwirkungen der Radiosynoviorthese

Gelegentlich	schmerzhafte entzündliche Reaktion der behandelten Gelenke
Selten	periartikuläre Nekrosen
Vereinzelt	fieberhafte Reaktion, Lymphödem der behandelten Extremität

Tab. 8: Notwendige prätherapeutische Untersuchungen**Prätherapeutische Untersuchungen**

- Anamnese und Klinischer Befund
- Skelettszintigraphie zum Befallsmuster und zum Nachweis von Gelenkentzündungen
- Sonographie des Kniegelenkes zum Nachweis von Ergüssen, Baker-Zysten, zur Bestimmung der Synovialisdicke
- Aktuelles Röntgenbild des zu behandelnden Gelenkes in zwei Ebenen zum Ausschluß von Knochentumoren und Instabilität

diosynoviorthese keinen signifikanten Einfluß aufwiesen.

In dieser Studie gelang es zudem mit Hilfe der Kaplan-Meier-Methode die Zeit bis zur Schmerzlinderung zu visualisieren (s.Abb. 2), nach sechs Monaten konnte die Wirksamkeit der

Radiosynoviorthese mit 78 % ermittelt werden.

Die Daten belegen, daß die Radiosynoviorthese eine wirksame Behandlung darstellt, die aufgrund des beschriebenen Wirkmechanismus jedoch in ihrer Wirksamkeit erst nach Ablauf von mehreren Monaten ausreichend beurteilt werden kann. Eine Re-Radiosynoviorthese sollte frühestens erst nach sechs Monaten erfolgen.

Kontraindikationen, Nebenwirkungen und Strahlenschutz

Wesentliche Kontraindikationen sind Schwangerschaft oder Stillzeit, ein massiver Hämarthros, instabile Gelenke mit Knochendestruktion und lokalen Infektionen, aber auch Hauterkrankungen in der Umgebung der Injektionsstelle (s.Tab. 6). Uner-

wünschte Wirkungen (s.Tab. 7) werden bei der Radiosynoviorthese sehr selten beobachtet.

Da es sich bei der Radiosynoviorthese um eine lokale Behandlung handelt und die radioaktiven Substanzen intraartikulär verbleiben, ergeben sich von seiten des Strahlenschutzes für den Patienten keine besonderen Verhaltensmaßregeln. Die Therapie ist somit ambulant durchführbar, eine stationäre Aufnahme ist nur selten erforderlich.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Carsten Körber

Dr. med. Nicole Körber-Hafner

Nuklearmedizinische Praxis

Paulustor 10, 36037 Fulda

Tel.: 0661/77945

Fax: 0661/70644

e-mail: N.Koerber-Hafner@t-online.de

Anzeige

Wir lassen Sie nicht im Regen stehen



Expertenrat für unsere Mitglieder:

Rechtsberatung: Kanzlei Koch&Kollegen

Rechtsanwältin **Martina Döben-Koch**

Direktkontakt: 069-97 14 35 17

Hartmannbund-Sprechstunde, Mittwoch, ab 16h

www.kochundkollegen.de

Praxisberatung: MedConsultPro

Dr. med. Dipl.-Betriebswirt **Bernd W. Alles**

Direktkontakt: 06648-91 90 62

www.medconsultpro.de

Wir bieten weiterhin:

Praxisgründungsseminare für Niederlassungswillige

DRG-Seminare für leitende Klinikärzte

Praxismanagement-Seminare (auch für Arzthelferinnen)

Nähere Information über



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Landesverband Hessen

Mendelssohnstr. 59, 60325 Frankfurt/M.

Tel. 069-97 40 96 98

lv.hessen@hartmannbund.de



Sicherer Verordnen

Desloratadin

Toxische Hepatitis

Die AkdÄ berichtet über einen 40jährigen Patienten, der unter der Einnahme von Desloratadin (Aerius®), dem aktiven Metaboliten des gering sedierenden Antihistaminikums Loratadin (Lisino®), nach fünf Tagen wegen unklarer Hepatitis stationär aufgenommen werden mußte. Andere Ursachen für die ausgeprägte periportale und lobuläre Hepatitis konnten weitgehend ausgeschlossen werden, so daß die AkdÄ – auch in Anbetracht von vier weiteren Fällen schwerer hepatischer UAW – von einer möglichen direkt toxischen Wirkung von Desloratadin auf die Leber ausgeht. Zusätzlich verweist die AkdÄ auf das Fehlen von Angaben zu dieser schweren UAW in der Fachinformation des Präparates. Bei Loratadin-haltigen Arzneimitteln wird auf Leberfunktionsstörungen hingewiesen.

Anmerkung: Das Bemühen pharmazeutischer Unternehmer, spezifischer wirkende Moleküle in die Therapie einzuführen, kann grundsätzlich als sinnvoll angesehen werden. Von einem kritischen Autor wird jedoch auch die Möglichkeit erwogen, daß aufgrund des (drohenden) Verlustes des Patentschutzes der Muttersubstanz mit diesen neuen Arzneistoffen Marktanteile gehalten werden sollen. Weitere Beispiele sind das Antihistaminikum Levotiricin, Xusal® (Muttersubstanz Cetirizin, Zyrtec®), der Protonenpumpenhemmer Esomeprazol, Nexium® (Muttersubstanz Omeprazol) und das nichtsteroidale Antiphlogistikum Dexibuprofen, Deltaran® (Muttersubstanz: Ibuprofen).

Quellen: Dt. Ärztebl. 2002; 99(41): C 2186; pharmakritik 2001; 23: 66

Epoetin

bei Krebspatienten

Eine Ergänzung der Arzneimittelrichtlinien befaßt sich mit der Therapie tumorbedingter Anämien (TBA) mit Epoetin alfa (Erypo®) bzw. Epoetin beta (Neo Recormon®). Nur unter engen Voraussetzungen (u.a. begrenzte Tumorentitäten, vierwöchige Testphase) ist ein Therapieversuch mit Epoetin sinnvoll, wenn vor oder nach einem er-

sten Therapiezyklus mit Zytostatika eine TBA nachweisbar ist. Entsprechend den Fachinformationen des Herstellers werden u.a. auf Grippe-ähnliche und allergische Symptome, Hypertonie, thromboembolische Komplikationen und auch auf die selten auftretende Erythroblastopenie (derzeit nur bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz aufgetreten) als unerwünschte Wirkungen hingewiesen.

Anmerkungen: Hinsichtlich des erwähnten Auftretens von Erythroblastopenien durch neutralisierende Antikörper muß noch angemerkt werden, daß diese schwerwiegende unerwünschte Wirkung sehr viel häufiger bei sc.-Gabe als bei iv.-Gabe auftritt. Der Hersteller empfiehlt eine iv.-Applikation bei chronisch niereninsuffizienten Patienten. Im Gegensatz zu einer Blut- oder Blutkomponententransfusion zeigt sich ein möglicher Nutzen einer Epoetingabe erst nach Wochen. Der Nutzen von Epoetin ist zwar evidenzbasiert nachgewiesen, grundsätzliche Diskussionen auf dem ersten Kongreß für Versorgungsforschung im Oktober in Köln lassen diesen Arzneistoff als einer der Anwärter erscheinen, dessen Anwendung unter kontrollierten Praxisbedingungen untersucht werden sollte.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2002; 99(40): C 2129

UAW

Delir im Alter

Neben zentralnervösen Erkrankungen, Allgemeinerkrankungen mit Hirnbeteiligung, Intoxikationen, Entzug bei Abhängigkeitserkrankungen können auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) Ursache für das Auftreten deliranter Zustände sein.

Hormonersatztherapie

Neue Warnhinweise

In einer kritischen Übersicht über sieben Studien zur Hormonersatztherapie kommen die Autoren in einer Bilanz zum Schluß, daß eine Hormonersatztherapie 50-59jährige Frauen etwas weniger gefährdet als 60-69jährige. Unsere Überwachungsbehörde empfiehlt derzeit folgendes Vorgehen:

I Estrogen-Gestagen-Kombinationstherapie

- a) bei klimakterischen Beschwerden: nur bei ausgeprägtem Leidensdruck, nach sorgfältiger Aufklärung über Risiken, mit möglichst kurzer Anwendungsdauer.
- b) zur Osteoporoseprophylaxe: ohne festgestelltes erhöhtes Osteoporoserisiko keine Verordnung, bei erhöhtem Risiko eingehende Prüfung anderer Therapieoptionen, bestehende Medikationen in diesem Sinne überprüfen.
- c) Rückbildungserscheinungen an Harn- und Geschlechtsorganen: topische Applikation erwägen.

II Estrogen-Monotherapie (nur bei Frauen ohne Gebärmutter)

Noch keine statistisch vergleichbar robusten Daten, Hinweise auf erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs, sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Risiken.

Quellen: Lancet 2002; 360: 942; Pharm. Ztg. 2002; 147: 4022

Von besonderer Bedeutung sind diese UAW bei geriatrischen Patienten, da ein Delir bei diesen Patienten meist mehrere Ursachen hat (im Gegensatz zu jüngeren Patienten) und eine UAW eine zusätzliche Komponente darstellen kann. Nachfolgend Beispiele bekannter bzw. häufig verordneter deliriogener Arzneimittel:

Quelle: Dtsch. med. Wschr. 2001; 126: 823

Antibiotika	Acyclovir, Amphotericin B, Cephalosin, Mefloquin, Gyrasehemmer, Isoniazid, Rifampicin, Metronidazol
Anticholinerg wirkende Arzneistoffe	tricycl. Antidepressiva, tricycl. Neuroleptika (auch atypische wie Clozapin, Olanzapin), Antihistaminika, Parkinsonmittel wie Biperiden, Metixen, Bornaiprin, Atropin, Diphenhydramin, Scopolamin, Spasmolytika
Antikonvulsiva	Phenobarbital, Phenytoin, Valproinsäure
Antiphlogistika	Glukokortikoide, Ibuprofen, Indomethacin
Antiparkinsonmittel	Amantadin, Carbidopa, Levodopa, Bromocriptin, Pridinol
Analgetika	Opiate, Salicylate, synthetische Narkotika
Kardiaka	Betablocker, Clonidin, Digitalis, Lidocain
Sedativa/Hypnotika	Barbiturate, Benzodiazepine
Verschiedene	H2-Blocker, Lithium, Theophyllin, 5-Fluorouracil

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 12/2002

Dr. G. Hopf

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 **P** gelten für den Erwerb des Fortbildungszertifikats.

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



FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

s. HÄ 2/2003

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

KATASTROPHENMEDIZIN

67. Fortbildungskongreß

Katastrophenmedizin

Pocken sind nicht alles – was ist neu seit „Ground Zero“

Samstag, 17. Mai 2003, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

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

Von Anthrax bis Eschede - wo sind die Gemeinsamkeiten? Sind wir Ärzte auf Katastrophen vorbereitet? Wie vermeidet man kollektive Panikreaktionen? In dieser eintägigen interdisziplinären Veranstaltung sollen Fragen zu biologischen und chemischen Kampfstoffen, zu Triage und Checklisten und Krankenhaus-Alarmplänen und zu anderen hochaktuellen Problemen, die jeden Arzt betreffen können, besprochen werden.

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

Einführung in die Problematik Hessische Konzepte für Katastrophenschutz und Katastrophenmedizin Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.; **Die Rolle der niedergelassenen Ärzte vor Ort im Großschadensfall - ein Dialog** Dr. med. St. Kortüm, Dr. med. M. Rust, Frankfurt a. M.; **Aktuelle Gefahrenlagen - Beispiel: FRA-PORT. Biowaffen und Flughafenanschläge** Dr. med. W. Gaber; **Triage contra Individualmedizin** PD Dr. med. R. Inglis

Alte und neuerdings wieder aktuelle Gefahrenpotentiale

Botulinus, Anthrax, Pest und Pocken - die apokalyptischen Reiter kehren zurück? PD Dr. med. H. R. Brodt, Frankfurt a. M.; **Management bei bioterroristischen Anschlägen. Konzepte zur landesweiten Impfung im Großschadensfall – Beispiel Pocken** Dr. med. A. Wirtz, Wiesbaden; **Atomkraftwerke, „schmutzige“ Bomben** PD Dr. med. R. Inglis; **Gefahrenpotentiale im Tunnel - U- und S-Bahnen, ICE-Tunnel** W. Köhler, Gellenhausen; **Kollektive Panikreaktionen – Stressbewältigung. Wann wird ein Spezialist gebraucht?** Ch. Reifert, Biedenkopf.

Diskussion nach jedem Vortrag

Großschadensfälle – hat alles geklappt?

Podiumsgespräch mit Statements und Diskussion

Moderation: PD Dr. med. R. Inglis

Großschadensfälle an Beispielen

- **Starfighter-Absturz** Prof. Dr. med. v. Loewenich, Frankfurt a. M.;

- **Zugunglück mit Kesselbrand** H. G. Jung, Frankfurt a. M.

- **Krankenhäuser brennen nicht** N.N.;

- **War Eschede wirklich ein Großschadensfall?** Dr. med. L. Latasch Frankfurt a. M.

Einsatzbewältigung von Fluglotsen nach Großschadensfällen

J. Leonhardt, Langen; **Hat jemals eine Großschadensübung geklappt?** PD Dr. med. P. Kessler, Frankfurt a. M.;

Probleme der Kommunikation und Lösungsansätze PD Dr. med. R. Inglis; **Welches Schadenspotential geht von den Medien aus – welche Informationen an die Öffentlichkeit, wie aufbereitet?** N.N.

Ausblick

Wie kann der niedergelassene Arzt vor Ort mitarbeiten? Eine Umfrage über Organisation und planerische Möglichkeiten

Dr. med. W. Lenz, Schlüchtern; **Was nun?** PD Dr. med. R. Inglis

Abschlussdiskussion, Schlußwort: Prof. Dr. med. E.-G. Loch

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

AiP
7P

vorgesehenes
Programm

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

Intensivmedizin

Mittwoch, 23. April 2003, 15 s.t. bis 19 Uhr

Leitung: Dr. med. L. Born, Frankfurt a. M.

PD Dr. med. D. Walmrath, Gießen

State of the art bei der Behandlung des Septischen Schocks Dr. med. K. Mayer, Gießen; **Aktuelle Behandlung des ARDS** PD Dr. med. D. Walmrath; **Therapie des kardiogenen Schocks beim akuten Myokardinfarkt** Dr. med. L. Born; **Krisenmanagement auf der Intensivstation** Prof. Dr. med. L. S. Weilemann

AiP
4P

Gastroenterologie

Mittwoch, 14. Mai 2003, 15 s.t. bis 19 Uhr

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

Refluxkrankheit der Speiseröhre – von der harmlosen Befindlichkeitsstörung zum Adenokarzinom Prof. Dr. med. W. Rösch; **Helicobacter pylori und NSAR. Therapie und Prävention von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren** Prof. Dr. med. K. Haag, Frankfurt a. M.

Dyspepsie – was kann der Hausarzt, was kann der Facharzt tun? Dr. med. A. Rambow, Frankfurt a. M.

Neue therapeutische Aspekte bei chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen Prof. Dr. med. F. Hartmann, Frankfurt a. M.

AiP
4P

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5

Teilnahmegebühr: € 25/Seminar (Akademie-Mitglieder € 15, AiP frei), Anmeldung: Bitte schriftlich an Frau A. Zinkl, Akademie, Fax: 06032 / 782-229 E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Weiterbildungsbegleitende Fortbildung – Februar 2003 bis Februar 2006

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

Mittwoch, 18. Juni 2003, 9 c. t. bis 17.30 Uhr, Bad Nauheim

AIP
8P

Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Hauptreferat: Problemanalyse – Sterilität und Infertilität

Gruppenarbeit:

Follikelreifung und Ovulation, Regulation des Endometriums, Neuroendokrine Regulation,

Gynäkologische Onkologie

Diagnostik von Erkrankungen der Brust/Mammographie, Sonographie, Operative Behandlung des Mammakarzinoms

Gynäkologie

Fluor genitalis – Differentialdiagnose des Kolpitis

Weitere Termine: 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 Mittwoch ganztägig. Die Themen werden spätestens 8 Wochen vorher bekannt gegeben.

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

Teilnahmegebühr: € 70/Tag (Akademiestatistiker € 35) ÄiP kostenfrei

Auskunft und Anmeldung an Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 0 60 32/7 82-213, Fax: 06032 / 782-220

E-mail: heike.cichon@laekh.de

KINDERHEILKUNDE UND JUGENDMEDIZIN

Strukturierte fachspezifische Fortbildung ab Herbst 2003

AIP

Leitung: Prof. Dr. med. G. Neuhäuser, Linden

In diesem Herbst wollen wir in Bad Nauheim auch für die Kinderheilkunde und Jugendmedizin eine systematische Reihe „Strukturierte fachspezifische Fortbildung“ beginnen (s. HÄ 5/2003). Geplant ist, in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren etwa alle zwei Monate in Mittwochnachmittag-Seminaren die verschiedenen Themenbereiche abzuhandeln, die Fachärzte ebenso wie junge Ärzte in Weiterbildung, auch Ärzte im Praktikum, interessieren: z. B. Neonatologie, Humangenetik, Neuropädiatrie, die Vorsorgeuntersuchungen, Endokrinologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Infektiologie, Nephrologie und Urologie, Onkologie, Pneumologie, Radiologie, Ethik, Umgang mit den Patienten, Arzt-Patienten-Verhältnis, Kosten- und Rechtsfragen etc. wollen wir dabei auch berücksichtigen. Für das Fortbildungszertifikat können Punkte erworben werden. Bitte lassen Sie uns wissen, ob Sie an dieser Seminarreihe interessiert sind und ob Ihnen der Mittwochnachmittag möglich ist.

Anmeldung an Frau Katja Baumann, Akademie, Fax 06032/782-229 E mail: katja.baumann@laekh.de

ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

Das Gesundheitswesen in Deutschland, die ärztlichen Körperschaften, Weiter- und Fortbildung, ärztliches Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht
Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben.

Mittwoch, 14. Mai 2003, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Seminargebäude, Raum Frankfurt, Carl-Oelemann-Weg 5
Auskunft und Anmeldung an die LÄK Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M. z. Hd. Frau Lampmann s. HÄ 3/2003

GENETIK

Genetik und ambulante medizinische Versorgung

Sektion Allgemeinmedizin und Institut für Humangenetik

Samstag, 5. Juli 2003, 9 bis 14 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. U. Langenbeck, Frankfurt a. M. Dr. med. D. Vetter, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal, Carl-Oelemann-Weg 7 (s. HÄ 5/2003)

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Iwan S. Turgeneu „Väter und Söhne“ (1862)

Mittwoch, 25. Juni 2003, 18.30 Uhr, Bad Nauheim

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

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

Teilnahmegebühr: € 15, Anmeldung: Bitte schriftlich an die Akademie, Frau Rieck/Frau Zinkl Fax: 0 60 32 / 7 82-2 20

ENDOKRINOLOGIE / PHARMAKOTHERAPIE

Behandlung von Fettstoffwechselstörung, Gicht und Osteoporose

AIP
4P

Sektion Klinische Pharmakologie

Samstag, 10. Mai 2003, 9.30 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal, Carl-Oelemann-Weg 7 s. HÄ 1/2003

GESUNDHEITSPOLITISCHES KOLLOQUIUM

Stellenwert des Arzneimittels in der GKV-Reform – Wirtschaftlichkeit versus Versorgungsqualität
Donnerstag, 24. April 2003, 20 Uhr, Darmstadt

Förderverein für ärztliche Fortbildung in Hessen e. V. in Verbindung mit der Akademie, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer Hessen.

Tagungsort: Maritim Rhein-Main-Hotel, Am Kavalleriesand 6
Leitung, Auskunft und Anmeldung: Prof. Dr. med. F. Anschütz, Seitersweg 23, 64287 Darmstadt

ETHIK-FALLSEMINARE

Spezielle Probleme des Lebensanfangs: AIP / 4P

Vermutete Gewalt bei Kindern in Praxis und Klinik

Mittwoch, 14. Mai 2003, 15 s.t. bis 19 Uhr, Bad Nauheim

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

Weitere Termine:

Mittwoch, 17. September 2003: Fragen eines „gerechten Lohnes“ für ärztliche Berufe - Zwischen Ideal und Wirklichkeit. Wieviele Überstunden und Mehrarbeit sind ethisch akzeptabel

Mittwoch, 26. November 2003: Probleme des Lebensendes – Wahrheit und Aufklärung bei Todkranken: Bewußtes Sterben oder unbedingtes Vermeiden von Schmerz und Depression im Sterbeprozess?

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

Teilnahmegebühr: € 40 (Akademiestatistiker € 20)

Anmeldungen: Bitte schriftlich an Frau Schmidt, Akademie, E-mail: elke.schmidt@laekh.de

PNEUMOLOGIE

Pneumologischer Alltag:

AIP

von der Kasuistik zur Differentialdiagnose und Differentialtherapie

Sektion Lungen- und Bronchialheilkunde

Samstag, 3. Mai 2003, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. H. Morr, mit Ärztinnen und Ärzten der Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein
Ausgewählte Kasuistiken zeigen den pneumologischen Alltag in der Praxis und Klinik, die Zuhörer werden in den Prozeß der Diagnosefindung aktiv einbezogen. Zusammenfassende Kommentare, die nicht nur für die Experten bestimmt sind, führen zu Handlungsanweisungen in der Diagnostik und Therapie häufiger Erkrankungen der Atmungsorgane.
Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, neues Seminargebäude, Raum Gießen, Carl-Oelemann-Weg 5.

PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOMATIK

26. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2003
Psychosomatische Grundversorgung (EBM 850/851)
 Sektion Psychiatrie / Psychosomatik, Psychotherapie
 Die Akademie veranstaltet diese Seminare für interessierte Ärztinnen, Ärzte und Therapeuten aller Gebietsbezeichnungen.
Block 2: 27.06.03 – 29.06.03 (Freitag – Sonntag)
Block 3: 19.09.03 – 22.09.03 (Freitag – Montag)
 jeweils von 9.15 bis 19.00 Uhr pro Tag **8P**
Leitung: Prof. Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden
Tagungsort: Wiesbadener Akademie für Psychotherapie, Langgasse 38-40, (Kaiser-Friedrich-Therme) **Teilnahmegebühr:** auf Anfrage
Anmeldung: Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie, zu Hd. Frau E. Hiltcher, Fax: 06032/782-229 **s. HÄ 12/2002**

ZUR ERINNERUNG

s. HÄ 3/2003

Gefährdung am Arbeitsplatz beim Einsatz von Kühlschmierstoffen **4P**
 Sektion Arbeitsmedizin
Samstag, 26. April 2003, 9.30 bis 14.30 Uhr, Bad Nauheim

Mykologisches Seminar **AIP**
Dermatomykologie mit praktischen Übungen **9P**
 Sektion Haut- und Geschlechtskrankheiten
Samstag, 5. April 2003, 9.c.t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim

9. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
Teil III: 4. – 6. April 2003, Bad Nauheim

SPORTMEDIZIN**Leistungssteigerung im Sport - Ursachen, Methoden, Bewertungen, Lösungen**

Arbeitskreis Sportmedizin und Hessisches Ärzteblatt - Sektion Breiten-, Freizeit- und Alterssport der DGSP

- Verbändegruppe (VmbAWBF) im Deutschen Sportbund DSB - FIFA Medical Assessment and Research Centre (F-MARC)

Leitung: Prof. Dr. med. G. Hoffmann, Frankfurt a. M.; Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, Biebertal; Prof. Dr. med. T. Graf-Baumann, Teningen Prof. Dr. med. Jiri Dvořák, Zürich

Welche Methoden der Leistungssteigerung gibt es eigentlich im Sport? Von körperlicher Aktivität und Training (mit einer Fülle positiver Wirkungen) über Ernährung und Nahrungsergänzungsmittel bis zu unerlaubten Mitteln. Welche Methoden wirken? Was ist sinnvoll? Was ist erlaubt? Was ist überflüssig? Wo kann der einzelne mit seinen eigenen Erwartungshaltungen dazu beitragen, z.B. unrealistischen Leistungsdruck gegenüber Sporttreibenden und damit eine potentielle Dopingproblematik im Ursprung zu vermeiden?

Freitag, 09. Mai 2003, 16 s. t. bis ca. 19 Uhr**Eröffnung der Veranstaltung für „Jedermann“**

Grüßworte Volker Bouffier, Wiesbaden, Hess. Minister des Inneren und für Sport; Wolfgang Baumann, Frankfurt a. M., Geschäftsführer des Bereichs Breitensport im Deutschen Sportbund
Begrüßung Dr. med. M. Popović, Frankfurt a.M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Seminargebäude, Raum Frankfurt, Carl-Oelemann-Weg 5.
 Die erfolgreiche Teilnahme kann auf die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ angerechnet werden. **s. HÄ 3/2003**

Samstag, 10. Mai 2003, 9 s. t. bis 18 Uhr **AIP 7P**

Eröffnung der Veranstaltung für Ärzte/Ärztinnen, Physiotherapeuten, Trainer Prof. Loch, Bad Nauheim / Dr. Popović, Frankfurt a. M.
 Moderation: Prof. Hoffmann

*Selbstevaluation (Fragebogen)***II. FORTBILDUNGS-KURSE****NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG**

„Notdienstseminar“ **AIP**
04., 05., 18. Oktober 2003, Bad Nauheim **16P**
 Der vollst. Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt.
Teilnahmegebühr: € 128 (Akademiemitglieder € 64, ÄiP frei)

Seminare „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ **41P**
20.-24. Mai 2003 in Wiesbaden
25.-29. November 2003 in Wiesbaden

Seminar „Leitender Notarzt“ **34P**
22.-25. November 2003 in Kassel

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“ **13P**
25./26. Oktober 2003 in Kassel

Ausführliche Informationen s. HÄ 1/2003

Auskunft und *schriftliche* Anmeldung an die Akademie, Frau V. Wolfinger, Fax: 06032/ 782-229 E-mail: veronika.wolfinger@laekh.de

MEGA-CODE-TRAINING **9P**

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

Termine: 14. Juni 2003 und 8. November 2003

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

Termine: 19. April, 10. Mai, 20. Sept. und 29. November 2003

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

Termine: 12.07. und 08.11.2003

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 2003**

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

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER

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

Moderatoren-Training in Nordhessen **4P**

Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V
 An uns ist der Wunsch herangetragen worden, das Moderatorentraining einmal an einem Wochenende in Kassel oder in Bad Nauheim, (Akademie) zu veranstalten. Bei ausreichender Beteiligung (min. 12 Teilnehmer) ist das möglich. **Bitte melden Sie uns schriftlich formlos Ihr Interesse**

Leitung: Dr. rer. nat. K. Nestel, Gau-Algesheim**Termine:** nach Vereinbarung**Dias – Powerpoint** **9P**

Die Powerpoint-Präsentation wird erlernt und geübt

Leitung: Dr. med. St. Rosenbrock, Dieburg**Termin:** **Samstag, 28. Juni 2003****Tagungsort:** Bad Nauheim, Akademie **Teilnehmerzahl:** mind. 12**Teilnahmegebühr:** € 195 (Akademiemitglieder € 180)**Auskunft und Anmeldung:** Frau U. Dauth, Akademie Fax 0 60 32/ 7 82-2 29, E-mail: ursula.dauth@laekh.de**Literatur und Quellensuche im Internet** **10P***- mit praktischer Arbeit am PC -***Termin: Sa., 6. September 2003, 9 Uhr bis ca. 17 Uhr, Bad Nauheim****Leitung:** Dr. med. S. Rosenbrock, Darmstadt**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, *Räume Wetzlar und Fulda* im neuen Seminargebäude Carl-Oelemann-Weg 5**Teilnehmerzahl:** min. 16, max. 20, **Teilnahmegebühr:** € 195 (Akademiemitglieder € 180) **s. HÄ 3/2003****Rhetorik – Kommunikation**

Bei entsprechender Nachfrage werden wir im Herbst 2003 wieder ein Seminar anbieten. Bitte melden Sie uns schriftlich formlos Ihr Interesse!

Einführungskurs

(150 Stunden) der sich an die Interessenten des Fort- und Weiterbildungskurs 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

Fort- und Weiterbildungskurs

Der 280-stündige Fort- und Weiterbildungskurs „Medizinische Informatik“ hat im Januar d. J. begonnen. Es ist möglich, auch nur an einzelnen Terminen -zur freien Fortbildung- teilzunehmen. Die rechtzeitige schriftliche Anmeldung ist erforderlich.

Termine / Themen: **Sa., 26. April 2003**, Grundlagen der Verschlüsselung mit ICD und OPS-301; **Sa./So., 10./11. Mai 2003**, Modellierung und Anwendung von Datenbanken in der Medizin (einschl. SQL); **Sa., 24. Mai 2003**, Elektronische Patientenakte (EPA) Teil I; **So., 25. Mai 2003**, Medizinische BDMS am Beispiel des VA-FileMan (Teil II). **Weitere Termine auf Anfrage**
Teilnahmegebühr: € 82 / Tag (incl. schriftlicher Unterlagen, Pausenverpflegung + Mittagessen)

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

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem. RöV

INFORMATIONSKURS Gießen:

Termin: Samstag, 14. Juni 2003, ganztägig

6P

GRUNDKURS

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

21P

SPEZIALKURS

Termin: Samstag/Sonntag, 1./2. November 2003, ganztägig*
 * und in der Folgewoche 1 Nachmittag nach Wahl für Prakt./Prüf.

21P

Teilnahmegebühr (voraussichtlich): Informationskurs: € 60 für Nichtmitglieder der Akademie, € 32 für Akademiemitglieder (AiP: keine Ermäßigung), Grund- und Spezialkurs: jeweils € 265 für Nichtmitglieder der Akademie (AiP: € 214), für Mitglieder der Akademie jeweils € 210 (AiP: € 159). Die Mitgliedschaft muß spätestens mit der Anmeldung beantragt sein.

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

PRÜFARZT / KLINISCHE STUDIEN

Prüfartz in Klinischen Studien

12P

Freitag/Samstag, 4./5. Juli 2003, 9.30 bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Sektion Klinische Pharmakologie in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle „Weiterbildung Klinische Studien“, Schulungszentrum, des Klinikums der JWG-Universität Frankfurt

Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt! **s. HÄ 3/2003**

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

Teilnahmegebühr: € 250,- (Mitglieder der Akademie € 225,-)

Bitte schriftliche **Anmeldung** an Frau Heßler, Akademie
 Fax: 06032/782-229 E-mail: renate.hessler@laekh.de

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

100-Stunden Kurs

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Die Akademie bietet wieder einen Kurs „Ernährungsmedizin“ an. Grundlage ist das Curriculum der Bundesärztekammer. Dazu kommen 20 Stunden Hospitation in ausgesuchten Einrichtungen.

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

Termine:

Teil I 4./ 5. April 2003	Teil IV 13./14. Juni 2003
Teil II 25./26. April 2003	Teil V 27./28. Juni 2003
Teil III 16./17. Mai 2003	Teil VI Hospitation

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

Wir empfehlen, den gesamten Kurs zu belegen. Die Teilnahme an nur einzelnen Teilen kann ggf. persönlich geregelt werden.

Teilnahmegebühr: € 780 für den gesamten Kurs, Akademiemitglieder € 702. **Mindestteilnehmerzahl:** 50 (max. 100)

Anmeldung und weitere Informationen: Frau M. Jost, Akademie
 Tel. 0 60 32/7 82-201 (Di.-Do.), Fax: 0 60 32/7 82-229
 E-mail: marianne.jost@laekh.de

ULTRASCHALLKURSE

s. HÄ 2/2003

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG 16-Stunden Kurs

27./28. Juni 2003, Bad Nauheim

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

10P

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-Kreislauf-erkrankungen 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: Frau R. Heßler, Akademie, Fax: 0 60 32 / 782-229 E-mail: renate.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 Drogensatzstoffe und Fahrtauglichkeit. Rechtliche Grundlagen. Wirkungen, Nachweis** 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)

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

9P

Weitere Termine: **s. HÄ 12/2002**

Auskünfte zu der theoretischen Kurs-Weiterbildung bitte an die Akademie, Frau Heßler, Tel. 0 60 32/782-203. **Zum persönlichen Weiterbildungsgang:** LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 0 69/97 67 2-0

KURSE ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALMEDIZIN

Sektion Arbeits- und Sozialmedizin

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin je **20P**

Grundkurs: A2 12. bis 19.09.2003

Aufbaukurs: B2 07. bis 14.11.2003

C2 05. bis 12.12.2003

Sozialmedizin je **20P**

Aufbaukurs: AKII 10. bis 17.10.2003

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

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

29.4.2003, 20.15 Uhr: Vortragssaal der Fa. Merck, Frankfurter Str. 250, Darmstadt. „**Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung.**“ Prof. Dr. Knut-Olaf Hausteil, Erfurt. Auskunft: Geschäftsstelle Frau Knieß. Tel. (0 61 51) 37 36 26. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Straße 100, Darmstadt.
30.4.2003, 11.00 – 12.30 Uhr: „**Gutachtenaufbau.**“ Dr. Völker.

6.5.2003, 18.30 Uhr: „**Arzneimittelinteraktionen bei Psychopharmaka.**“ Dr. Eckermann.

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

Alice-Hospital

5.5.2003, 18.00 – 20.00 Uhr: Nebenraum Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Rationelle Diagnostik und Therapie der chronischen Niereninsuffizienz.**“ Dr. Zieschang. 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, 14-tägig, 19.15 – 20.45 Uhr: Bleichstraße 19/21, Darmstadt. Auskunft: Dr. Georg Frieß. Tel. (0 61 51) 2 55 19. **2P**

Balintgruppe

Mittwochs, 14-tägig, 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.

1.4.2003, 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.

Journal Club der Klinik für Strahlentherapie

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

1.4.2003: „**Tumorhypoxie – Bedeutung und Behandlung.**“ PD Dr. Michael Henke, Freiburg.

6.5.2003: „**Aktuelles zur Radiotherapie des Rektumkarzinoms.**“ PD Dr. Claus Rödel, Erlangen.

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

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

2.4.2003, 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.

2.4.2003: „**Zirkulierende Endothelzellen, ein neuer Marker der Endothelzellschädigung.**“ PD Dr. M. Haubitz, Hannover.

9.4.2003: „**Erythropoetine und Antikörperteste.**“ Dr. A. Haselbeck, Penzberg.

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

8.4.2003, 19.00 – 20.30 Uhr: Hörsaal der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haus 14, 2. Stock, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Pränatales Seminar.**“ Leitung: Prof. Dr. Frank Louwen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Kaufmann. Tel. (0 69) 63 01 77 03.

Frankfurter Verein für Ultraschall Diagnostik e.V.

9.4.2003, 18.00 – ca. 19.30 Uhr: Vortragssaal im Anbau des St. Markus-Krankenhauses, Frankfurt. „**Ideen zu einer Qualitätssicherung in der Sonografie.**“ Dr. J. A. Bönhof, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Dr. Wolfram Schley. Tel. (0 60 78) 7 92 14. **2P**

Markus Krankenhaus

9.4.2003, 18.00 Uhr s.t.: Aula Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt. „**Aktuelle Erkenntnisse und Therapiekonzepte in der Uro-Gynäkologie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K. Wernicke. Tel. (0 69) 95 33 22 28.

Klinikum Offenbach

Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach.

9.4.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Demoraum des Röntgeninstituts. „**Gefäßforum.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Rilinger. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

24.4.2003, 15.00 Uhr: Konferenzraum der Neurochirurgie, Zimmer E333 des Haupthauses. „**Tumore der Hypophysenregion – Klinik, Differentialdiagnose, Diagnostik und Nachsorge.**“ Fußler. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Peter T. Ulrich. Tel. (0 69) 84 05 38 81.

Mittwochs, 13.15 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung. „**Interdisziplinäres chirurgisch onkologisches Kolloquium.**“ Anmeldung nicht erforderlich. Auskunft: PD Dr. C. Tonus. Tel. (0 69) 84 05 -30 43 oder -39 41.

Schmerzforum Rhein-Main e.V.

23.4.2003, 19.00 – 20.30 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im Medienzentrum, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus E, 3. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **AiP 3P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

20.30 – 22.00 Uhr: Jahreshauptversammlung.

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

Klinikum Stadt Hanau

Klinikum Hanau, Leimenstraße 20, Hanau, KSH A-Bau, Institut für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

24.4.2003, 16.00 – 16.45 Uhr: Seminarraum. „**Casereport.**“ Dr. N. Nassar.

28.4.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum. „**Pro seal Larynxmaske.**“ Dr. A. Rieger.

29.4.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Institut für Pathologie, H-Bau, Röntgendemonstrationsraum. „**Sektionsveranstaltung.**“ Dr. Blasius, Dr. Fitz.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. Tel. (0 61 81) 2 96 24 10.

Frankfurter Psychoanalytisches Institut

26.4.2003, 9.30 Uhr – 13.45 Uhr: Frankfurter Psychoanalytisches Institut, Wiesenau 27-29, Frankfurt. „**Lebenszyklus und Entwicklungsprozesse – Zur Psychotherapie Älterer.**“ Dr. Helmut Luft; Dr. Wolfgang Merkle; Prof. Dr. Hartmut Radebold. Tagungsgebühr € 25. Auskunft: Christiane Schrader. Tel. (0 61 03) 98 11 05. **3P**

Stadtesundheitsamt Frankfurt

30.4.2003, 17.00 Uhr: Großer Saal, Kassenärztliche Vereinigung, Georg-Voigt-Str. 15, Frankfurt. „**Forderung der Hygiene an die Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis – Frage der Validierung.**“ Dr. U. Kaiser. Auskunft: Dr. Ursel Heudorf. Tel. (0 69) 21 23 69 80.

Neurologisches Mittwochs-Seminar

7.5.2003, 18.15 Uhr: Seminarraum der Klinik für Neurologie, Haus 95, 4. Stock, Schleusenweg 2-16, Frankfurt-Niederrad. „**Neues zu Ätiologie, Pathogenese und Therapie von Motoneuronerkrankungen.**“ Prof. Dr. Albert C. Ludolph, Ulm. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Helmuth Steinmetz. Tel. (0 69) 63 01 57 69.

Medizinische Klinik II / Verein Leberforschung Frankfurt e.V.

8.5.2003, 17.30 Uhr: Hörsaal I, Haus 23, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**10. Frankfurter Leberforum – Patienten Fragen – Ärzte Antworten.**“ Moderation: Prof. Dr. W. F. Caspary, PD Dr. G. Teuber. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22.

Kardiologisches Zentrum Frankfurt

10.5.2003, 9.30 – 12.00 Uhr: ArabellaSheraton Grand Hotel, Frankfurt. „**Vorhofflimmern: Pathophysiologie und aktuelle Behandlungsstrategien.**“ Leitung: PD Dr. J. Haase, Prof. Dr. F. Schwarz, Dr. H. Störger. Auskunft: Petra Lux. Tel. (0 69) 94 43 41 53. **AiP 3P**

Zentrum der Rechtsmedizin Universitätsklinikum

4.7.2003, ab 15.00 Uhr – 5.7.2003, 13.00 Uhr: Ernst und Berta Scharer-Hörsaal des Zentrums der Anatomie im Klinikum der J.W. Goethe-Universität, Frankfurt. „**2. Frankfurter Symposium: Gewebetransplantation.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Bratzke. Tel. (0 69) 63 01 75 51.

Universitäts-Hautklinik Frankfurt

18.7. – 20.7.2003: Zentrum der Dermatologie und Venerologie, Klinikum der J. W. Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Dermatohistologie-Symposium: Compare your Diagnosis.**“ Dr. A. Bernard Ackermann, New York. Auskunft: Dr. Almut Böer. Tel. (0 69) 63 01 0.

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

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

Anwendergrundkurs mit 8 Doppelstunden, Humboldtstr. 25, Frankfurt-Nordend. **Autogenes Training – Grundkurs und Fortgeschrittene.** **16P**
Leitung: Dr. Stjepan Pervan (069) 597907-09.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Zentrum für Innere Medizin

30.4.2003, 18.00 – 21.00 Uhr: Bürgerhaus, Zum Weiher 33, Gießen-Kleinlinden. „**Aktuelle Hepatologie.**“ Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Hans Ulrich Klör. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. G. Bretzel. Tel. (06 41) 9 94 28 40. **AIP 3P**

Kursus der TEE

24.5. – 25.5.2003. Gießen. „**Kursus der TEE** in der Anästhesiologie der hessischen Universitätsklinik (Frankfurt, Gießen, Marburg) gem. der Zertifizierung der DGAI. Dr. Martin Kahl. Auskunft: Sekretariat der Anästhesiologie der Universitätsklinik Gießen. Tel. (06 41) 9 94 44 01. **32P**

Balintgruppe

Donnerstags, 14tägig, 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, 14tägig, 20.15 Uhr: Ulrich Breidert-Achterberg, Nahrungserg 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

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie

10.4.2003: Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Neuheiten in der minimal-invasiven Unfallchirurgie.**“ Prof. Dr. D. Höntzsch, Tübingen. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 71. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Kassel

12.4.2003, 9.00 Uhr s.t. – ca. 13.00 Uhr: Ramada-Treff Plaza, Baumbachstr. 2, Kassel. „**Aktuelle Hepatologie.**“ Moderation: J. Pausch. **AiP 4P**

26.4.2003, 9.00 – 16.00 Uhr: Kinderklinik des Klinikums Kassel, Mönchebergstraße 41-43, Kassel. „**Medizinische Diagnostik bei Kindesmißhandlung – Körperliche Mißhandlung und sexueller Mißbrauch.**“ Gemeinsame Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmißhandlung und Vernachlässigung, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie. Organisation: Dr. Bernd Herrmann. Auskunft: Sekretariat Dr. Herrmann. Tel. (05 61) 9 80 -33 81 oder -33 89. **8P**

Deutsches Schmerz-Therapie-Zentrum

16.4.2003, 16.00 Uhr: Deutsches Schmerz-Therapie-Zentrum, Im Kurpark 10, Bad Hersfeld. „**Bad Hersfelder Schmerzkonferenz.**“ **4P**

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

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

Pneumologische Seminare

23.4.2003, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. „**Interdisziplinäre Behandlung des Pleuramesothelioms.**“ Dr. H. Rittmeyer, PD Dr. H.-G. Koebe. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Marienkrankenhaus Kassel

23.4.2003, 18.00 c.t. Uhr: Marienkrankenhaus, Marburger Str. 85, Kassel. „**Verzahnung von Praxis und Klinik – Vor- und Nachbehandlung chirurgischer Patienten.**“ PD Dr. Heimbucher, Kassel. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Konermann. Tel. (05 61) 8 07 31 33. **2P**

Rotes Kreuz Krankenhaus

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

23.4.2003: „**Klinische Falldemonstration.**“ **AiP 2P**

30.4.2003: „**Rationale Schmerztherapie bei Palliativpatienten.**“ **AiP 3P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Kinder- und jugendpsychiatrisches Forum

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

23.4.2003: „**Rechtliche Grundlagen und Aspekte in der ambulanten und stationären Behandlung psychisch kranker Minderjähriger – Teil 2.**“ Herr Kilbinger. **2P**

7.5.2003: „**Behandlung mit Neuroleptika bei psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.**“ Frau Buchweitz. **2P**

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

Bad Wildunger Rheuma-Symposium 2003

26.4.2003, 9.00 – 14.00 Uhr: Mehrzweckraum Rheumaklinik, Am Katzenstein 2, Bad Wildungen. „**Problemfälle in der Rheumatologie.**“ Dr. Krohn-Grimberghe, Bad Wildungen; Prof. Dr. Gräfenstein, Treuenbrietzen; Prof. Dr. Herold, Innsbruck. Auskunft: Sekretariat Dr. Krohn-Grimberghe. Tel. (0 56 21) 79 76 73. **AiP 3P**

Interdisziplinäre Gesellschaft für Medizin

26.4.2003: Kassel. „**Neurologische Engpaßsyndrome.**“ Moderation: H. Haferkamp. **4P**

Medizinisches Zentrum Eichhof

30.4.2003, 19.30 Uhr: Cafeteria des Medizinischen Zentrums Eichhof, Lauterbach. „**Hypertonie – Teufel für Herz, Gehirn und Niere.**“ Prof. Emanuel Fritschka, Bad Brückenau. Auskunft: Sekretariat Dr. J. Wilhelm. Tel. (0 66 41) 8 22 79. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

30.4.2003, 16.30 Uhr: „**Klinisch-Pathologische Konferenz.**“ Leitung: Prof. Dr. H. Arps. Auskunft: Prof. Dr. W. Fassbinder. Tel. (06 61) 84 54 50. **AiP 2P**

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. **3P**

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. **3P**

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.

Öffentliches Gesundheitswesen

7.5.2003, 17.00 – 20.30 Uhr: Großer Sitzungssaal, Regierungspräsidium, Steinweg 6, Kassel. „**Pocken – ein wieder aktuelles Thema – Information und Impfdemonstration.**“ Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H. G. Lasch, Gießen; Dr. Angela Wirtz, Wiesbaden; Dr. R. Gottschalk, Frankfurt; Dr. M. Pfeleiderer, Langen; PD Dr. St. Becker, Marburg. Moderation: Dr. Karin Seuren-Kronenberg. Auskunft: Sekretariat Dr. Seuren-Kronenberg. Tel. (05 61) 1 06 24 50. **AiP 4P**

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

7.5.2003, 16.30 – ca. 18.30 Uhr: Forum im Hauptgebäude 1, Stock, Frankfurter Str. 167, Kassel. „**Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP) im Kindesalter – Gibt es ein Evidenz-basiertes Behandlungskonzept?**“ Dr. R. Dickerhoff, Bonn. Auskunft: Sekretariat PD Dr. F.K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 53 13. **2P**

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

6.5.2003, 17.00 Uhr s.t.: Hörsaal I, Klinikum auf den Lahnbergen, Baldingerstr. 1, Marburg. „**Katastrophenmedizin.**“ Dr. R. Munz, Dr. Wranze-Bielefeld. Auskunft: Sekretariat Dr. H. Behnke. Tel. (0 64 21) 2 86 20 04. **3P**

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

8.5.2003, 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

10.5. – 11.5.2003, 9.00 Uhr: Hörsaalzentrum-Audimax, Marburg. „**5. Intensivkurs-Mammadiagnostik mit MTRA-Trainingskurs.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Hadji. Tel. (0 64 21) 2 86 44 00.

Heidelberger Akademie für Gesundheitsbildung

4.7. – 5.7.2003: Hörsaalgebäude der Philipps-Universität Marburg. „**Osteodensitometrie-Trainingskurse 2003.**“ Auskunft: Sekretariat der HAG. Tel. (0 62 21) 9 11 –913 oder –931.

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

St. Josefs Hospital

2.4.2003 und 7.5.2003, jeweils 18.00 Uhr: Zentrum für Schlafmedizin am St. Josefs Hospital, Solmsstraße 15, Wiesbaden. „**Schlaf und Müdigkeit, die vererbte Faulheit?**“ Prof. Auburger, Frankfurt. „**Schlaf labore: Sinn oder Unsinn?**“ Dr. Bierbrauer. Im Anschluß Besichtigung des Labors. Auskunft: Sekretariat Dr. Bierbrauer. Tel. (06 11) 1 77 39 95. je **3P**

23.4.2003, 18.00 – 19.45 Uhr: Kurhaus Wiesbaden, Salon Carl-Schuricht. „**Orthopädenabend der Orthopädischen Klinik: Häufige Fragestellungen in der Kinderorthopädie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Pfeil. Tel. (06 11) 88 32 02. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

2.4.2003 und 16.4.2003, 18.00 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt, HSK, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden. Neues Dienstgebäude, Sit-

zungssaal EG. „**Onkologischer Arbeitskreis Wiesbaden.**“ Leitung: PD Dr. N. Frickhofen. Fallanmeldung: Frau Decker-Eilenz. Tel. (06 11) 43 33 33. **3P**

14.4.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Thrombose und Embolie in der Schwangerschaft.**“ Dr. Kögel. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **AiP 1P**

4 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

16.4.2003, 18.00 – 20.00 Uhr: 2. Stock, Raum hinter dem Casino. „**Aktuelles aus der Notfallmedizin: Intoxikationen mit Designer-Drogen.**“ Dr. Özdemir. Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz, Prof. Dr. M. Sigmund. Auskunft: Dr. K. Kursatz, Dr. A. Fischbach. Tel. (06 11) 43 –21 69 oder 43 –20 19.

26.4.2003: Kurhaus Wiesbaden. **Endoskopie des Internisten – Live-Übertragung ins Kurhaus.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Ell. Tel. (06 11) 43 27 58.

28.4.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Untersuchung von Vergewaltigungsoffern – gynäkologische und forensische Aspekte.**“ Vogel, Dr. Fink. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **AiP 1P**

4 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

30.4.2003, 18.15 – 20.15 Uhr: Personalcasino II. OG. „**Techniken der konformalen Strahlentherapie.**“ Prof. Dr. N. Zamboglou. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **2P**

7.5.2003, 18.00 Uhr: Kurhaus Wiesbaden. „**Unfallchirurgische Fortbildung: Handchirurgie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K. Wenda. Tel. (06 11) 43 20 87. **AiP**

9.5.2003, 18.00 Uhr s.t. – 20.00 Uhr: Endoskopieabteilung. „**5. Praxiskurs für Assistenzpersonal in der diagnostischen und interventionellen Endoskopie – Sonographie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Ell. Tel. (06 11) 43 27 58.

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 14.00 – 15.00 Uhr: Bibliothek der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin. „**Perinatalkonferenz.**“ Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Dr. Erz. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

5.4.2003, 9.00 – 13.00 Uhr: Aula der DKD. „**Aktuelle Themen der Gastroenterologie und Hepatologie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. O. Leiß. Tel. (06 11) 57 70. **AiP 3P**

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

Jeden 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-tätig, 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.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

6.5.2003, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Pathogenetisch gezielte Krebstherapie mit ‚Designer-Drugs‘ – Wunsch oder Realität?**“ Prof. Dr. Frickhofen. „**Vorstellung des**

onkologischen Arbeitskreises – **Onkologie in der Praxis: Realitäten und Wünsche.** Prof. Dr. Raedch. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AiP 3P**

Verein Nassauischer Ärzte e.V. Limburg

7.5.2003, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztehaus Adelheidstraße 7, Limburg. „**Asthma.**“ Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **AiP 2P**

Rheingau-Taunus-Klinik Bad Schwalbach

12.4.2003, 15.00 – ca. 19.00 Uhr und 13.4.2003, 9.00 – ca. 13.00 Uhr: Gynäkologische Abteilung der Rheingau-Taunus-Klinik, Genthstraße 7-9, Bad Schwalbach. „**Psycho-onkologisches Wochenendseminar: Der Umgang mit der Patientin mit Aussicht auf Kuration.**“ Prof. Dr. Dipl.-Psych. Walter Schuth, Freiburg. Auskunft: Sekretariat Dr. Ewald Becherer. Tel. (0 61 24) 50 90. **AiP 9P**

Beide Tage = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

28.4.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Ackumallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkongress 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.

Nephrologisches Mittwochsseminar

29.4.2003, 18.15 – 19.45 Uhr: Saal 4A der Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden. „**Häufige Probleme in der Nachsorge nierentransplanterter Patienten (Immunsuppression, Biopsie-Indikation, Knochenstoffwechsel).**“ Veranstalter: Prof. Dr. Geiger. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 55 55.

Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. Landesverband Hessen

12.7. – 13.7.2003, Limburg an der Lahn. „**6. Pädiatrie-Seminar: Aktuelles aus der Praxis (Hämatologie, ADHS, Bildgebende Diagnostik, Jugendgynäkologie, Unfallmedizin) in Vortrag und Intensivseminaren, Sport in der Pädiatrie – mehr als Bewegung.**“ Podiumsdiskussion. Auskunft: Dr. Josef Geisz. Tel. (0 64 41) 4 20 51.

St.-Vincenz-Krankenhaus

St.-Vincenz-Krankenhaus, Auf dem Schafsberg, Limburg.

Jeder erste Mittwoch des Monats, 17.00 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung, Erdgeschoß. „**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.

Jeden 2. Dienstag, 17.00 Uhr: Konferenzraum. „**Interdisziplinäres Brustzentrum – Fallbesprechung.**“ Onkologischer Schwerpunkt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Volk. Tel. (0 64 31) 2 92 44 51.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

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

DARMSTADT

Förderverein für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.

24.4.2003, 20.00 Uhr: Maritim Rhein-Main-Hotel, Am Kavalleriesand 6, Darmstadt. „**Stellenwert des Arzneimittels in der GKV-Reform – Wirtschaftlichkeit versus Versorgungsqualität.**“ Andreas Storm. Auskunft: Prof. Anschütz. Tel. (0 61 51) 78 34 64.

FRANKFURT

Klinikum Offenbach

2.4.2003, 19.00 Uhr s.t.: Park Plaza Hotel Offenbach, Buchhügelallee/Ernst-Griesheimer Platz, Offenbach. „**Diabetologie in Offenbach: Neue Diabetes-Leitlinien – Nationale Versorgungsleitlinie für Typ-2-Diabetes und Leitliniengerechte Therapie.**“ PD Dr. A. Hamann. Auskunft: Prof. Dr. H. Dancygier. Tel. (0 69) 84 05 – 34 53. **2P**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie / Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der J.W.Goethe-Universität

26.4.2003, 9.00 – ca. 14.30 Uhr: Hörsaal der Senckenbergischen Anatomie, Haus 27, Frankfurt. „**4. Frankfurter Geburtshilfliches Anästhesiesymposium.**“ Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. P. Kessler, PD Dr. D. Bremerich. Auskunft: PD Dr. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 – 58 67+68. **4P**

Neuromedizinisches Institut e.V.

26.4.2003, 9.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal 14 des Zentrums für Gynäkologie, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**23. Offene Schmerzkongress – Nozizeptorschmerz: viszeral-artikulär – Fallvorstellungen aus der Arbeit der Frankfurter Schmerzkongress.**“ Leitung: Dr. M. Gross, Prof. Dr. E. Schmitt, Prof. Dr. G. Thomalske, Dr. M. Zimmermann. Auskunft: Sekretariat Dr. M. Gross. Tel. (0 69) 6 78 72 44.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der J.W. Goethe-Universität

7.5.2003, 18.00 Uhr: Hörsaal im Zentrum der Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, Frankfurt. „**Die Rolle der Compliance in der Langzeittherapie der Schizophrenie/schizophrenen Psychose.**“ Dr. Kissling, München. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Pflug. Tel. (0 69) 63 01 – 59 97.

Markus-Krankenhaus

7.5.2003, 17.00 Uhr s.t.: Aula Olga von Lersner Schule, Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt. „**Interdisziplinäre Therapie der Knochen- und Weichteilsarkome – Chirurgie – Chemotherapie – Strahlentherapie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K.-H. Holtermüller. Tel. (0 69) 95 33 -22 01 oder -22 92. **AiP 2P**

Deutscher Ärztinnenbund e.V.

7.5.2003: Vortragsraum der Siemens AG, Haus 1, EG, Rödelheimer Landstr. 5-9, Frankfurt. „**Als der Papa verloren ging – Beitrag des Vaters zur psychischen Entwicklung des Kindes.**“ Dr. M. Schirmer, Friedrichsdorf. Auskunft: Dr. Ulrike Bös. Tel. (0 61 51) 78 36 59.

GIEßEN

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus Liebig-Universität

23.4.2003, 17.00 Uhr: „**Anfänge der Neuropädiatrie in Gießen: Historisches Filmmaterial, Prof. Koeppel untersucht neurologisch kranke Kinder.**“ Prof. Dr. B. Neubauer. „**Diagnostiktraining Neuropädiatrie.**“ Prof. Dr. G. Kurlmann. „**Operative Versorgung der perinatalen Plexusparesen – wie lange darf man warten?**“ Dr. A. Jödicke. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Neubauer. Tel. (06 41) 9 94 34 81. **3P**

MARBURG

Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Philipps Universität

26.4.2003, 8.30 – 15.15 Uhr: Hotel Rosenpark, Marburg. „**Neue Aspekte und Therapieansätze in der Geburtshilfe.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. S. Schmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 44 30. **AiP 3P**

Aufnahme von Fortbildungsveranstaltungen

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

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



Empfehlungen für die Patientenüberleitung zur klinisch-geriatrischen Behandlung in Hessen

Fachausschuß "Qualitätssicherung in der Geriatrie"

Dr. W. Deetjen, Dr. K. Hahn, Dr. W. Knauf, Professor W. Vogel, Dr. H-J. Werner

1. Einleitung

Das nach dem Hessischen Geriatriekonzept in den letzten Jahrzehnten aufgebaute umfassende geriatrische Versorgungsnetz in Hessen ermöglicht eine zeitgemäße, fachlich qualifizierte, wohnortnahe und in der Regel fallabschließende Behandlung geriatrischer Patienten. Diese sind durch höheres Lebensalter (über 65 Jahre), das Vorhandensein meist mehrerer, sich gegenseitig beeinflussender, akuter als auch chronischer Krankheiten (Multimorbidität) und Behinderungen, sowie den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Während die nach der ICD-Klassifikation dokumentierten Haupt- und Nebendiagnosen die Krankenhausbehandlung begründen, beschreibt das ICIDH-Konzept (Impairment, Disability, Handicap) die Auswirkungen der Erkrankung(en) bzw. der altersassoziierten Funktionsminderung(en). Sinnvollerweise ist im Hessischen Geriatriekonzept die kurative mit der frühzeitig einsetzenden rehabilitativen Behandlung verknüpft.

Die Geriatrie ist in Hessen mit zwei Ausnahmen im Planbettenbereich nach § 108 SGB V angesiedelt und geht vom Grundsatz der fallabschließenden Behandlung aus. Klinische Geriatrie umfaßt sowohl kurativ-medizinische als auch rehabilitative Aufgaben. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung steht sie auch für die Direkteinweisung

durch niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

Im Falle der Verlegung aus anderen medizinischen Fachabteilungen bzw. vorbehandelnden Krankenhäusern hat die geriatrische Behandlung so früh wie möglich nach der fachspezifischen Akutbehandlung einzusetzen. Aus diesem Grund wird ein geeignetes Überleitungsverfahren vorgeschlagen. Die Aufgabenbereiche indikationsspezifischer Rehabilitationseinrichtungen für Patienten, welche die Kriterien der AHB-Fähigkeit erfüllen, bleiben unberührt.

Die vorliegenden Empfehlungen charakterisieren diejenigen Patienten, die einer klinisch-geriatrischen Behandlung zugeführt werden sollen und werden ergänzt durch zweckmäßige Verfahrenswege (Konsile, Telefonanrufe, schriftliche Anmeldungen, usw.). Dadurch werden zeitaufwendige Rückfragen, ärztliche Stellungnahmen und letztlich Fehlbelegungen vermieden.

Die Empfehlungen sollen zu fachgerechten Aufnahmekriterien und einfach zu handhabenden Überleitungsverfahren führen. Damit soll sichergestellt werden, daß der geeignete Patient zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Einrichtung aufgenommen wird. Langfristig sind Kooperationsvereinbarungen zwischen geriatrischen Kliniken und Krankenhäusern ohne geriatrische Klinik bzw. Fachabteilung anzustreben.

2. Aufgaben der Klinischen Geriatrie

Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Krankheiten und Krankheitsfolgen im Alter, ausgehend von Ätiologie, Pathogenese und Schä-

digung (Impairment), jedoch unter der fachspezifisch besonderen Berücksichtigung von Fähigkeitsstörung (Disability) und Beeinträchtigung (Handicap). Zu den Krankheitsfolgen gehören insbesondere Fähigkeitsstörungen im Bereich der Mobilität, der Sprache und nonverbalen Kommunikation, der Kognition und anderer alltagsrelevanter cerebraler Funktionen (Antrieb, Affekt, Orientierung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Urteilsfähigkeit), der orofacialen Funktionen (Kau-, Schluck-, Eß- und Sprechstörung), der Kontinenz sowie kombinierte Fähigkeitsstörungen.

- ▶ Formulierung eines individuellen alltagsrelevanten Behandlungsziels unter Berücksichtigung des prämorbidem Zustands, der persönlichen Ressourcen und des sozialen Umfelds.
- ▶ Spezifische Beobachtung und Anpassung der Behandlungsziele unter Berücksichtigung der Ergebnisse des multiprofessionellen geriatrischen Assessments im Behandlungsverlauf.
- ▶ Erhaltung bzw. Steigerung der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).
- ▶ Wiederherstellung von verloren gegangenen Funktionen.
- ▶ Unterstützung zur Erhaltung des Wohnumfelds bzw. Organisation der Weiterversorgung in einem vom Patienten gewünschten Umfeld.
- ▶ Strukturierte Organisation der Entlassung aus der Klinischen Geriatrie und Sicherung der Weiterversorgung.
- ▶ Erhaltung bzw. Steigerung von Lebensqualität.

Mit Blick auf die hoch spezialisierte und kostenintensive Behandlung in ei-

Schlüsselwörter

Geriatrische Kliniken – Anmelde- und Zugangsverfahren – Indikation für klinisch-geriatrische Behandlung – Behandlungskriterien – Qualitätssicherung Gemidas



ner geriatrischen Einrichtung ist die rechtzeitige und korrekte Platzierung entsprechend behandlungs- und rehabilitationsbedürftiger bzw. -fähiger Patienten erforderlich. Im Zweifel ist die geriatrische Behandlung auf Probe sinnvoll, um die Ressourcen des Patienten im Verlauf einschätzen und dem Rechtsanspruch auf „Rehabilitation vor Pflege“ gerecht werden zu können. Daraus ergeben sich folgende Behandlungskriterien.

3. Behandlungskriterien

Kriterien zur voll- und teilstationären geriatrischen Behandlung sind in der Regel:

- ▶ hohes Lebensalter
- ▶ Multimorbidität bzw. typisches geriatrisches Syndrom
- ▶ alltagsrelevante Fähigkeitsstörung
- ▶ Notwendigkeit einer multimodalen Komplexbehandlung einschließlich geriatrischem Assessment
- ▶ positive Behandlungs- und/oder Rehabilitationsprognose

In jedem Fall ist eine fachgeriatrische Einzelbegutachtung erforderlich, da keine der vorhandenen Assessmentskalen alle funktionellen Aspekte der Patienten bzw. den Schweregrad der Erkrankungen während der verschiedenen Krankheitsphasen ausreichend beschreiben kann. Eine bereits erfolgte Einstufung in eine Pflegestufe nach SGB XI ist per se kein Grund, eine geriatrische Behandlung abzulehnen.

4. Verfahren

Es bestehen verschiedene Zugangswege, wie Patienten in geriatrische Kliniken/Fachabteilungen aufgenommen werden können. Der Fachausschuß „Qualitätssicherung in der Geriatrie“ empfiehlt die Benutzung eines standar-

disierten Anmeldeformulars, das zur Patientenüberleitung in die klinisch-geriatrischen Einrichtungen einheitlich in Hessen benutzt werden soll.

4.1. Zugangswege in die Klinische Geriatrie

Die Zugangswege lassen sich wie folgt einteilen:

4.1.1. Zuweisungen aus anderen Krankenhausabteilungen

Zuweisungen bzw. Anmeldungen von anderen Krankenhäusern sollen in Hessen zukünftig durch ein standardisiertes Anmeldeformular erfolgen. Der Weg über ein regelhaftes geriatrisches Konsil mit geriatrischem Assessment hat sich in Wiesbaden seit 1998 bewährt. Dieses Konsil findet zunehmende Akzeptanz zwischen dem Geriater und dem jeweiligen Akutmediziner bzw. dem gesamten klinischen Umfeld zuweisender Abteilungen. Nachteilig ist der hohe personelle und zeitliche Aufwand.

4.1.2. Zugang über die Krankenhausnotaufnahme

Bei diesem Verfahren haben die medizinischen Disziplinen eine gleichberechtigte und aktive Rolle im Aufnahmeverfahren, wobei dem Geriater die Möglichkeit verbleibt bzw. er dafür zuständig ist, einen der Geriatrie zugewiesenen Patienten in der für den Patienten am besten geeigneten Versorgungsform (vollstationär/Tagesklinik) aufzunehmen. Dadurch lassen sich Fehlplatzierungen von Patienten weitgehend vermeiden. Vorverweildauern fallen weg, die Liegedauer verkürzt sich.

4.1.3. Direkte Einweisung über den Hausarzt

Niedergelassene Kollegen können Pa-

tienten direkt in die geriatrische Klinik/Fachabteilung mit Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V einweisen.

Für die Aufnahme in geriatrische Kliniken/Fachabteilungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V ist ein Antrag auf Kostenübernahme beim Kostenträger zu stellen.

4.2. Typische Indikationen

Es gelten für die geriatrische Patienten folgende typische Indikationen:

4.2.1. Ältere Patienten mit Krankheitsbildern, mit einem hohen Rehabilitationsbedarf

Das sind Patienten, die neben fachärztlicher Kompetenz intensive therapeutische Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie und Sozialdienst einzeln oder in Kombination benötigen, um eine akute Erkrankung und deren Folgen zu überwinden und die Selbständigkeit zu erhalten bzw. wieder zu gewinnen.

Hierzu gehören insbesondere:

a) Patienten mit

- Schlaganfall und Schlaganfallfolgen
- Parkinson Syndrom und Begleiterkrankungen
- akute und/oder chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen
- chronische AVK und ihre Folgeerkrankungen
- Amputation
- sonstige Bewegungsstörungen

b) Patienten nach

- längerer Bettlägerigkeit
- operativ/konservativ versorgt Traumata
- Gelenkersatzoperationen
- neurochirurgischen Operationen
- anderen schweren Operationen

Anzeige

Positionieren Sie sich richtig!

30 Mio. Deutsche nutzen das Internet.
Manche suchen Informationen.
Manche suchen Hilfe.
Manche suchen einen Spezialisten.
Und finden Ihre Homepage.

Dr. med. Schröter & Schröter
Internetmarketing für Kliniken,
Arztpraxen und Apotheken
<http://www.webizin.de>
Tel.: 0177-8452934

webizin.de



Webdesign - Programmierung - Standesrecht - Fachtexte - Behindertengerechte Gestaltung - Hosting - Support



4.2.2. Multimorbidität

Dekompensation des Patienten mit mehreren gleichzeitig bestehenden, aktiven, interagierenden Erkrankungen.

4.2.3. Akute und chronische Verwirrheitszustände

Akute und chronische Verwirrheitszustände im Alter sind in vielen Fällen Ausdruck gravierender Grunderkrankungen und erfordern gründliches geriatrisches Assessment und Management, gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Fachgebiete.

4.2.4. Akuterkrankung bei vorbestehender Demenz

Demenzkranke werden häufig wegen Akuterkrankungen wie Pneumonie, Harnwegsinfekt, Herzinsuffizienz oder Frakturen in das Krankenhaus eingewiesen. Die klinische Geriatrie verfügt über die notwendige Kompetenz im Umgang mit der Demenzkrankheit und den begleitenden Komplikationen. Die Aufgabenstellung der Gerontopsychiatrie bezüglich der Demenzkrankheit bleibt hiervon unberührt.

4.2.5. Spezielle geriatrische Krankheitsbilder

- ▶ Immobilitätssyndrom
- ▶ Sturzkrankheit
- ▶ Kommunikationsstörungen
- ▶ Failure to thrive Syndrom (nutritive Störung)
- ▶ Posturale Hypotension
- ▶ Inkontinenz
- ▶ Fähigkeitsstörung unklarer Genese mit/ohne soziale Beeinträchtigung

Nicht geeignet sind Patienten:

- ▶ die intensiv-medizinischer Überwachung/Therapie bedürfen,
- ▶ die beatmungspflichtig sind,
- ▶ bei denen Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht,
- ▶ mit Erkrankungen, die nach Infektionsschutzgesetz gemeldet und isoliert behandelt werden müssen.

5. Qualitätssicherung

5.1. Dokumentation

Die Durchführung der genannten Aufgabenbereiche wird vom multi-professionellen geriatrischen Team unter der ärztlichen Verantwortung des Geriaters nach anerkannten Standards dokumentiert. Aus der Dokumentation sollen die Indikation, die Dauer, die Zielsetzung, die Maßnahmen, der Verlauf und das Ergebnis der geriatrischen Behandlung so hervorgehen, daß sie auch für nicht an der Behandlung beteiligte Geriater nachvollzogen werden können.

5.2. Ergebnisqualität

Seit 1999 wurde durch Initiative des „Fachausschusses Qualitätssicherung in der Geriatrie“ die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen e.V. obligat für alle hessischen geriatrischen Fachabteilungen/Kliniken vorgeschrieben und umgesetzt.

Damit werden Daten erhoben zu:

- ▶ Patientendaten
- ▶ Verweildauer
- ▶ Vorverweildauer
- ▶ ICD-10-Diagnose
- ▶ Nebendiagnosen
- ▶ Status vor Aufnahme in der Geriatrie (Privatwohnung, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)
- ▶ Entlassung aus der Geriatrie (Privatwohnung, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)
- ▶ Behandlungsart (voll/teilstationär)
- ▶ Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung
- ▶ PPR-Einstufung bei Aufnahme und Entlassung
- ▶ Hilfsmittelverordnung
- ▶ MMSE (Mini-Mental-State-Examination nach Folstein)
- ▶ Timed up and go bei Aufnahme und Entlassung

Die Daten ermöglichen einen Überblick über das Leistungsspektrum der klinischen Geriatrie in Hessen. Ihre

kontinuierliche Erfassung und Auswertung erlaubt Quer- und Längsschnittuntersuchungen der Behandlungsergebnisse und eignet sich darüber hinaus für die interne, wie externe Qualitätssicherung geriatrischer Versorgung.

Kommentar:

Die Mitglieder des Fachausschusses Geriatrie der Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen GQH-Ärzte aus Geriatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie, des MDK Hessen sowie Vertreter des Pflegepersonals – haben die vorstehenden Empfehlungen für die Überleitung von Patienten in Geriatrische Kliniken/Fachabteilungen entwickelt. Damit liegt erstmals ein Papier vor, das einen Konsens zwischen geriatrisch tätigen Ärzten/Pflegepersonal und den Ärzten des MDK (und damit auch mit den Kostenträgern) in der leidigen Frage herstellt: Welche der alten Patienten benötigen fachgeriatrische Behandlung und sollten in Geriatrische Kliniken/Fachabteilungen eingewiesen werden.

Der Fachausschuß wünscht sich, daß Geriater im Rahmen des Geriatrischen Konsils, niedergelassene Ärzte und Ärzte in verlegenden Krankenhausabteilungen diese Empfehlungen zur Grundlage ihrer Entscheidung machen, wenn es um die Frage geht, ihre Patienten in Geriatrische Kliniken/Fachabteilungen einzuweisen. Andererseits geben die Empfehlungen dem MDK ein Instrument an die Hand, um die Indikation für fachgeriatrische Behandlung in den genannten Einrichtungen zu überprüfen.

Für die Geriater in den Geriatrischen Kliniken und Fachabteilungen sollen die Empfehlungen mehr Klarheit, weniger Fehleinweisungen und vielleicht auch etwas Entlastung von Bürokratie in Form von negativen MDK-Gutachten bringen.

Dr. Hansjörg Werner
Sprecher des Fachausschusses GQH
Geschäftsstelle Qualitätssicherung
Hessen, Eschborn
E-Mail: hanswerner@gmx.de



Grober Behandlungsfehler und Aufklärungspflicht

- Neuere Gerichtsentscheidungen zur Arzthaftung -

Von Dr. Ingelore König-Ouvrier, Vorsitzende Richterin am Oberlandesgericht Frankfurt

In jüngster Zeit hat es verschiedene zivilrechtliche Gerichtsentscheidungen gegeben, welche aus richterlicher Sicht zu einem ausgewogenen Interessenausgleich und einem Abbau des Spannungsfeldes zwischen Ärzten und Patienten beitragen können.

Zum besseren Verständnis seien die wichtigsten Grundsätze des – im Bürgerlichen Gesetzbuch nicht geregelten und daher durch Case Law geprägten – Arzthaftungsrechts vorangestellt:

Eine Haftung des behandelnden Arztes und/oder Krankenhausträgers auf Schadensersatz und Schmerzensgeld kommt bekanntlich in Betracht für Behandlungsfehler, Diagnosefehler, Organisationsfehler und Aufklärungsfehler. Nicht zur Verantwortung gezogen werden kann der Arzt oder der Krankenhausträger für einen bestimmten Erfolg der Behandlung, weil er nicht für Risiken einsteht, die sich aus dem lebenden Organismus des Patienten ergeben.

I. Unter einem **Behandlungsfehler** versteht man einen Verstoß gegen den jeweiligen medizinischen Standard. Der Arzt muß diejenigen Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereiches vorausgesetzt und erwartet werden. Fehldiagnosen sind in erster Linie dann Gegenstand der Arzthaftung, wenn Krankheitserscheinungen in völlig unvertretbarer, der Schulmedizin entgegenstehen-

der Weise gedeutet und elementare Kontrollbefunde nicht erhoben werden. Der ärztliche Standard ist auch ausschlaggebend für die Frage, ob dem Krankenhausträger ein Organisationsfehler anzulasten ist. Organisationsfehler können sich im Bereich der Hygiene oder des medizinischen Geräts oder der Bereitstellung und Überwachung des Personals ergeben. So sind z.B. in einer Klinik genaue organisatorische Anweisungen für Einsatz, Anleitung und Kontrolle eines unerfahrenen Berufsanfängers unerlässlich. Schließlich verpflichtet auch eine mangelnde Aufklärung des Patienten zum Schadensersatz.

Wie überall im zivilrechtlichen Bereich, in welchem es um die rechtlichen Beziehungen von Menschen zueinander geht, spielt die juristische Frage der sog. Darlegungs- und Beweislast eine wichtige Rolle. Der Patient muß grundsätzlich nachweisen, daß ein Behandlungsfehler vorliegt, daß dieser für seinen Gesundheitsschaden ursächlich gewesen ist und daß den Arzt ein Verschulden trifft, er also mindestens fahrlässig gehandelt hat. Zur Klärung der Frage, wem nach der Erschöpfung sämtlicher Beweismittel - Zeugen, Sachverständiger etc. - die Folgen der Nicht-Nachweisbarkeit treffen, differenziert die Rechtsprechung nach sog. Risikobereichen. Je nach Fallgestaltung kommen dem Patienten einerseits, aber auch dem Arzt oder Krankenhausträger andererseits Beweiserleichterungen bis hin zur sog. Beweislastumkehr zu. Solche Beweiserleichterungen gibt es für den Patienten beim sog. groben Behandlungsfehler: Verstößt ein Arzt gegen elementare Behandlungsregeln und gesicherte Erkenntnisse der Medizin, d.h. unterläuft ihm ein Fehler, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf, so muß er den Nachweis führen, daß sein grober Fehler für die Schädigung

nicht ursächlich geworden ist bzw. daß der Schaden - z.B. wegen der körperlichen Konstitution des Patienten - auch bei fehlerfreier Behandlung aufgetreten wäre.

Maßgeblich ist der medizinische Standard, der im konkreten Fall vom Patienten erwartet werden kann. Ob das Nichtbefolgen sog. ärztlicher Richt- und Leitlinien ohne besonderen Grund generell einen groben Behandlungsfehler darstellt oder ob es insoweit stets einer Einzelfallbetrachtung bedarf, ist von der Rechtsprechung noch nicht abschließend geklärt. Jedenfalls wird der medizinische Standard nicht allein durch Empfehlungen und Richtlinien geprägt, sondern maßgeblich ist der Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Behandlungszeitpunkt. Gemäß einem Beschluß des Europarates vom 10. Oktober 2001 sind ärztliche Leitlinien nur ein Mittel unter anderen, um die Qualität und Angemessenheit der Gesundheitsversorgung zu verbessern; sie vermögen daher weder ein fundiertes klinisches Urteil zu ersetzen noch an die Stelle der beruflichen Verantwortung der Leistungserbringer oder der Präferenzen der Patienten zu treten.

Zur Beurteilung und Einstufung eines Behandlungsfehlers - ob grob oder nicht grob -, zur Ermittlung des medizinischen Standards sowie für die Feststellung der aus einem ärztlichen Fehler resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bedienen sich die Gerichte, weil sie in der Regel nicht über ausreichendes Fachwissen verfügen, der Hilfe von Sachverständigen, in der Regel Mediziner.

Dabei bereitet es erhebliche Probleme, den Bereich der sachverständigen von der richterlichen Beurteilung abzugrenzen. Die Stellungnahmen der Gutachter sind nicht nur für die Bewertung

Schlüsselwörter

zivilrechtliche Arzthaftung – Behandlungsfehler – Diagnosefehler – Organisationsfehler – Aufklärungsfehler – Verstoß gegen medizinischen Standard – Ursächlichkeit des ärztlichen Fehlers – Beweiserleichterungen – Bedeutung des ärztlichen Sachverständigen für Gerichtsverfahren – Schmerzensgeld – Unterhaltsschaden, Rente



des ärztlichen Vorgehens als solchem, sondern ebenso für die Feststellung der hieraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wesentlich. Einer in den letzten Jahren festzustellenden Neigung der Instanzgerichte, einen Behandlungsfehler als grob anzusehen, selbst wenn die Ausführungen des medizinischen Sachverständigen hierzu nicht eindeutig waren, hat der Bundesgerichtshof im letzten Jahr in verschiedenen Entscheidungen gegengesteuert: Ein grober Behandlungsfehler liegt nicht bereits bei zweifelsfreier Feststellung einer Verletzung des maßgeblichen ärztlichen Standards vor, sondern der Arzt muß einen Fehler begangen haben, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint.

Einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 27. März 2001 (VI ZR 18/00; VersR 2001,859) lag folgender Fall zugrunde:

Die am 22. Mai 1994 geborene Klägerin erlitt wenige Tage nach ihrer Geburt einen Kreislaufschock bei akutem Abdomen mit Darmperforation. Der beklagte Arzt, der eine Verlegung der Patientin mit einem Hubschrauber veranlaßt hatte, verabreichte zur Flüssigkeitszufuhr eine Glukoselösung mit Kochsalzzusatz. Während des Fluges kam es zu einem erneuten Kreislaufzusammenbruch. Eine intensive Volumensubstitution der weiter behandelnden Ärzte ermöglichten eine umgehende Operation. Nachdem die Klägerin am Folgetag einen Krampfanfall erlitten hatte, ergab eine kernspintomographische Untersuchung eine Hirnschädigung. Während das Oberlandesgericht den Arzt und den Krankenhaussträger für den Zerebralschaden für haftbar hielt, hat der Bundesgerichtshof kritisiert, daß das Berufungsgericht widersprüchlichen Ausführungen des Sachverständigen nicht weiter nachgegangen sei. Dessen Äußerung, er halte das Vorgehen des beklagten Arztes rückblickend nicht für ausreichend und auch für fehlerhaft, reiche nicht zur Beant-

wortung der Frage aus, ob bei einem schweren Schockzustand infolge einer Sepsis eine Behandlung nur mit einer Glukoselösung einen als grob zu bewertenden Behandlungsfehler darstelle.

Ein weiteres Urteil des Bundesgerichtshofes vom 29. Mai 2001 (VI ZR 120/00; VersR 2001,1030) hatte folgenden Sachverhalt zum Gegenstand:

Bei einer 1987 am linken Kniegelenk operierten Patientin kam es postoperativ zu einer Infektion des Kniegelenks. Nach antibiotischer Behandlung, der keine Erregerbestimmung vorausgegangen war, wurde eine Revisionsoperation durchgeführt. Es traten weiterhin Infektionen auf, die schließlich zur Amputation des Oberschenkels führten. Das Oberlandesgericht bewertete die vom gerichtlichen Sachverständigen festgestellten Behandlungsfehler als grob, daß er nämlich die Revisionsoperation zu spät und ohne rechtzeitige Erregerbestimmung eine ungezielte antibiotische Therapie vorgenommen habe. Auch wenn der Sachverständige im konkreten Fall ausgeführt hatte, er halte die vorherige Erregerbestimmung für „zwingend“, ist nach Auffassung des Bundesgerichtshofes dadurch nicht automatisch eine Gewichtung des Behandlungsfehlers als grob vorgegeben, d.h. die Bewertung als völlig unverständliches Verhalten, welches einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

In einem am 3. Juli 2001 vom Bundesgerichtshof entschiedenen Fall (VI ZR 418/99; VersR 2001,1116) ging es um Schadensersatz wegen eines Narkosezwischenfalls bei einem geburtshilflichen Eingriff. Bei der Patientin war innerhalb von zwei Minuten nach Beginn der Operation durch das Zurückfluten von Magensaft in die Speiseröhre und dessen Eindringen in den Bronchialraum ein Bronchospasmus aufgetreten, der zu einer fortschreitenden Hypoxie geführt und einen Herz- und Kreislaufstillstand zur Folge hatte. Landgericht und Oberlandesgericht hatten der Klage stattgegeben, weil der Anästhesistin ein fataler Fehler unterlaufen sei. Da kurze Störungen der Ventilation zu einer Hy-

poxie führen konnten, habe sie durch das vorübergehende Sichabwenden von der Patientin die ärztlichen Standards in einem besonders schwerwiegenden Maß vernachlässigt. Diese Deduktion kritisierte der BGH: Soweit der Sachverständige die Übernahme der Erstversorgung des entbundenen Kindes durch die beklagte Anästhesistin als „problematische Prioritätssetzung“ charakterisiert habe, ließe sich aus dieser Formulierung ein eindeutiger Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln nicht herleiten.

Mangels hinreichender Anhaltspunkte keinen Bestand hatte die Bewertung des Behandlungsfehlers als grob in einem weiteren vom Bundesgerichtshof am 28. Mai 2002 entschiedenen Fall (NJW 02,2944):

Der niedergelassene Orthopäde und Sportarzt hatte den Kläger nach dessen Entlassung aus dem Krankenhaus behandelt, wo er wegen mehrerer Frakturen des rechten Sprunggelenks operativ mittels Osteosynthese versorgt worden war. Nach einiger Zeit überwies er den Kläger mit Diagnose und dem Therapie-vorschlag „Metallentfernung“ ins Krankenhaus. Die dort tätige Assistenzärztin, der er die Unterlagen nicht vorlegte, diagnostizierte einen Infekt mit Fistel und empfahl eine – ambulant durchzuführende – antibiotische Therapie. Obwohl das Therapieblatt des beklagten Orthopäden ab November 1993 „Entzündung, offene Wunde, Eiter, Fistelbildung“ auswies, überwies er den Kläger erst im März 1994 zur Metallentfernung ins Krankenhaus. Dabei wurde aufgrund einer infizierten Osteosynthese ein Knochendefekt festgestellt, der mit scharfem Löffel ausgemuldet wurde. In der Folgezeit mußte sich der Kläger einer Vielzahl von operativen Revisionen und schließlich einer Arthrodeese unterziehen.

Da sich der ärztliche Sachverständige im Schadensersatzrechtsstreit nicht eindeutig geäußert hatte, ob das – zweifelsohne als Abweichen vom Standard zu qualifizierende – lange Zuwarten des Arztes in Anbetracht der Nichtvorlage der damaligen Überweisungsdiagnose



nebst Röntgenbildern als gänzlich unverständlicher und damit grober Behandlungsfehler zu werten war, hätte das Gericht nach Ansicht des Bundesgerichtshofes durch gezielte Befragung des Gutachters auf eine Beseitigung der Unklarheiten hinwirken müssen. Könnte sich der Sachverständige in einem solchen Fall nicht festlegen und seien auch die Voraussetzungen für eine zusätzliche Begutachtung nicht gegeben, so dürfe der Tatrichter sich nicht über verbleibende Zweifel hinwegsetzen.

Keinen Schadensersatz hat das Oberlandesgericht Frankfurt a.M. in einem am 12. Juni 2002 entschiedenen Fall den Hinterbliebenen eines Patienten zuerkannt, der nach einer ambulant durchgeführten Magenspiegelung tödlich verunglückt war (OLGR 2002,237). Vor der Untersuchung teilte der Patient dem beklagten Arzt mit, er sei mit dem eigenen Wagen ins Krankenhaus gekommen und wolle mit dem Taxi wieder nach Hause fahren. Zur Prämedikation wurden dem großen und schwergewichtigen Mann u.a. 30 mg Dormicum verabreicht. Nach Durchführung der Untersuchung verblieb er eine halbe Stunde unter Aufsicht im Untersuchungsraum. Anschließend – nach Verabreichung von 0,5 mg Anexate hielt er sich zunächst im Flur vor den Behandlungsräumen auf und entfernte sich dann, ohne entlassen worden zu sein. Er bestieg sein Fahrzeug und geriet – nicht angeschnallt – aus letztlich ungeklärter Ursache auf die Gegenfahrbahn, wo er mit einem Lastzug zusammenstieß. Er verstarb noch an der Unfallstelle. Das Gericht hat zunächst ausgeführt, daß die Verabreichung der hohen Dosis des Sedierungsmittels vorliegend erforderlich gewesen sei. Es seien auch keine entscheidungsrelevanten Aufklärungsmängel festzustellen. Der Patient habe gewußt, daß er für den Eingriff sediert wird und sei darüber aufgeklärt worden, daß er danach für die Dauer von 12 Stunden kein Fahrzeug im Straßenverkehr führen dürfe. Der beklagte Arzt habe auch nicht mit einer retrograden Amnesie rechnen müssen. Schließlich hat das Gericht eine Haftung des Arztes auch nicht unter dem Gesichtspunkt ei-

nes Überwachungsdefizites für gegeben gehalten. Eine Pflicht zur Patientensicherung bestehe nur in den Grenzen des Erforderlichen und des für das Personal und den Patienten selbst Zumutbaren.

Behandlungsfehler und Suizidgefahr

Während es früher in der psychiatrischen Versorgung oberstes Ziel war, einen selbstmordgefährdeten Patienten vor sich selbst zu schützen, steht heute im Vordergrund, ihm eine Rückkehr in ein sog. freies Leben auch außerhalb der Psychiatrie zu ermöglichen. Deswegen sieht es die Medizin als unvermeidbar an, ein Suizid-Restrisiko in Kauf zu nehmen. In juristischer Hinsicht ist es dem Grunde nach unstrittig, daß der Krankenhausträger und seine Mitarbeiter die Pflicht haben, Patienten vor Selbstschädigungen zu bewahren. Allerdings besteht diese Pflicht nur in den Grenzen des Erforderlichen und des für das Krankenhauspersonal und die Patienten Zumutbaren. Abgestellt wird dabei auf die sog. ex-ante-Betrachtung: War vor auszusehen, daß der Patient seinen Selbstmordplan ausführen werde? In einem vom OLG Koblenz entschiedenen Fall war eine Patientin, die bereits mehrfach Selbstmordversuche unternommen hatte, nach einigen Tagen auf der geschlossenen Station einer Nervenklinik in eine offene Abteilung verlegt worden. Von dort begab sie sich in ein anderes Geschoß und stürzte sich aus einem Fenster, wobei sie erhebliche Verletzungen erlitt. Ihre Klage blieb erfolglos, weil das Vorgehen der Ärzte für zutreffend gehalten wurde und der erneute Selbstmordversuch nicht mit Sicherheit vor auszusehen war.

Festzuhalten ist nach diesen Entscheidungen: Es handelt sich um die Bekräftigung der bisherigen Grundsätze, wobei allerdings zugunsten der betroffenen Ärzte einer allzu großzügigen Subsumtion unter das Merkmal „grob“ Einhalt geboten wird. Ein grober, die ju-

ristische Beweislast umkehrender Behandlungsfehler liegt nur dann vor, wenn neben einem eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse ein Fehler zu bejahen ist, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Wenngleich die endgültige Einordnung des Behandlungsfehlers als grob den Gerichten obliegt, kommt den medizinischen Gutachtern eine eindeutig richtungweisende Aufgabe zu: Sie müssen die Fakten des einzelnen Falles darlegen, das Vorgehen des Arztes an den medizinischen Standards messen und eine Aussage darüber treffen, ob das Handeln des Arztes unter ärztlichen Gesichtspunkten gänzlich unververtretbar erscheint. Der medizinische Sachverständige sollte also – durch das Gericht speziell befragt – Ausführungen dazu machen, ob der Arzt in einer absoluten Standardsituation, bei der nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit fachgerecht war, falsch gehandelt hat, ob und wann es gesichertes Erfahrungswissen gibt. Ferner sollte er darlegen, ob entlastende Umstände ins Feld geführt werden können, z.B. eine apparative oder personelle Ausstattung, die eine zwar fachgerechte, aber nicht optimale Behandlung ermöglicht. Es kann also z.B. eine Rolle spielen, ob der Fehler einem niedergelassenen Arzt oder dem Spezialisten einer Fachklinik unterläuft. Wenngleich ein besonders hohes Gefahrenpotential ein besonders sorgfältiges Vorgehen des Arztes erfordert, reicht die Verwirklichung desselben für sich allein zur Bewertung eines Behandlungsfehlers als grob nicht aus.

Anzeige

Ihre Praxisübernahme – mit uns ein Erfolg!



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!



Die Beweiserleichterungen bei groben Behandlungsfehlern gelten sinngemäß auch bei grober Verletzung von Organisations- und Kontrollpflichten und auch für den groben Diagnosefehler. Letzterer ist also nur dann als schwerer Verstoß einen die Regeln der ärztlichen Kunst anzusehen, wenn es sich um einen fundamentalen Irrtum handelt. Grundsätzlich verbleibt dem Arzt ein Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum bei der Diagnose (VersR 02,578: grob fehlerhafte Diagnose bei Bronchialcarcinom; keine Konsequenzen aus dem Ergebnis einer histologischen Untersuchung mit Krebsbefund; Versäumung der diagnostischen Abklärung eines irrig als HWS-Syndrom eingestuften Notfalls auf Herzinfarkt; Nichtfeststellung eines embolinischen Gefäßverschlusses). Auch eine unterlassene Befunderhebung kann ein grober ärztlicher Fehler sein, wenn sie aus medizinischen Gründen zweifelsfrei geboten war. Durch diese Eingrenzung wird - zugunsten der Ärzte - den Schwierigkeiten ärztlicher Diagnostik Rechnung getragen.

Trotz eines (groben) Diagnosefehlers blieb folgende Schadensersatzklage auf Ersatz von Unterhaltsschaden erfolglos (BGH NJW 2002,886):

Die Eltern von (im Jahre 1995) geborenen eineiigen Zwillingen nahmen die behandelnden Frauenärzte auf Ersatz des Unterhalts für einen der Zwillinge in Anspruch. Die Tochter kam mit schweren Fehlbildungen der Extremitäten zur Welt; das rechte Bein ist nicht angelegt, das linke verkümmert, der rechte Arm ist steif. Das andere Kind ist gesund. Die Eltern warfen den Ärzten vor, im Rahmen der - regelmäßig vorgenommenen - Vorsorgemaßnahmen, zu denen auch eine erweiterte Fehlbildungsdiagnose gehörte, die Fehlbildungen ihrer Tochter infolge eines schuldhaften Diagnosefehlers nicht erkannt zu haben. Sie haben geltend gemacht, sie hätten sich bei Kenntnis der schweren Behinderung für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Die Ärzte haben darauf hingewiesen, die Mißbildungen des einen Kindes seien unter den seinerzeit gegebenen Umständen bis zum für einen Schwan-

gerschaftsabbruch entscheidenden Zeitpunkt, dem Ablauf der 22. Schwangerschaftswoche, nicht feststellbar gewesen. Im übrigen haben sie geltend gemacht, ein selektiver Abbruch der Schwangerschaft - nur bezüglich des behinderten Kindes - wäre auch bei rechtzeitiger Kenntnis der Fehlbildungen wegen der erheblichen Gefährdung des anderen Zwillings nicht in Frage gekommen; für einen Abbruch der gesamten Schwangerschaft habe es an einer rechtlich zulässigen Indikation gefehlt. Ausgangspunkt für die Entscheidung des Gerichts war insoweit, daß ein - erwiesener - Behandlungsfehler nur dann zu einer Haftung des Arztes führen kann, wenn der Abbruch der Schwangerschaft rechtlich zulässig gewesen wäre, also der geltenden Rechtslage entsprochen hätte. Zur Frage, ob der Gesamtabbruch einer Zwillingschwangerschaft gerechtfertigt ist, obwohl nur ein Embryo geschädigt ist, werden - wie bei Juristen nicht selten - verschiedene Auffassungen vertreten. Einerseits wird angenommen, daß der Frau die Fortsetzung der Schwangerschaft mit Rücksicht auf das gesunde Kind zuzumuten ist, andererseits wird nur eine moralische, aber keine Rechtspflicht zum Austragen der Schwangerschaft befürwortet. Der Bundesgerichtshof hat im konkreten Fall ausgeführt, es komme auf den Einzelfall an. Wegen des durch die Verfassung geschützten Lebensrechts des gesunden Embryos ist nach Auffassung des BGH für die Zulässigkeit des Abbruchs ein Ausnahmetatbestand zu fordern, wonach der Frau ein Austragen der Schwangerschaft nicht

Allgemein dürfte gelten, daß die Pränataldiagnostik nicht darauf gerichtet ist, jeden denkbaren kindlichen Schaden auszuschließen, sondern sie beschränkt sich auf das Erkennen kindlicher Schwerstschäden.

aufgebürdet werden kann. Im konkreten Fall war der Mutter die Fortsetzung der Schwangerschaft nach Ansicht des Gerichts trotz ihrer angegriffenen, aber nicht schlichtweg ausgeweglosen psychischen Konstitution zumutbar.

Ein vom Bundesgerichtshof Anfang 2002 entschiedener Fall (Urteil vom 19. Februar 2002) hatte ebenfalls die Frage der Unterhaltsleistung nach einem Behandlungsfehler/Diagnosefehler zum Gegenstand. Und zwar hatte der damals 15jährige Kläger im Oktober 1998 mit der damals 12jährigen F. ein Kind gezeugt. Anfang 1999 suchte das Mädchen die beklagte Frauenärztin auf, um sich über Möglichkeiten der Empfängnisverhütung zu informieren. Es erfolgte eine gynäkologische Untersuchung, und die Antibabypille wurde verschrieben. Ein Schwangerschaftstest bzw. eine sonographische Untersuchung fand nicht statt. Der Kläger, der Vater des Kindes, hat im Prozeß geltend gemacht, daß bei ordnungsgemäßer Untersuchung die Schwangerschaft festgestellt und ein rechtmäßiger Abbruch vorgenommen worden wäre. Wegen des Fehlers müsse die Frauenärztin nun für den Unterhalt des Kindes aufkommen. Dies hat der Bundesgerichtshof mit der Begründung abgelehnt, daß der Kläger als nichtehelicher Vater nicht in den Schutzbereich des Vertrages zwischen der Mutter und der Gynäkologin einbezogen gewesen sei. Nur um diese Pflichtverletzung ging es aber hier. Es besteht also kein Anspruch eines Vaters auf Freistellung von den Unterhaltsansprüchen seines nichtehelichen Kindes bei Verletzung ärztlicher Pflichten gegenüber der Mutter.

II. Aufklärungsfehler

Die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht verpflichtet den Arzt ebenso wie ein Behandlungsfehler zum Schadensersatz. Dies folgt aus dem Grundsatz, daß eine ordnungsgemäße Aufklärung die grundlegende Voraussetzung für eine Einwilligung des Patienten in den körperlichen Eingriff bildet. Aufklären muß der behandelnde Arzt, und zwar auch dann, wenn er den Eingriff nicht für erforderlich hält, sondern nur auf Wunsch des Patienten vornimmt. Nur am Rande sei folgendes erwähnt: Ein Arzt muß zu einer gewünschten Behandlung auch Nein sagen können (VersR 02,611): Auch das nachhaltige Verlangen eines Patienten nach einer



kontraindizierten Injektionsbehandlung darf den behandelnden Arzt nicht veranlassen, eine solche Therapie vorzunehmen. Tut er es trotzdem, so trifft den Patienten beim Eintritt eines Gesundheitsschadens kein Mitverschulden.

Maßgeblich ist das Aufklärungsgespräch; die schriftliche Einwilligungserklärung hat nur Indizwirkung. Der Umfang der Aufklärung ist abhängig von der Schwere des Eingriffs. Neben dem geplanten Verlauf des Eingriffs ist der Patient über die Risiken zu informieren. Dabei darf die Aufklärung um so knapper sein, je weniger gefährlich der Eingriff ist, je weniger Alternativen für den Patienten bestehen und je dringlicher der Eingriff ist. Eine erhöhte Aufklärungspflicht besteht dann, wenn eine neue Behandlungsmethode, insbesondere mit ungeklärten Risiken gewählt wird. Besonders hohe Anforderungen an die Aufklärung werden bei kosmetischen Operationen gestellt, da diese Eingriffe aus medizinischen Gründen nicht indiziert sind. Der Patient muß eine sog. Grundaufklärung erhalten: Er muß zwar nicht über alle denkbaren Risiken informiert werden, aber auf die spezifischen Risiken und das schwerste in Betracht kommende Risiko hingewiesen werden. Über mit dem Eingriff verbundene Gefahren, mögen sie sich auch nur selten realisieren, ist jedenfalls dann zu informieren, wenn daraus ggfs. eine erhebliche Belastung erwächst und das Risiko für den Laien überraschend ist. So ist z.B. vom Brandenburgischen OLG (OLGR 00,70ff) eine Verpflichtung bejaht worden, vor einer Myelographie über das Risiko einer Blasenlähmung aufzuklären. Andererseits hat z.B. das OLG Celle (OLGR 02,99) entschieden, daß für einen Kinderarzt keine Verpflichtung besteht, im Rahmen einer Keuchhustenschutzimpfung über das Risiko eines cerebralen Krampfanfalls aufzuklären, weil es sich hierbei um eine nicht spezifische und nur äußerst selten auftretende Komplikation handelt.

Da der Arzt in der Wahl der Behandlungsmethode frei ist, braucht er grundsätzlich nicht über Behandlungsalternativen aufzuklären. Der geburtsleitende Arzt muß also in normaler Entbindungssituation ohne besondere Veranlassung nicht von sich aus auf die Möglichkeit einer Schnittentbindung hinweisen. Anders ist es, wenn Gefahr für das Kind auftritt. Über die Möglichkeit der Anwendung verschiedener Operationsmethoden muß der Patient aber aufgeklärt werden, wenn sich die vom Operateur nicht vorgesehene Methode als eine echte Behandlungsalternative mit unterschiedlichem bzw. niedrigerem Risikospektrum dargestellt hätte.

Bezüglich der Frage, inwieweit über extrem seltene Risiken aufgeklärt werden muß, gibt es eine große Kasuistik. Zu empfehlen ist den Ärzten, aus Sicherheitsgründen auch über seltene Gefahren aufzuklären.

Es gibt auch zeitliche Vorgaben für die Aufklärung: die Aufklärung am Tag einer schweren Operation ist unzureichend, am Vortag kann sie verspätet oder noch rechtzeitig sein. Unterzeichnet der Patient die ihm schon mehrere Tage vor der Operation überlassene Einwilligungserklärung erst auf dem Weg zum Operationssaal nach Verabreichung einer Beruhigungsspritze und dem Hinweis des Arztes, daß man die Operation andernfalls auch unterlassen könne, so ergibt sich hieraus keine wirksame Einwilligung in die Operation (BGH NJW 98,1784). Bei einem normalen ambulanten Eingriff reicht die Aufklärung am Tage des Eingriffs, es sei denn, der Patient steht unter dem Eindruck, er könne sich nicht mehr aus dem in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen.

Die Aufklärung muß auch verständlich sein. Als nicht ausreichend hat das OLG München die Aufklärung in folgendem Fall angesehen (VersR 02,717ff). Äußert eine kurz vor der Entbindung stehende aus einem fremden Kulturkreis (hier: Türkei) stammende junge Frau mit nur rudimentären deutschen Sprachkenntnissen über-

raschend den Wunsch nach einer gleichzeitig durchzuführenden Sterilisation, hängt die Wirksamkeit ihrer Einwilligung in eine entsprechende Maßnahme davon ab, daß ihr in einer für sie verständlichen Weise eingehend die Folgen der Sterilisation einschließlich ihrer psychosozialen Folgen dargestellt werden. Daran fehlt es bei einem bloß kurzen Gespräch über die Endgültigkeit der Maßnahme im Stil von „nix Baby mehr“ und einer anschließenden Illustration der Operationstechnik. Zweck der umfassenden Aufklärung ist auch hier, eine vorschnelle Entscheidung des Patienten, die er später bereuen könnte, zu vermeiden, weshalb u.a. auch über die Risiken und Erfolgsaussichten einer späteren Refertilisierung hätte aufgeklärt werden müssen.

Das Oberlandesgericht Frankfurt a.M. hat am 26. April 2002 (OLG Ffm. OLGR 02,183) eine Aufklärungspflicht des Arztes für folgenden Fall bejaht: Bei einem männlichen Patienten muß vor Beginn einer Chemotherapie wegen eines Hodentumors, welche Unfruchtbarkeit zur Folge haben kann, auf die Möglichkeit der Erhaltung der externen Zeugungsfähigkeit durch Abgabe einer Samenspende hingewiesen werden, die eingefroren und konserviert wird.

Wurde die Aufklärung versäumt oder war sie unvollständig, so kann sich der beklagte Arzt oder Klinikbetreiber allerdings noch darauf berufen, daß der Patient sich auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung zum Eingriff entschlossen hätte. Für diesen Einwand des sog. rechtmäßigen Alternativverhaltens trägt der Arzt die Beweislast. Wenn der Arzt sich auf diesen Einwand beruft, also geltend macht, der Patient hätte seine Einwilligung auch nach ordnungsgemäßer Aufklärung erteilt, genügt es, daß der Patient glaubhaft macht, er hätte sich in diesem Fall in einem echten Entscheidungskonflikt befunden. Er muß nicht genau sagen, wie er sich tatsächlich verhalten hätte. Es genügt vielmehr, nachvollziehbar darzulegen, daß ihn die ordnungsgemäße Aufklärung über



das Für und Wider ernsthaft vor die Frage gestellt hätte, ob er zustimmen soll oder nicht (Brandenburg. OLG OLGR 00,70ff).

In der Praxis werden Aufklärungsfehler im Arzthaftungsprozeß häufig erst dann geltend gemacht, wenn sich im Verlauf der Beweisaufnahme anhand der medizinischen Begutachtung abzeichnet, daß dem Arzt ein Behandlungsfehler nicht nachzuweisen sein wird. So hat das OLG München in einer Entscheidung vom 10. Januar 2002 es nicht als kunstfehlerhaft angesehen, daß bei einer komplizierten Operation einer Schienbeinfraktur das abgebrochene Metallteil einer Bohrerspitze im Schienbein verblieben war, wohl aber ein Schmerzensgeld von 2000 Euro dafür zuerkannt, daß der Patient hierüber nicht aufgeklärt wurde und postoperative Röntgenaufnahmen nicht sorgsam ausgewertet wurden.

Vielleicht noch ein paar Ausführungen zur Höhe der Ersatzleistungen:

In dem - bereits vorhin im Rahmen der Aufklärungspflichtverletzung angesprochenen Fall - hatte der Chefarzt einer neurochirurgischen Abteilung eines Krankenhauses veranlaßt, daß seine Sekretärin zwecks Abklärung schwerer Rückenbeschwerden sich einer Myelographie unterzieht, wobei sie über die Risiken nicht aufgeklärt wurde. Es kam zu einer Blasenlähmung und Störungen der Darmfunktion. Während die Schmerzsymptomatik durch nachfolgende Operationen gebessert werden konnte, ist die 1957 geborene Frau auf Dauer auf einen Blasenkatheter angewiesen, hat häufig fieberhafte Harnwegsinfektionen und leidet unter Einschränkungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule. Sie mußte aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Außer der Erwerbsunfähigkeitsrente wurden ihr als Folge des ärztlichen Fehlers 50.000,- DM Schmerzensgeld, eine monatliche Rente von 300,- DM sowie der Verdienstausfall zuerkannt (OLGR 00,70ff).

Im Falle der ohne genügende Aufklärung sterilisierten Türkin sind 15.000,-

DM Schmerzensgeld zuerkannt worden, ein Betrag, der als deutlich zu niedrig anzusehen ist. Es könnten durchaus 25.000,-Euro angemessen sein. Allerdings ist in diesem Fall folgendes zu berücksichtigen gewesen: die Patientin hatte im Prozeß zunächst wahrheitswidrig bestritten, überhaupt den Wunsch nach einer Sterilisation geäußert zu haben. Hierdurch hatte der Arzt schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen (Diabetes, Schuppenflechte) sowie den finanziellen Ruin (Kleinstadt!) davongetragen, was das Gericht zu einer Reduzierung des Schmerzensgeldes veranlaßt hat. (Juristisch dogmatisch ist der beschrittene Weg zu kritisieren, denn das Schmerzensgeld hat nach heutiger Ansicht keine Genugtuungsfunktion mehr, sondern nur noch Ausgleichsfunktion, weswegen es auch nicht durch ein bestimmtes Verhalten *verwirkt* werden kann. Dogmatisch zutreffend hätte man dem Arzt einen eigenen Anspruch zuerkannt, mit dem er hätte aufrechnen können).

Das OLG Hamm (3 U 8/01 -M DR 02/R 9) hat ein Schmerzensgeld für die Nichtaufklärung über die Möglichkeit einer Kaiserschnittentbindung bei einem 5 kg schweren Kind, das eine Armlähmung davongetragen hat, in Höhe von 125.000,- DM zuerkannt: Der Arzt hätte eine Entscheidung der Frau

herbeiführen müssen, ob sie eine sectio oder eine normale Geburt wünscht.

Nach einer Entscheidung des BGH vom Juni diesen Jahres muß eine Ärztin 20.000,- DM Schmerzensgeld für Fehlbildungen eines Kindes leisten, die diese auf den Ultraschallaufnahmen nicht erkannt bzw. keine weiteren Untersuchungen veranlaßt hatte.

Fazit

Die vorliegend skizzierte neuere Rechtsprechung bewegt sich im Rahmen der anerkannten Grundsätze zum Arzthaftungsrecht, welche auch unter der Geltung des 2002 reformierten Schuldrechts, das weiterhin keine Kodifizierung des Arztvertrages enthält, ihre Gültigkeit behalten werden. Hervorzuheben ist die Tendenz der Entscheidungen, den Schwierigkeiten ärztlichen Handelns dadurch Rechnung zu tragen, daß ein - die Beweislast umkehrender - grober Fehler nur bei ausdrücklicher und zweifelsfreier (sachverständigerseits untermauerter) Feststellung eines schlechthin unverständlichen Verhaltens angenommen werden darf, so gravierend die Folgen für den Patienten im Einzelfall auch sein mögen.

Anschrift der Verfasserin:
Ernst-Ludwig-Straße 76
64560 Riedstadt

4. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag 2003

10. Mai 2003

9.00 Uhr bis 16.00 Uhr

Schloß Elisabethenburg, Meiningen

„Ziele und Grenzen“ rationelles und rationales Handeln in der Geriatrie

Vormittags Vorträge zu den Themen Assessment, Schlaganfallbehandlung, DRGs und Stellenwert der Geriatrie in Deutschland. Nachmittags:

Workshop 1: Interventionen bei mitarbeitgestörten Patienten mit Stuhlinkontinenz und Exsikkose. A. Langlotz, C. Schmalz.

Workshop 2: Assessment und Verlaufsdocumentation - Voraussetzungen einer rationalen Fallsteuerung. Prof. Dr. L. Pientka.

Workshop 3: DRGs und Wettbewerbsstrategien in der Geriatrie - GEMIDAS auch für die Betriebswirte? J. Wehmeier, R. Zastrau.

Am 9. Mai findet um 16.30 Uhr die Mitgliederversammlung der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. und Neuwahl des Vorstandes statt.

Informationen erhalten Sie über das Sekretariat Dr. Joachim Zeeh, Geriatriische Fachklinik Georgenhaus, Leipziger Str. 23, Meiningen. Tel. (0 36 93) 44 71 28. E-Mail: georgenhaus@t-online.de

Nach der Kanzlerrede vom 14. März....

Bittere Nachbetrachtungen

Von Siegmund Kalinski

Die zahlreichen hessischen Teilnehmer am Außerordentlichen Ärztetag in Berlin haben sehr früh aufstehen müssen, um pünktlich um sieben Uhr am Flughafen zu sein. Aber sie waren da – und ihre Anwesenheit hat mit dazu beigetragen, daß die Ärztedemonstration würdig und publizistisch wirksam ausgefallen ist.

Ob das wirklich etwas bewirkt hat, daran darf erlaubt sein zu zweifeln. Die Politik hat den Medizinern zwar ihre Reverenz erwiesen: Alle Fraktionschefs der im Bundestag vertretenen Parteien waren erschienen und haben ihre schönen Reden gehalten, doch die Ärzteschaft sehnte und sehnt sich nach Taten! Nicht nach netten Worten, die sie in den vergangenen 20 Jahren schon zur Genüge gehört und die ihre Lage nicht im geringsten gebessert haben. Im Gegenteil, die Situation der Ärzte wurde stetig schlechter.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die auf dem Ärztetag durch Abwesenheit glänzte, hat auf ihre Weise auf die Forderungen der Ärzteschaft reagiert. Sie veröffentlichte den 3. Rohentwurf des BMG, des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems. Und der hat es wahrlich in sich. Verkürzt dargestellt, basiert er auf Ratschlägen und Vorstellungen von Schmidts Beratergruppe um den uns allzu bekannten Karl Lauterbach, und beruft sich auf verschiedene Modelle anderer Staaten wie USA, Australien, Holland und Schweiz, im Grunde genommen aber ist er nichts anderes als die Einführung einer Staatsmedizin à la DDR durch die Hintertür.

Dieser Entwurf ist quasi eine Ohrfeige gegenüber der Ärzteschaft – in den Ohren vieler ihrer Vertreter aber klangen die Töne der Politiker auf dem Berliner Ärztetag immer noch wie Schalmeien und sie realisieren immer noch nicht, daß alle Marterwerkzeuge, die in dem Entwurf beschrieben wurden, ihre Ziele auch erreichen werden. Man glaubte, des Bundeskanzlers Rede an die Nation am 14. März würde Wunder bewirken, den ersehnten Ruck in der Wirtschaft herbeizaubern und alles würde besser werden. Die Erwartungen waren groß und viele Ärzte waren der ernsthaften Ansicht, daß Lauterbach et consortes ihre Vorstellungen einpacken und in den Abfall werfen würden.

Doch denke! Zwar hat der Kanzler tatsächlich am 14. März gesprochen, aber seine Rede, die von vielen mit vielen Hoffnungen erwartet worden war, löste kaum Begeisterung in der Bevölkerung im allgemeinen und insbesondere nicht bei den Ärzten aus. Alle Versprechungen, die auf dem Ärztetag vor vier Wochen gemacht

worden waren, erwiesen sich als typisches Politiker-Blabla. Und Gerhard Schröder hat fast alle Missetaten aus Ulla Schmidts Entwurf bestätigt.

Meist machte er das selbstverständlich nicht so ganz direkt. Oh nein, er sprach von der „Beitreibung von kostentreibenden Monopolstrukturen“, zu denen auch das Vertragsmonopol der kassenärztlichen Vereinigung gehöre. „Es hat sich überlebt“, so die Worte des Kanzlers. Die Selbstverwaltung der Vertragsärzte soll also aufgelöst und von einem völlig neuen Monopol ersetzt werden, dem Monopol der Krankenkassen. Der Bundeskanzler umschreibt das so richtig hübsch: „Wir werden den Krankenkassen endlich ermöglichen, Einzelverträge mit Ärzten abzuschließen.“ Die Sicherstellung soll jetzt Aufgabe der Krankenkassen werden, allerdings dort, so es aufgrund mangelnder Ärztedichte nicht gelingen sollte, sollen die KVen weiterhin dafür zuständig sein und gleichzeitig die Verantwortung für den Mangel übernehmen. So wird es ein leichtes sein, die KVen zum Sündenbock zu machen...

„Qualitätssicherung wird die zweite große Ressource sein, die wir ausschöpfen müssen“, sagte der Bundeskanzler, und: „Die Sicherung von Qualität gehört zu den Schlüsselaspekten einer wirklichen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ohne klare Standards ist Qualität aber kaum möglich.“ Soll nun also der Staat die Standards bestimmen und nicht die Mediziner? Aber der Bundeskanzler sagte auch: „Kein Zweifel: Unser heutiges System der Gesetzlichen Krankenversicherung mit 70 Millionen Mitgliedern ist immer noch sehr leistungsfähig. Qualität und Standards im deutschen Gesundheitswesen sind im internationalen Vergleich immer noch vorbildlich.“ Wie paßt aber beides zusammen?

Wir wissen doch, daß die Krise im Gesundheitssystem – entgegen dem, was man behauptet – nicht durch Über- oder Unterversorgung bedingt ist, sondern daß die finanzielle Misere von der Diskrepanz zwischen Einnahmen (Mitgliedsbeiträgen) und Ausgaben herrührt. Aber es ist ein Unding, die Schuld dafür dem bisherigen Gesundheitssystem zuzuschreiben. Hauptgrund ist die Wirtschaftskrise, in der sich unser Land befindet. Bei fast fünf Millionen Arbeitslosen fehlen eben deren Beiträge. Und zudem hat die Politik selbst durch ihre „Verschiebepolitik“ ganz beachtlich dazu beigetragen. Kein anderer als der Staatssekretär a.D. Karl Jung, der Vorsitzende des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen, forderte unlängst viel radikalere Reformen: Man solle den Mut haben, alle Fremdleistun-

gen, die in den GKV-Katalog aus sozialen oder familienpolitischen Gründen aufgenommen wurden, aber nicht in Zusammenhang mit Krankheiten stünden, zu streichen. Das wären: Sterbegeld, Schwangerschaft und Mutterschaftsleistungen im Sinne der RVO, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, künstliche Befruchtung, Empfängnisverhütung, usw. Damit könne man nicht weniger als ca. 15 Milliarden Euro einsparen und die Beiträge entsprechend senken. Selbst der Bundeskanzler hat das ähnlich gesehen und sprach in seiner Rede von einer Herausnahme einer Reihe sogenannter versicherungsfremder Leistungen, wie z.B. dem Mutterschaftsgeld, aus der GKV, die dann aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden müßten.

Gerhard Schröder spricht sich für die Eigenverantwortung der Versicherten aus, was zu kostenbewußtem Verhalten führen sollte und empfahl, differenzierte Praxisgebühren sowie Selbsthilfe zu nutzen. Als Beispiel nannte er die skandinavischen Länder, die durch systematische Förderung gesundheitsbewußten Verhaltens wichtige Beiträge zur Kostensenkung im Gesundheitswesen erzielt hätten. Durchaus richtig, nur scheint unser verehrter Herr Bundeskanzler vergessen zu haben, daß die Skandinavier ursprünglich ein System hatten, das sehr dem ähnelte, das Ulla Schmidt und ihr Flüsterer Karl Lauterbach jetzt unter Kanzlers Fittichen bei uns als Novum einführen wollen. Die Skandinavier aber haben ihr altes System schon längst verlassen, weil es eben zum Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung in ihren Ländern geführt hat. Also herzlichen Glückwunsch – nun wissen wir wenigstens auch, was bei uns passieren wird...

Kurz und nicht gut, die Kanzlerrede war für die Ärzteschaft – mit einigen wenigen Ausnahmen – eine bittere Enttäuschung. Es ist schwer vorauszusagen, was noch im Vermittlungsausschuß des Bundesrats korrigiert werden kann. Zu große Hoffnungen in die Unterstützung durch die B-Länder (Länder, in denen die CDU regiert), sollte man nach den letzten Äußerungen Horst Seehofers, trotz Angela Merkels netten Worten in Berlin, auch nicht mehr hegen.

Enttäuscht waren auch die hessischen Teilnehmer am Außerordentlichen Ärztetag in Berlin. Wenn nicht von den Politikern, so doch umso mehr von dem Umstand, daß sie fast 40 Minuten lang ihr Flugzeug nicht verlassen konnten, als sie am 18. Februar spät abends übermüdet am Frankfurter Flughafen landeten. Die FAG oder vielleicht auch das Bedienungspersonal der Lufthansa hatte schlichtweg vergessen, den „Finger“ zum Flugzeug zu bedienen. Die hessischen Ärzte fühlten sich eingesperrt und verlassen. Nach der Rede des Kanzlers am 14. März könnte man jetzt meinen, daß das fast eine hellseherische Vorahnung war...

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Chefärztin der Klinik Innere Medizin IV (Schwerpunkt Rheumatologie, klinische Immunologie und Nephrologie) der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden wurde anlässlich des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Berlin von der Mitgliederversammlung zur 1. Vizepräsidentin der Gesellschaft gewählt. Damit wird sie für die Amtsperiode 2005-2006 das Amt der Präsidentin der DGRh übernehmen.



Dr. Christian Glofke, Neu-Anspach, ehemals Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht in Frankfurt am Main, wurde vom Präsidenten der Bundesärztekammer das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft verliehen. Die Auszeichnung überreichte Dr. Alfred Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen anlässlich einer Präsidiumssitzung für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft.



(Bild pop)

Dr. med. Karl-Henning Blauert, Frankfurt, ehemals Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, wurde anlässlich einer Feierstunde im Kaisersaal des Römers durch die Oberbürgermeisterin der Stadt Frankfurt, Petra Roth, die Römerplakette in Silber für sein mehr als 15jähriges ehrenamtliches Wirken zum Wohle der Stadt Frankfurt am Main verliehen.



(Bild pop)

Professor Dr. med. Wolfgang Lieb, Königstein/Taunus, wurde durch den Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Frankfurt, Dr. W. A. Fach,



die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen überreicht.

Dr. med. Jan David Alexander Groneberg, Berlin, wurde der mit € 3.000 dotierte Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen verliehen. Die Auszeichnung überreichte der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. Alfred Möhrle, anlässlich einer Präsidiumssitzung für seine Dissertation „Expression, Lokalisation und funktionelle Aspekte des Peptidtransporters PEPT2 in den Atemwegen von Ratte, Maus und Mensch“.



Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf, Bad Homburg, wurde anlässlich der Mitgliederversammlung der Deutschen Akademie für Medizinische Fortbildung und Umweltmedizin e.V. zum neunten Mal einstimmig zu ihrem Vorsitzenden für die Zeit von 2003 bis 2007 gewählt. Die bisherige Stellvertreterin, die Pflegedienstdirektorin des Universitätsklinikums Marburg/Lahn, Elke Freyhagen, wurde einstimmig in ihrem Amt bestätigt.



(Bild pop)

Priv.-Doz. Dr. med. Hans Reinhard Brodt, Frankfurt, leitender Arzt der Isolierstation sowie Oberarzt der Infektionsstation und der internistischen Intensivstation des Zentrums der Inneren Medizin des Universitätsklinikums wurde mit dem Theodor Stern-Stiftungspreis in Anerkennung für Verdienste um die Diagnose und Behandlung von hochinfektiösen Erkrankungen ausgezeichnet.



Dr. med. Günter Pasewald, Wiesbaden, wurde in einer Feierstunde im

Festsaal des Wiesbadener Rathauses durch den Oberbürgermeister der Stadt Wiesbaden, Hildebrand Diehl, in Würdigung seines berufspolitischen Engagements und seines unermüdelichen Einsatzes für das Wohl seiner Patienten das verliehene Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland überreicht.



Professor Dr. Lothar Thomas, Frankfurt, Chefarzt für Laboratoriumsmedizin am Krankenhaus Nordwest, wurde vom Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin für seine wissenschaftlichen, insbesondere publizistischen Tätigkeiten, den mit € 5.000 dotierten Felix-Hoppe-Seyler-Preis verliehen.



Vorstandswechsel bei der BKK für Heilberufe

Aus persönlichen Gründen und auf eigenen Wunsch haben die bisherigen Vorstände der BKK für Heilberufe (Hansjoerg Schulten, Klaus Möller) den Verwaltungsrat um Versetzung in den Ruhestand gebeten. Kommissarisch wird vom BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen Jochem Schulz (derzeit Vorstand der BKK Berlin) mit den Vorstandsaufgaben betraut.

Der neu eingesetzte Vorstand Jochem Schulz wird den bei der BKK für Heilberufe eingeleiteten Konsolidierungsprozess fortsetzen und verstärken. Er wird dies in enger Abstimmung mit einem zum Konsolidierungsprozess eingerichteten Beirat tun, dem auch der Vorstand des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen (Hoffmann/Giehler) angehört.

Die BKK für Heilberufe ist mit 460.000 Mitgliedern eine der mitgliederstärksten BKK in Deutschland; ihr Beitragssatz beträgt 13,9 v.H.

Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr-Medic/R. Ioan Tolan, Frankfurt, am 16. Mai.

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Dieter Eicke, Immenhausen, am 7. Mai.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Hessisches Ärzteorchester e.V. Probenplan 2003

26.04.2003	21.06.2003
10.05.2003	28.06.2003
24.05.2003	05.07.2003

Konzert-Termine alternativ:

24.06.2003 oder 08.07.2003

Proben wie bisher 14 h 30 bis max. 18 h im Interim-Hörsaal, Haus 23, Eingang 23 B, 2. OG, Universitäts-Klinikum Frankfurt a.M.

Kontakt:

Prof. Dr. V. v. Loewenich
Bruno Stürmer Str. 27
60529 Frankfurt a.M.
Tel. 069/359844, Fax 069/6301-6763,
email: volker.von-loewenich@kgu.de

Dringender Aufruf an alle, die mitspielen oder irgend wann einmal mitgespielt haben:

Geben sie alle Noten zurück! Es fehlen sehr viele Stimmen, Ersatzbeschaffung einzelner Stimmen ist oft nicht möglich, auf jeden Fall kostspielig.

Anzeige

PRAXISABGABE?

Wir ermitteln den Wert Ihrer Arztpraxis und vermitteln sie **erlösstark**, rasch und diskret.

Unsere Interessentendatei beschleunigt und vereinfacht die Suche nach geeigneten Kandidaten.

Herr del Mestre betreut Sie komplett, zuverlässig und individuell.

PRAXISSUCHE?

Wir vermitteln Ihnen eine wirtschaftlich solide Praxis.

ÄRGER MIT DEN ENTNAHMEN?

Wir steuern Ihre Liquidität ein Jahr voraus:
sicher, zuverlässig, einfach.

Rufen Sie an: 069-9714400 www.arztpraxis-vermittlung.de
GMB GMBH PRAXISVERMITTLUNG UND LIQUIDITÄTSSICHERUNG
Brüder-Grimm-Str. 10 35516 Münsingen

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/D/3539, ausgestellt am 24.5.2000, für Dr. med. Werner Bergs, Eberbach,

Arztausweis Nr. HS/F/10924, ausgestellt am 12.8.2002, für Stefan Haupts, Sulzbach,

Arztausweis Nr. HS/F/1957, ausgestellt am 5.5.2000, für Dr. med. Colmar Hellwig, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10270, ausgestellt am 23.7.2001, für Anne Neddens, Oberursel,

Arztausweis Nr. HS/M 23/2001, ausgestellt am 1.2.2001, für PD Dr. med. Michael Schnabel, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/F/8053, ausgestellt am 22.1.1997, für Dr. med. Ralph Siemer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10610, ausgestellt am 6.3.2002, für Galina Wegner, Walsrode.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10jährigen Berufsjubiläum**,
Stefanie Arnold, tätig bei Dr. med. I. Erhart, Dietzenbach
Brigitte Weber, tätig bei Dr. med. M. Kneip, Wetzlar
Ute Zapletal, tätig bei Dr. med. M. Kneip, Wetzlar

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

Regina Cloos, seit 12 Jahren tätig bei H. Schönberger, Bad Homburg
Sabine Weidel, seit 17 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres.
med. F. Siebert u. P. Aumüller, Fritzlär

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Dietrich Bormuth, Rüsselsheim
* 13.12.1936 † 29.1.2003

Dr. med. Edmund Decher, Frankfurt
* 28.1.1916 † 7.1.2003

Dr.-medic. Laurentiu Domnescu, Frankfurt
* 16.12.1927 † 5.12.2002

Dr. med. Heinz-Guenther Gärtner, Dreieich
* 21.12.1918 † 10.11.2002

Dr. med. Wolfgang Gündel, Wolfhagen
* 4.7.1915 † 13.12.2002

Professor Dr. med. Guenther Habermann, Bad Soden
* 29.12.1913 † 13.12.2002

Dr. med. Norbert Lotz, Obertshausen
* 25.12.1950 † 15.1.2003

Dr. med. Jürgen Michael Maith, Hofgeismar
* 29.11.1951 † 25.1.2003

Dr. med. Heinz Markert, Offenbach
* 8.1.1911 † 24.1.2003

Dr. med. Petra Meyer-Breiting, Frankfurt
* 10.11.1942 † 27.10.2002

Professor Dr. med. Gottfried Rothhoff, Helsa
* 23.9.1924 † 28.12.2002

Dr. med. Hildegard Schlöndorff-Schmidt, Wiesbaden
* 14.5.1912 † 31.1.2003

Privatdozent Dr. med. habil. Roland Schuster, Wettengel
* 22.9.1938 † 18.10.2002

Dr. med. Siegfried Strauß, Biebertal
* 24.12.1928 † 1.1.2003

Dr. med. Marie Luise Stutte, Marburg
* 28.5.1909 † 16.2.2003

Dr. med. Heinrich Taufertshöfer, Nauheim
* 27.6.1914 † 6.7.2002

Dr. med. Erhard Tresser, Heusenstamm
* 5.9.1920 † 15.1.2003

Dr. med. Wolfram Vesper, Reiskirchen
* 12.5.1907 † 10.2.2003

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Theodor Vogler, Frankfurt
* 14.7.1936 † 13.1.2003

Privatdozent Dr. med. Ovidiu Vuia, Gießen
* 18.3.1929 † 28.9.2002

Dr. med. Theresia Welcker, Wetzlar
* 13.11.1910 † 17.10.2002

Dr. med. Guenter Weske, Offenbach
* 23.1.1936 † 13.1.2003

Joachim Wypych, Hünfelden
* 2.1.1934 † 31.1.2003

Anzeige

E | K | B
ERHART KNEIP BLOCH
Rechtsanwälte

Uwe Ehler
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.ehler-anwalt.de



Start der neuaufgelegten Fortbildung zur Arztfachhelferin / zum Arztfachhelfer

Am 21. Februar 2003 konnte nach langer Wartezeit wieder ein Fortbildungslehrgang Arztfachhelfer/in starten. Dr. med. Klaus Uffemann, Vorsitzender des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule begrüßte die 20 Teilnehmer/innen. Nicht nur die Wissenserweiterung, auch Karrierechancen bieten sich mit der Fortbildung den Teilnehmer/innen. Dr. Klaus Uffemann konnte von drei Arzthelferinnen aus seiner Praxis berichten, die sich durch die Fortbildung in der Vergangenheit qualifiziert und als Führungskräfte im Team der Arztpraxis aber auch in anderen Bereichen Karriere gemacht haben. Mit diesen Worten motiviert starteten die Teilnehmer/innen begeistert mit dem ersten Modul „Kommunikation“.

Die veränderten Aufgaben in den Arztpraxen machten eine Neuordnung der Fortbildung notwendig. Diese wurde auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer für die Carl-Oelemann-Schule neu konzipiert.

Ziel der Fortbildung ist neben der Qualifizierung in Bereichen der Administration und des Praxismanagements auch die Vermittlung fachspezifischen Wissens zum gezielten Einsatz der Arztfachhelferin als Führungskraft in der Arztpraxis.

Die Fortbildung umfaßt insgesamt 400 Unterrichtsstunden, die in einem Pflichtteil von 280 und in einem praxisbezogenen Wahlteil von

120 Unterrichtsstunden zu absolvieren sind. Der Pflichtteil der Fortbildung muß innerhalb von zwei Jahren absolviert werden und beinhaltet die Wissensgebiete: Kommunikation, Prävention und Gesundheitsberatung, Arzthelferinnen-Ausbildung, Recht, Praxismanagement/Qualitätsmanagement, Betriebswirtschaftliche Praxisführung, Informations- und Kommunikationstechnologie, Medizinprodukte/Arbeitsschutz/Notfallmedizin, Hygiene/Umwelt sowie



1. Lehrgang Arztfachhelfer/in 2003

nologien, Medizinprodukte/Arbeitsschutz/Notfallmedizin.

Der Wahlteil besteht aus 120 Unterrichtsstunden. Jeder einzelne Fortbildungskurs des Wahlteiles sollte mindestens 40 Unterrichtsstunden in praxisbezogenen Schwerpunktbereichen umfassen. Diese Qualifizierungen werden von verschiedenen Landesärztekammern angeboten. Schwerpunktbereiche können z.B. sein: Strahlenschutz, Onkologie, ambulantes Operieren, Gastroenterologie.

Zur Fortbildung zugelassen werden Arzthelferinnen mit bestandener Abschlußprüfung und einjähriger Berufstätigkeit als Arzthelferin. Ausnahmen von dieser Regel gibt es nach den Richtlinien der Begabtenförderung sowie für Personen, die einen vergleichbaren beruflichen Abschluß erworben haben und bis zum Beginn der Fortbildung mindestens zwei Jahre im Aufgabengebiet der Arzthelferin tätig gewesen sind.

Nachdem in den vergangenen drei Jahren wegen der Neuordnung der Fortbildung und der damit verbundenen Vorarbeit keine neuen Lehrgänge Arztfachhelferin angeboten wurden, war der Nachfragerstau groß. In zahlreichen, arbeitsintensiven Arbeitskreisen ist es gelungen, eine zeitgemäße Fortbildung zu entwickeln und mit qualifizierten Lehrkräften anzubieten.

Mit dem Angebot der Fortbildung in Modulform am Wochenende kommt die Carl-Oelemann-Schule dem vielfachen Bedarf an Flexibilität entgegen.

Die Module werden zwei- bzw. dreitägig angeboten, so daß eine berufsbegleitende Fortbildung möglich ist. Übernachtungs- und Verpflegungsmöglichkeiten sind im Internat der Carl-Oelemann-Schule zu günstigen Konditionen gegeben.

Für den nächsten Lehrgang wird eine Warteliste geführt.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Frau Kinscher

Tel.: 06032/782187.

Gabriele Brüderle-Müller

Einführung eines Surveillanceprogramm in den HSK Krankenhausepidemiologie multiresistenter Erreger

Bakterielle Infektionserreger mit besonderen Resistenzeigenschaften entwickeln sich in den letzten Jahren zu einer wachsenden Herausforderung in der Betreuung stationärer Patienten. An erster Stelle steht hierbei MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus). Aber auch VRE (Vancomycin-resistenter Enterokokkus), bestimmte Betalactamase-bildende Enterobakterien, sogenannte ESBL-Stämme, und multiresistente Pseudomonaden zählen hierzu.

Von diesem Problem sind alle Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen, wie Rehabilitationseinrichtungen, betroffen. Allerdings variiert der Grad der Aufmerksamkeit, die der Problematik gewidmet wird. Eine genaue Kenntnis der individuellen krankenhausepidemiologischen Situation eines Hauses ist jedoch Voraussetzung, um in Diagnostik und Therapie gezielt das eventuelle Auftreten der oben genannten Erreger zu berücksichtigen.

Die Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden, haben nun ein Surveillanceprogramm zur Inzidenz der Besiedelung ihrer Patienten mit nosokomialen Problemkeimen begonnen. Das Programm beinhaltet auch Abstrichuntersuchungen zu Beginn bzw. am Ende eines stationären Aufenthaltes um das Vorkommen der Erreger zu erfassen und deren Resistenzmuster zu bestimmen. Diese Strategie wird schrittweise sowohl in operativen als auch konservativen Abteilungen eingeführt. Auf Grundlage der Surveillance kann die epidemiologische Situation der einzelnen Abteilungen der HSK genauer beurteilt werden. Die HSK werden dann auch in der Lage sein die Verbreitung multiresistenter Erreger weiter zu minimieren, Mitpatienten besser vor Übertragungen zu schützen und das Antibiotikamangement individuell auf die Bedürfnisse der Klinik anzupassen.

Dieses Projekt ist ein weiterer Schritt im Bemühen des Klinikums, für die Patienten ein höchstmögliches Maß an Behandlungssicherheit zu schaffen.

Stellungnahme des Hessischen Sozialministerium

Multiresistente Keime wie MRSA, VRE und andere führen in allen deutschen Krankenhäusern zu schwer behandelbaren nosokomialen Infektionen, da in den Krankenhäusern die Empfänglichkeit besonders hoch ist. Dort liegen die Patienten, die ohnehin krank sind und deren Immunabwehr zumeist eingeschränkt ist. Andererseits wird im Krankenhaus auch die Entstehung von multiresistenten Keimen durch die jeweiligen Behandlungsregime mit Antibiotika gefördert (Selektionsdruck). Teilweise werden die Keime auch von Patienten eingeschleppt, innerhalb des Krankenhauses können sie sich dann verbreiten, wenn man das Problem nicht gleich erkennt und besondere Vorsichtsmaßnahmen ergreift.

Das Projekt der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken wird vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Wiesbaden und vom Hessischen Sozialministerium daher nach Kräften unterstützt.
Beate Weber-Schnee

Hitzerennen Ironman Germany – freiwillige Ärzte gesucht Medizinischer Report einer sportlichen Großveranstaltung.

Der Ironman Germany Frankfurt (3,8 km Schwimmen, 180 km Radfahren, 42,2 km (Marathon) Laufen) fand am 18. August 2002 bei Temperaturen bis zu 30 Grad im Schatten statt.

Das Event wurde von 270 Rettungskräften und 30 Rettungsfahrzeugen des Roten Kreuz, 12 Tauchern, 12 Motorbooten, 15 Kanus und 18 Rettungsbrettern der DLRG Langen betreut. Das freiwillige Personal wurde durch 57 Ärzte, 18 Krankenschwestern/Pflegern/Arzthelferinnen und 120 Masseur der Physiotherapeuten schulen Friedrichsheim und Höchst gestellt.

Dabei kam es zu 480 Hilfeleistungen an Athleten und Zuschauern

Den Athleten wurden insgesamt 947 Infusionen verabreicht, die freundlicherweise von der Fa. Fresenius-Krabi gestellt wurden. Zehn Athleten wurden ins Krankenhaus eingewiesen. Ein Athlet mit Radsturz wurde z.B. zum Ausschluß einer Beckenkammfraktur eingewiesen. Drei davon blieben stationär über ein oder mehrere Tage.

Ein Athlet beendete das Rennen bei Radkilometer 57 mit einem Herzinfarkt (proximaler RIA Verschluss). Zwei Patienten zeigten eine massive Hyponatriämie mit Natriumwerten von 123 bzw. 116 mmol/l sowie CK von 3865 U/L.

Der Ironman Germany Triathlon findet in diesem Jahr am 13. Juli wiederum in Frankfurt statt. Auch dieses Jahr wird freiwilliges medizinisches Personal insbesondere Ärzte gesucht. Dazu findet eine Medical Conference Weiterbildungsveranstaltung im Rahmen des Opel IRONMAN GERMANY Triathlon für Ärzte (Anerkennung zur Zusatzbezeichnung Sportmedizin) und Triathlon-Trainer (zur A und B Lizenzverlängerung der Deutschen Triathlon Union e.V., Triathlon Akademie) statt. Infos: www.ironman.de email: poettgen@iron-man.de Telefon: 06181/42 254 Dr. Klaus Pöttgen, Medical Director

Neue Initiative der Landesärztekammer Hessen zur Verbesserung der Berufssituation junger Ärztinnen und Ärzte

S. Köhler* und R. Kaiser**

Die Zeiten für den medizinischen Nachwuchs werden immer schwieriger: Täglich kursieren Negativschlagzeilen zum Gesundheitswesen in den Medien, die Zukunftsperspektiven für junge Ärztinnen und Ärzte sind unsicher und offensichtlich nur wenig attraktiv.

Eine Befragung von fast 6.000 Krankenhausärztinnen und -ärzten durch die Ärztekammern in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland hat kürzlich gezeigt, daß viele insbesondere der jüngeren Befragten mit ihrem Beruf nicht sehr zufrieden sind und diesen, wenn sie noch einmal zu entscheiden hätten, auch nicht wieder wählen würden.

Die Zahl der Studienabbrecher in der Medizin ist in den letzten Jahren ständig angestiegen und beträgt nach Angaben der Bundesärztekammer mittlerweile rund 20 Prozent eines Studienjahrganges. Die verfügbaren Statistiken legen auch nahe, daß immer mehr Berufsanfänger in den ersten Berufsjahren aus der ärztlichen Tätigkeit ausscheiden. Was aber wird aus diesen 'Aussteigern'? Wie viele sind es wirklich? Welche Gründe bewegen sie, nicht (mehr) ärztlich tätig sein zu wollen? Welche Unterstützung könnte ihnen möglicherweise die Landesärztekammer anbieten? Über alle diese Fragen kann bisher nur spekuliert werden, denn fundierte empirische Erhebungen liegen dazu noch nicht vor.

Wir möchten es nun genauer wissen und diesen Fragen mit eigenen systematischen Studien nachgehen. Zunächst soll dazu die aktuelle Situation verschiedener ausgewählter Zielgruppen in Hessen analysiert werden. Diese Ergebnisse sollen eine fundierte Basis dafür geben, die zukünftige Entwicklung besser beurteilen und geeignete Maßnahmen ergreifen zu können.

Noch im Monat Mai werden wir zunächst eine aus allen bei der LÄKH gemeldeten jüngeren Ärztinnen und Ärzte, die derzeit nicht ärztlich tätig sind (berufsfremd tätig / in Elternzeit / im Haushalt tätig), repräsentativ ausgewählte Stichprobe befragen. Dabei geht es z.B. um den Verlauf der bisherigen beruflichen Karriere und die weitere Berufsplanung, um die Gründe für den Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit oder um die Frage des Wiedereinstiegs.

Einige von Ihnen werden, sofern Sie zu dieser Ärztegruppe gehören, also in den nächsten Wochen unter Ihrer Privatanschrift einen Fragebogen von uns erhalten. Wir bitten Sie schon jetzt herzlich, diesen sorgfältig auszufül-

len und im beigefügten Freiumschlag fristgerecht wieder an die Projektleitung bei der Landesärztekammer Hessen zurückzusenden. Wir garantieren Ihnen auch bei dieser Umfrage die strikte Wahrung ihrer Anonymität.

Über die Ergebnisse der Untersuchung werden wir baldmöglichst im Hessischen Ärzteblatt und auf der Homepage der LÄKH (www.laekh.de) in der Rubrik 'Qualität & Versorgung' berichten.

Voraussichtlich im Herbst dieses Jahres sollen dann noch zwei weitere Zielgruppen zu ihrer beruflichen Entwicklung und Zukunftsplanung befragt werden: Junge Ärztinnen und Ärzte unmittelbar nach Abschluß des 3. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sowie nach Abschluß der AiP-Zeit.

* **Korrespondenzanschrift:** Dr. Susanne Köhler (Projektleiterin), c/o LÄKH, Tel. (069) 97672-142, E-Mail: susanne.koehler@laekh.de

** Dr. Roland Kaiser, LÄKH

Drohender Ärztenotstand in Eppendorf

Die Gemeinde Eppendorf hat mit ihren Ortsteilen Großwaltersdorf und Kleinhartmannsdorf ca. 4.900 Einwohner. Nach der bereits im vergangenen Jahr erfolgten ersatzlosen Schließung einer allgemeinärztlichen Praxis steht die Schließung der zweiten allgemeinärztlichen Praxis unmittelbar bevor.

Herr Dr. med. Friedemann hat das Rentenalter bereits überschritten und findet für seine noch bestehende Praxis trotz jahrelanger Bemühungen keinen Nachfolger.

Die gemeinsamen Anstrengungen des Dr. Friedemann, seines Vermieters und der Gemeinde Eppendorf führten bisher noch nicht zum Erfolg.

Hiermit bitte ich Sie persönlich um Hilfe!

Kennen Sie aufgrund Ihrer dienstlichen Funktion oder Ihrer privaten Verbindungen Allgemeinmediziner oder Vertreter verwandter Fachrichtungen, die einen Abschluß in der Allgemeinmedizin zusätzlich erwerben könnten, die derzeit auf der Suche nach einer neuen Stelle sind oder die für eine derartige Tätigkeit als niedergelassener Arzt in einer vorhandenen Praxis in der Gemeinde Eppendorf gewonnen werden könnten?

Da bisher erfolgte Stellenanzeigen in der offensichtlich vorhandenen Masse von Stellenangeboten keine Resonanz erbrachten, sind wir auf die Vermittlung aufgrund persönlicher Beziehungen angewiesen.

Ansprechpartner ist in jedem Fall direkt:

Bürgermeister Helmut Schulze

Großwaltersdorfer Straße 8

09575 Eppendorf

Telefon: 03 72 93 / 7 81 12

E-Mail: buergermeister.eppendorf@kin-sachsen.de



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

Planungsbereich Bergstraße

Viernheim
 Viernheim
 Wald-Michelbach
 Lampertheim

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
 Nervenärztin/Nervenarzt
 Frauenärztin/Frauenarzt
 Radiologin/Radiologe

Planungsbereich Odenwaldkreis

Beerfelden

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
 (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Groß-Gerau

Rüsselsheim
 Rüsselsheim
 Rüsselsheim

Augenärztin/Augenarzt
 (Gemeinschaftspraxisanteil)
 Hautärztin/Hautarzt
 (Gemeinschaftspraxisanteil)
 Neurologin und Psychiaterin/
 Neurologe und Psychiater

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Zeilsheim
 Frankfurt/m.-Westend

Augenärztin/Augenarzt
 Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeutin/
 Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeut

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Bad Homburg v.d.H.

Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach/M.-Innenstadt

Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeutin/
 Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeut

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Hainburg
 Seligenstadt

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
 (Gemeinschaftspraxisanteil)
 Chirurgen/Chirurg
 (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt
 Hanau/M.-Innenstadt
 Hanau/M.-Innenstadt
 Hanau/M.-Innenstadt
 Gelnhausen
 Gelnhausen

Augenärztin/Augenarzt
 Augenärztin/Augenarzt
 (Gemeinschaftspraxisanteil)
 Internistin/Internist
 -hausärztlich-
 Orthopädin/Orthopäde
 prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
 Augenärztin/Augenarzt

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Grünberg

Kinder- und Jugendärztin/
 Kinder- und Jugendarzt
 (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Braunfels
 Wetzlar

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
 Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld-Berfa

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel

Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach

Frauenärztin/Frauenarzt

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Weilburg

Psychologische Psychotherapeutin/
 Psychologischer Psychotherapeut

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Stadtallendorf

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Gudensberg
 Homberg

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/
 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
 Internistin/Internist
 -fachärztlich

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

Planungsbereich Rheingau-Taunus

Taunusstein

Urologin/Urologe

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts - Landesstelle -

vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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