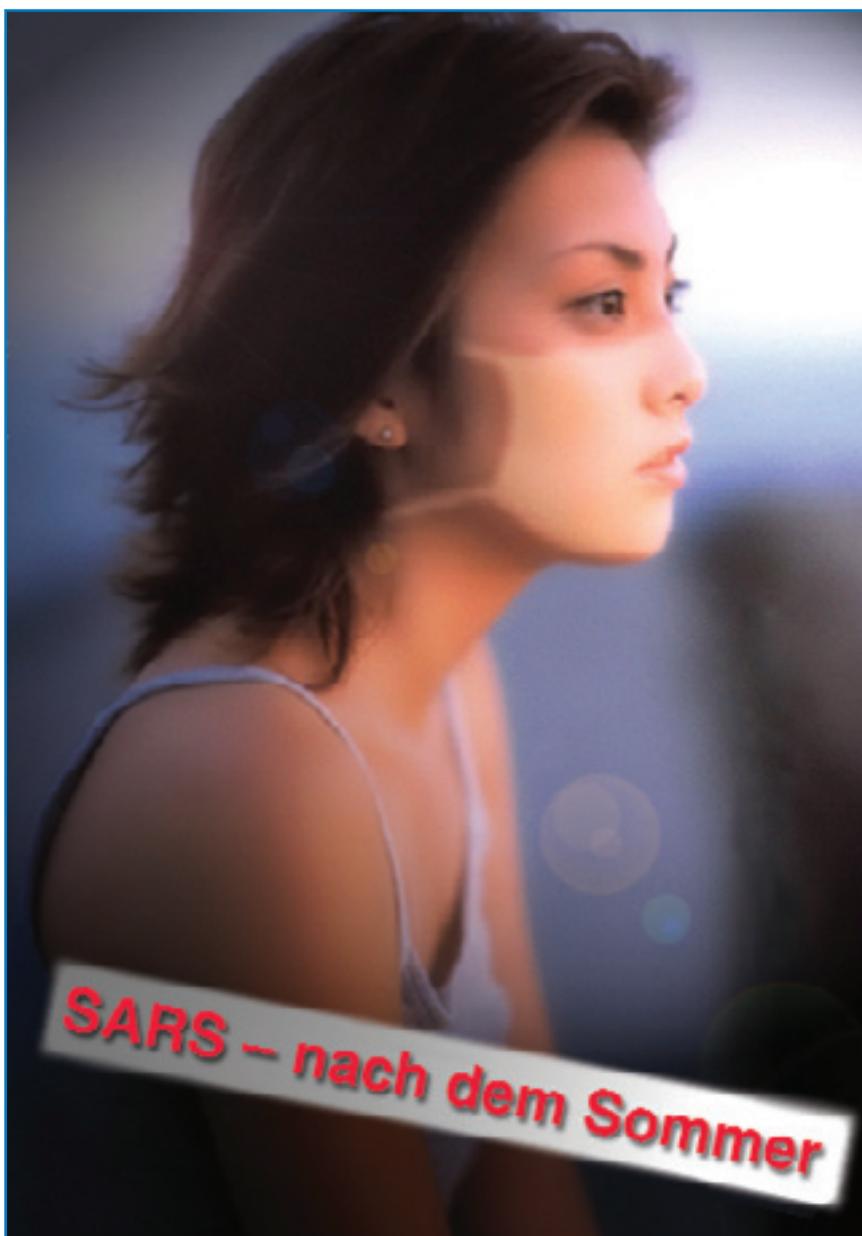


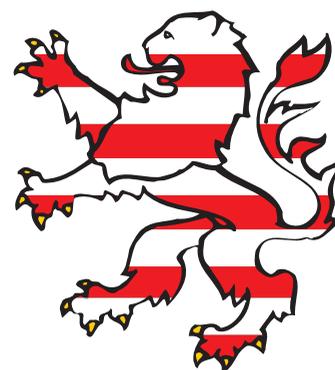
Hessisches Ärzteblatt

8/2003

August 2003
64. Jahrgang



(Bildbearbeitung pop)



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

Psychotherapeutenkammer
Hessen

Behandlungspfade –
ein Weg aus der Krise
der Krankenhäuser?

Der Nebennierentumor

SARS – die vorerst letzte
Überraschung aus der Büchse
der Pandora

Die Zukunft
des Gesundheitswesens

Michael Greiling, Jürgen Hofstetter: **Patientenbehandlungspfade optimieren - Prozeßmanagement im Krankenhaus.** Baumann Fachverlag, Kulmbach. 2002. 205 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen, kart.. ISBN 3-922091-77-6. € 17,50.

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRG-basierte Fallpauschalen und der permanent wachsende ökonomische Druck zwingen auch den Krankenhausarzt, sich mehr als in der Vergangenheit mit Fragen der Analyse und Optimierung von Prozessen im Krankenhaus zu befassen. Beispiele dafür sind die gegenwärtig in vielen Kliniken zu beobachtenden Bestrebungen zur Entwicklung von Behandlungspfaden (clinical pathways).

Das Buch von Greiling und Hofstetter (Greiling ist Ökonom in einer Unternehmensberatung, Hofstetter kommt aus der Pflege) versucht - ausgehend von einer begrifflichen Erläuterung der Geschäftsprozesse im Krankenhaus, einer kurzen Beschreibung des DRG-Systems, sowie der Grundlagen und Methoden der Prozeßoptimierung - ein Konzept zur Prozeßoptimierung von Behandlungspfaden zu entwickeln und am Beispiel eines Modellprojektes zur DRG I26Z (andere OP an Hand oder Handgelenk) praktisch zu veranschaulichen. Es fehlt eine Beschreibung und Analyse der Implementierung der Ergebnisse dieser Optimierung in den Geschäftsalltag und eine begleitende Evaluation.

Das Buch enthält zahlreiche Hinweise auf grundlegende und weiterführende Literatur zum Thema, leider gibt es kein alphabetisches Sachverzeichnis. Der Preis erscheint angemessen.

Fazit: Das vorliegende Werk von Greiling und Hofstetter ist kein Buch vom Arzt für den Arzt und auch nicht unbedingt geeignet, dem eiligen Leser rasch eine Vorstellung zu vermitteln, was die Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden für den ärztlichen Alltag im Krankenhaus bedeutet. Der Wert des Buches liegt vor allem darin, die Denk- und Herangehensweise des Ökonomen betreffend Prozesse im Krankenhaus verständlich zu machen. Mit Gewinn werden es wahrscheinlich Kollegen lesen, die in Zusammenarbeit mit Verwaltung und Controlling ähnliche Projekte planen oder selbst im Medical Controlling arbeiten bzw. sich für eine solche Tätigkeit interessieren.

Dr. med. Roland H. Kaiser, Frankfurt

Markus Linnemann, Michael Kühl: **Biochemie für Mediziner** - Ein Lern- und Arbeitsbuch mit klinischem Bezug. 6., überarbeitete Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York. 2002. 901 Seiten mit 693 Abb., broschiert. ISBN 3-540-43673. € 49,95.

Das Werk wendet sich in erster Linie an Studierende der Medizin in den vorklinischen Semestern, von denen sich erfahrungsgemäß viele insbesondere bei geringen einschlägigen Vorkenntnissen aus der gymnasialen Oberstufe mit

der Chemie und Biochemie sehr schwer tun. In 20 Kapiteln, beginnend mit 'Grundlagen der allgemeinen Chemie' bis hin zu einer Einführung in die Immunologie bietet es einen Überblick über die für den Arzt wichtigsten Sachverhalte der Biochemie und ihrer Grenzgebiete. Bereits die medizinbezogenen aufgebaute detaillierte Gliederung läßt zahlreiche Bezüge zur klinischen Praxis erkennen (etwas zu kurz kommen hier aus Sicht des Arztes leider die Verbindungen zur Arzneimitteltherapie) und unterstreicht den Charakter eines Lern- und Arbeitsbuches, das dem Studenten und jungen Arzt einige Jahre von Nutzen sein dürfte.

Der Student der klinischen Semester aber auch der Arzt mit nur wenig Zeit zum Literaturstudium finden auch über das umfangreiche Register (27 Seiten) ausgehend von klinischen Krankheitsbildern rasch Zugang zu deren molekularbiologischen Grundlagen. Nicht auf dem allerneuesten Stand scheinen die Literaturhinweise am Ende der einzelnen Kapitel zu sein. Publikationen ab Ende der 90er Jahre sind darin nur selten berücksichtigt.

Die Gestaltung des Textes sowie der überwiegend einfarbigen Abbildungen und Tabellen (wohl auch ein Attribut an einen studentengerechten Preis des Buches) ist übersichtlich, funktional und in der Regel anschaulich und gut verständlich. Hilfreich insbesondere beim eiligen Nachschlagen und bei der Wiederholung des Gelernten sind die Hervorhebungen (Fettdruck) wichtiger Begriffe im Text.

Nicht nur dem Studenten, sondern auch dem berufserfahrenen Arzt, der seine Kenntnisse im Grundlagenfach Biochemie wieder auffrischen oder ergänzen und aktualisieren will, kann die 'Biochemie für Mediziner' als dafür geeignetes und insgesamt preiswertes Lehrbuch durchaus empfohlen werden.

Dr. med. Roland H. Kaiser, Frankfurt

Kaufmann M., Costa S.D., Scharl A. (Hrsg.): **Die Gynäkologie.** 2003 XXIII. 980 Seiten. 618 Abb. Springer Verlag. ISBN 3-540-66705-9. € 169,-.

Trotz Internet und seinen Möglichkeiten haben Printmedien ihren Reiz und ihre Bedeutung. All das findet man in dem vorliegenden, umfangreichen Lehrbuch über die Gynäkologie. Der Umfang erschrickt zunächst, aber die gelungene Aufteilung und der flüssige Stil fesselt den Leser in jedem Kapitel. Durch farblich hervorgehobene Merksätze prägt sich - aller Psychrembel früher - Leitmotive des Handelns in Klinik und Praxis ein. Die ausgezeichnete schematische Bebilderung führt besonders gut ein und ist ein Repetitorium für jeden des Faches. Gleichzeitig gelingt dadurch eine Einführung in die operative Tätigkeit, so daß hier praktisch eine Verknüpfung zweier Standardwerke gelungen ist.

Das Einbinden von weiteren Autoren, so daß

insgesamt 35 klinische Meinungen zur Geltung kommen, garantieren einen umfassenden Einblick in die tägliche Klinik und Praxis. Durch das Kapitel „Gynäkologische Sprechstunde“ wird dem Leser in Weiterbildung ein Einblick in die tägliche Praxis gewährt. Dabei kommen jedoch die typischen Unterschiede des zu betreuenden Klientels mit seinen Fragestellungen nicht so sehr zum tragen, zumal Anamnese und Dokumentation auch für die Klinik von großer Bedeutung sind.

Der Klinikalltag spielt sich in diesem Buch besonders wieder. Dies gilt auch für die dankenswerterweise nicht vergessenen Kapitel über die Notfälle in unserem Fachgebiet. Interdisziplinäre Zusammenhänge werden gelegentlich angedeutet, dies gilt insbesondere für das Kapitel der „Chronischen Schmerzsymptomatik ungeklärter Rückenbeschwerden“. Hier wird die Problematik des zu schnellen Operierens oder laparoskopierens betont.

Die aktuelle politische Gesundheitssituation um das DMP-Programm des Mammakarzinoms wird ebenso aufgezeigt wie die praktischen Leitlinien für die optimale Erkennung von Mammakarzinom und der Begleitung der Patientinnen. Gut, daß gerade der Nachsorge ein besonderes Kapitel gewidmet ist. Lesenswert das umfangreiche Kapitel der Qualitätssicherung mit all ihren Vor- und Nachteilen. Dem Arzt/Patientinnen-Verhältnis sind hervorragende Beispiele gewidmet, die hoffentlich in jeder Praxis und in jeder Klinik Aufmerksamkeit hervorrufen. Gleiches gilt für den psychosomatischen Aspekt. Die Zusammenhänge, die bei den Kapiteln über die Sexualität grundlegend geschildert werden, führen dazu, daß dieses Buch für jeden, der in unserem Fachgebiet tätig ist, zu empfehlen ist.

Der Anhang komplettiert das Gesamtwerk. Dabei sind die wichtigsten Gesetze erwähnt und zeigen, in welchem Rahmen unsere ärztliche Tätigkeit noch möglich ist.

Jede Kollegin und jeder Kollege in Weiterbildung kann sich umfassend informieren, welches theoretische und welches praktische Wissen für die abschließende Facharztprüfung beherrscht werden soll. Durch das Aufführen der z.Zt. wichtigen Medikamente, aber auch erforderlichen Kenntnisse über die Labornormwerte macht sich das Buch für unser Fachgebiet fast unentbehrlich.

In einer Zeit des Kosten/Nutzeneffektes, auch im Hinblick im Sinne auf die Qualität, ist die Investition in dieses Buch von hohem Nutzen, weil es als ein Begleiter für die in Weiterbildung Tätigen ebenso wertvoll ist, wie für den in der Praxis Tätigen. Jeder Kollege und Kollegin kann sich schnell, sicher und authentisch informieren und wird weder im klinischen noch im praktischen Alltag allein gelassen.

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

Hessisches Ärzteblatt

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, Biebental
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
Prof. Dr. med. Dietrich Höfler, 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, Justitiar 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 Täny

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: Consodata one-to-one, 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:

Konradin Druck GmbH, Kohlhammerstr. 1-15, 70771 Leinfelden-Echterdingen, Tel. 07 11/75 94-750

ISSN 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



8/2003 August 2003 • 64. Jahrgang

Editorial

Die Wunderheilung des deutschen Gesundheitssystems durch Wettbewerb 382

Psychotherapeutenkammer Hessen

Psychotherapeutenkammer Hessen blickt auf erstes Arbeitsjahr zurück 383

Fortbildung

Identität und Krankheit 384

Aktuelles

Zum 70. Geburtstag von Professor Nossrat Peseschkian 385

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Wie können Fachärzte und Psychotherapeuten nach der Gesundheitsreform zukunftsfähig bleiben? 386

Eine Beziehung auf Augenhöhe 388

Frankfurter Gesundheitstag am 6. September 2003 389

Fortbildung

Behandlungspfade – Ein Weg aus der Krise der Krankenhäuser? 390

Landesärztekammer Hessen

Arztshelferinnen sollen Krankenhausärzte von Verwaltungstätigkeiten entlasten 393

Aktuelles

Gesundheitsmanagement und Krankenhaus-BWL 394

Fortbildung

Der Nebenerntumor: Ein altes Problem mit neuem Gesicht 395

Arbeitsmedizinische Betreuung bei Arbeitsaufenthalten im Ausland 398

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 401

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 405

Fortbildung

SARS – die vorerst letzte Überraschung aus der Büchse der Pandora 409

Stuhlbluttesten als Screening nach Darmkrebs 411

Ernährungsmedizin bekömmlich 412

Aktuelles

Diabetes sticht mitten ins Herz/3. Forschungswerkstatt Moxifloxacin 413

Bad Nauheimer Gespräche

Die Zukunft des Gesundheitswesens 417

Mit meinen Augen Auf in die Sommerpause! 419

Fortbildung Sicherer Verordnen 421

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer

APO-Bank: Erfolgreiches Geschäftsjahr 422

Aktuelles

Aktiv die eigene Lebensqualität verbessern 423

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 424

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 429

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung.

Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichungen „Pharmazeutische Nachrichten“ und „Sicherer verordnen“ erfolgen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Die Wunderheilung des deutschen Gesundheitssystems durch Wettbewerb

Sieht man die Gesetzesvorlagen, liest man die Zeitung, so fällt an allen Stellen gleichermaßen dem Leser die Zauberformel des Wettbewerbs, mit der unser Gesundheitssystem modernisiert werden soll, ins Auge. Die Krankenkassen befürworten mehr Vertragswettbewerb, die Politiker fordern nun mehr Wettbewerb und Qualität der ärztlichen Versorgung. Die Gewerkschaften fordern ein Privileg für das Krankenhaus und sonstige staatliche Institutionen gegenüber dem niedergelassenen Arzt bei der ärztlichen Behandlung ein. Es wird hierbei der Eindruck vermittelt, als hätte es in unserem System nie Wettbewerb unter den Leistungsanbietern gegeben. Für die niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten gab es schon immer ein Wettbewerbsystem. Es ist permanenter Bestandteil der derzeitigen Versorgungssituation, denn der Wettbewerb um das Vertrauen der Patienten findet schon seit Jahrzehnten durch die Abstimmung mit den Füßen statt und zwar durch mündige Bürger, die entscheiden, welchen Arzt oder Psychotherapeuten sie aufsuchen möchten. Dieser Wettbewerb soll jetzt ersetzt werden durch den Wettbewerb der Leistungsanbieter um die Gunst der Krankenkassen. Welche Auswüchse ein solcher Scheinwettbewerb unter den Kassen zur Folge haben kann, machen die mittleren desaströsen Verluste, speziell der AOK, im Wettbewerb um die guten Risiken deutlich, in dem sie hoffnungslos gegenüber den virtuellen BKKen ins Hintertreffen geraten ist. Dieser Wettbewerb findet zum Schaden unseres solidarischen GKV-Systems statt. Weitere Folgen dieses unfairen Wettbewerbs unter den Kassen dürfte das Ausweichen auf den mehr als fragwürdigen DMP-Wettbewerb um die RSA-Gelder sein. Ein Wettbewerbsritual, in dem letztendlich wertvolle Ressourcen durch ausufernde Bürokratie unseres Gesundheitssystems gebunden, möglicherweise langfristig verloren gehen werden.

Daß unser Gesundheitssystem an vielen Stellen reformbedürftig ist, daran besteht

kein Zweifel. Es ist gleichermaßen ebenso ohne Zweifel eines der leistungsfähigsten Systeme, sowohl im europäischen wie im weltweiten Vergleich. Ein solches System durch die angedachten staatlichen Kontrollen von Qualität und sinnlosen Wettbewerbsmodellen zu verbessern, ist sicherlich mehr als fragwürdig.

Das Anspruchsverhalten unserer Patienten und die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems sind bekanntermaßen hoch. Wir leisten uns eine in der Welt einmalige Chipkarte mit garantierter freier Arztwahl, einen ebenfalls weltweit einmaligen Leistungskatalog der GKV, der alle denkbaren Gesundheitsleistungen umfaßt, und eine weltweit einmalig niedrige Selbstbeteiligung der Patienten. Ein Umdenken auf Grund der begrenzten finanziellen Ressourcen durch die zu geringe Einnahmesituation wird daher unausweichlich sein. Diese Wahrheit wagt aber kein Gesundheitspolitiker offen zu sagen. Zu konstatieren ist stattdessen ein Wettbewerb der Populisten mit pseudowissenschaftlichen Argumenten um die Gunst willfähriger und phantasieloser Politiker, die bei der Suche nach nicht schmerzhaften Pseudoreformen nur die Gunst der Wählerstimmen für die nächste Wahl im schielenden Auge haben. Dieser Mangel an mutigem Reformwillen wird wahrscheinlich langfristig unser Gesundheitssystem zu Lasten aller Betroffenen, d.h. Schwestern, Pfleger, Therapeuten, Angestellten in der medizinischen Verwaltung, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und nicht zuletzt der Patientinnen und Patienten in eine noch tiefere Krise stürzen.

Der notwendige Umbau unseres Gesundheitssystems wird bei einer realistisch zu reduzierenden Erwartungshaltung trotzdem eine stärkere finanzielle Belastung für alle Beteiligten bringen und damit möglicherweise zu einer schweren Zerreißprobe führen. Dies macht ein generelles Umdenken erforderlich. Es zeichnet sich heute ab, daß Maximalforderungen, siehe das Scheitern des Arbeitskampfs der

IG-Metall im Osten, nicht mehr in die derzeitige Zeit passen. Daher sind auch Maximalforderungen im Zusammenhang mit Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den ärztlichen Leistungserbringern auch hier in Hessen nicht mehr durchsetzbar. Es ist dringend erforderlich, daß, um wieder zu konstruktiven Gesprächen innerhalb der Vertragspartnerschaft zu kommen, auch das Verständnis für die finanziellen Zwänge des jeweiligen Partners vorhanden ist. Ein Wettbewerb der Vernunft um die Zusammenarbeit ist hier sicherlich ein möglicher Weg.

Aber nicht nur in der Vertretung nach außen muß die hessische Ärzteschaft sich einer kritischen Prüfung ihres Anspruchs nach Maximalforderungen unterziehen. Auch in der Organisation ihres Innenverhältnisses ist ein Umdenken erforderlich. Ein Beispiel hierfür ist die Erweiterte Honorarverteilung (EHV), das Altersversorgungswerk der hessischen Ärztinnen und Ärzte. Ein sehr ernstes Problem, das mit großer Sachkompetenz aber auch mit dem Willen zum Erhalt vorangetrieben werden muß. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird die notwendige Rettung nur durch die Solidarität aller Altersgruppen erfolgen können, basierend auf der Einsicht, daß Einschnitte bei allen Partizipierenden notwendig und damit eine langfristige Finanzierung durch die jüngere und zukünftige ärztliche Altersgeneration möglich ist.

Bei dieser gesamtpolitisch schwierigen Situation ist ein innerärztlicher Wettbewerb mit partikulärem Anspruchsdenken einzelner Gruppen um die Gunst der politisch Mächtigen für uns alle selbstzerstörerisch. Ich darf Sie an dieser Stelle daher aufrufen, sich kreativ am Wettbewerb der Vernunft um die Erhaltung eines solidarisch finanzierten GKV-Systems und daraus resultierendem Gesundheitsdienst zu beteiligen. Der Weg dorthin führt über unsere Solidarität und die Solidarität mit den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten. Für diesen Weg bitte ich Sie um Ihre aktive Unterstützung.

Dr. med. Horst Rebscher-Seitz
2. Vorsitzender des Vorstandes der KV Hessen

Psychotherapeutenkammer Hessen blickt auf erstes Arbeitsjahr zurück – Bedeutung des Seelischen wächst

Landesärztekammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (LPPKJP Hessen)

Das Interesse an den 1999 eingeführten Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist groß. Rund vier Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zeigen Öffentlichkeit und Medien eine wachsende Sensibilität für die Position von Psychotherapeuten in sozialen und gesellschaftlichen Fragen. Die Bedeutung des Seelischen ist wieder anerkannt. Wenn es um die Bewältigung psychischen Leides geht, gelten Psychotherapeuten als die selbstverständlichen Experten: Etwa bei der Verarbeitung der Folgen von Katastrophen oder nach Traumatisierungen durch Gewalt- oder Mißbrauchserfahrungen. Menschen in seelischer Not, Erwachsene und oft auch Kinder, Menschen die vielfach still und "unauffällig" leiden, benötigen qualifizierte psychotherapeutische Hilfestellung.

Psychotherapeutische Leistung von Krankenkassen anerkannt

Eine bedeutsame Folge des Psychotherapeutengesetzes ist, daß jeder Versicherte einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung psychotherapeutische Leistungen bei Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten direkt in Anspruch nehmen kann. Auch das derzeit zur Verabschiedung anstehende Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) wird daran nichts ändern und trägt damit der Gleichstellung Psychologischer und Ärztlicher Psychotherapeuten Rechnung. Die Gründung der Psychotherapeutenkammern ergibt sich aus der Etablierung der neuen Heilberufe: Die in diesen Berufen Tätigen müssen einer Kammer angehören, die den Berufsstand nach außen vertritt, die staatliche Aufsicht über die Berufstätigkeit übernimmt sowie die Qualität der Arbeit und Weiterbildung fördert.

Psychotherapie: eine wirksame und kostengünstige Heilmethode

Psychologische Psychotherapeuten müssen vor ihrer Fachausbildung zum Psychotherapeuten Psychologie studieren, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik. Im Bereich der Psychotherapie arbeiten darüber hinaus nach einer Weiterbildung auch Ärzte als Ärztliche Psychotherapeuten. Die Therapeuten arbeiten niedergelassen in Praxen sowie in großem Umfang in Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Beratungsstellen. Im Jahre 2001 arbeiteten nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Deutschland knapp 127.000 Ärzte, davon etwa 1.600 als Psychotherapeuten, sowie rund 13.500 nichtärztliche Psychotherapeuten in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Fast jeder zehnte Behandler in der ambulanten Gesundheitsversorgung war damit ein Psychologischer oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, auf deren Behandlungshonorare aber nur knapp 3 % der Kosten für die ambulante Gesundheitsversorgung entfielen. Damit lagen die mittleren Kosten pro Fall bei den Psychologischen und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter dem Durchschnitt der Behandlungen bei Haus- und Fachärzten.

Versorgung nach wie vor nicht sicher gestellt!

Obwohl die Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie nach der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes auf dem Papier besser wurde, sind freie Behandlungsplätze nach wie vor Mangelware. Die derzeitige Behandlungskapazität der Psychotherapeuten reicht bei weitem nicht aus, was besonders bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besorgniserregende Ausmaße annimmt. Warte-

zeiten bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung von einem halben Jahr und länger sind keine Ausnahme.

Psychotherapeutenkammer versteht sich als Lobbyistin der Seele

Trotz solcher Probleme ziehen die Psychologischen Psychotherapeuten vier Jahre nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und ein Jahr nach der Gründung der Hessischen Psychotherapeutenkammer eine vorsichtig positive Bilanz. Jürgen Hardt, Präsident der Hessischen Psychotherapeutenkammer: "Die Eingliederung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Gesundheitsversorgung ist ein erster Schritt in Richtung eines angemessenen und wirtschaftlich sinnvollen Umganges mit seelischem Leiden in unserer Gesellschaft. In Zeiten knapper Geldmittel geht es darum, die Ressourcen seelischer Gesundheit zu erhalten und auszubauen. Das ist ein wichtiger Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen." Nach Ansicht der Hessischen Psychotherapeutenkammer sollten neben individualpsychotherapeutischen Maßnahmen auch Psychohygiene und Psychoedukation treten, um Aufklärung und Vorsorge aus psychologischer Sicht größere Bedeutung zu geben. Denn das Seelische droht immer wieder aus dem Blick zu geraten in modernen Gesellschaften. Es braucht eine Stimme. Die hessische Psychotherapeutenkammer versteht sich als Lobbyistin des Psychischen. LPPKJP Hessen

Schlüsselwörter

Psychotherapie – Psychotherapeutenkammer Hessen – Psychotherapeutengesetz – Psychologischer Psychotherapeut – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – Gesundheitsversorgung – Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – Behandlungskapazität – Kassenärztliche Bundesvereinigung



Identität und Krankheit –

ein Kongreß der Akademie in Bad Nauheim

Dr. med. Axel Schüler-Schneider, Frankfurt

Am 25. und 26. Oktober 2003 veranstaltet die Akademie einen Kongreß über den Konflikt zwischen Identität und Krankheit in Bad Nauheim. Er soll die Bedeutung des Begriffs Identität und ihre Entstehung von psychologischer, philosophischer, soziologischer und ärztlicher Seite klären und definieren. Namhafte Wissenschaftler, die sich aus verschiedenen Richtungen mit diesem Thema befaßt haben, sind eingeladen (s. Seite 403).

Die Fokussierung auf den Begriff Identität und deren Analyse erleichtert das Verstehen von schwierigen Patienten und ermöglicht somit deren Behandlung. Heftige, unverständliche Reaktionen von Patienten sind als Bedrohung der Kernidentität zu verstehen und verhindern einen vernünftigen Umgang miteinander und mit der Krankheit. Sobald die Kernidentität bedroht ist, reagieren Menschen, als sei ihr Leben bedroht.

Der Begriff Identität kommt von „idem“ und bedeutet die völlige Übereinstimmung einer Person oder Sache mit dem, was sie ist, oder mit dem, als was sie bezeichnet wird. So hat jeder Mensch seine eigene Identität. Selten deckt sich das Gefühl der eigenen Identität mit der Wahrnehmung der eigenen Person durch andere. Jeder nimmt sich selbst anders wahr, als seine Umwelt ihn wahrnimmt. Wir haben von uns und vom anderen ein bestimmtes Bild, eine Vorstellung von der Person mit ihrem Charakter, ihren Wertvorstellungen, ihrem Verhaltensrepertoire. Dies entspricht einer Kernidentität, die im ersten Lebensjahr gebildet wird. Hierfür dient der Erdball als Metapher. Denn auch unsere Erde hat einen festen Kern aus Eisen, der

von flüssiger Magma umgeben ist, auf der die Kruste schwimmt, die wir als Welt identifizieren.

Die Weltkugel als Logo der 1998 in Frankfurt begonnenen Kongreßreihe hat weitere symbolische Bedeutungen. So bilden z.B. vielfache nationale Identitäten eine Einheit; die Erde existiert über Jahrtausende als solche und ist dabei einer dauernden Veränderung unterworfen. Die Selbstidentität des Menschen befindet sich in ständiger Bewegung und ist trotzdem etwas Stabiles, jederzeit Identifizierbares. Ihre Aufrechterhaltung bedarf einer dauernden Aktivität und Energiezufuhr, da sie ständig bedroht ist, sei es von außen durch einzelne Individuen oder Gruppeninteressen, die eine Anpassung fordern, sei es von innen durch körperliche oder psychische Krankheiten.

Professor Galimberti aus Venedig definiert den Begriff aus Sicht der Philosophie. Er hat sich intensiv mit der Psychoanalyse beschäftigt, so daß er auch die Brücke zur Anwendung in der Psychotherapie schlagen wird.

In einer multikulturellen Gesellschaft ist das Wissen um fremde Kulturen, deren Gesten, Riten, Traditionen besonders wichtig, um den anderen zu verstehen. Professor Peseschkian wird in blumenreicher, orientalischer Sprache Ein- und Ausblick in diese Thematik gewähren.

Die Irritation der Identität durch psychische und körperliche Krankheiten wird Schwerpunkt sein und im Weiteren erarbeitet und in den Arbeitsgruppen umgesetzt. Professor Mentzos wird darüber berichten, in welcher Weise Menschen mit Psychosen und Borderlinestörungen um die Aufrechterhaltung ihrer Identität bemüht sind.

Professor Schüffel beschreibt den Körper als Zwillingspartner der Seele, um psychosomatische Störungen besser verstehen zu können.

Übernehmen wirklich die Medien die Identitätsbildung des Menschen in der heutigen Zeit? Mit dieser Frage hat sich Dr. Altmeyer in kreativer Weise beschäftigt.

Grenzerfahrungen mit Alter (Dr. Luft), Transsexualismus (Dr. Schüler-Schneider) und Psychose (Professor Mentzos) zeigen in eindrucksvoller, plastischer Weise nicht nur die Abgründe der Seele, sondern auch eindrucksvoll deren Arbeitsweise. Hier wird deutlicher, wie Psychotherapie auch bei anderen Erkrankungen funktioniert. In der Arbeitsgruppe über Transsexualismus wird sich ein betroffener Patient vorstellen, der nach erfolgter Hormontherapie kurz vor der Operation einen eigenen Weg zur Bewältigung seiner schwierigen Lebensgeschichte gefunden hat.

Schließlich wird auch unsere Identität als Arzt, Psychologe, Psychotherapeut immer wieder infrage gestellt. Damit werden sich die Arbeitsgruppen von Dr. Becker und Dipl. Psych. Hardt beschäftigen.

Abgerundet wird die Veranstaltung durch ein Klavierkonzert zum Thema Identität und gemeinsame Mahlzeiten.

Die Einbeziehung der Philosophie, Soziologie und der Kultur erweitert unseren ärztlichen und psychotherapeutischen Horizont. Sie soll helfen, unsere eigene berufliche Identität zu festigen und in kreativer Weise neue Wege der Behandlung kranker Menschen zu ermöglichen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Axel Schüler-Schneider
Stresemannallee 11
60596 Frankfurt/Main

Schlüsselwörter

Identität – Psychosomatik – Philosophie – Psychose – Transsexualismus – Kultur – Medien

Zum 70. Geburtstag von Professor Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Lieber Nossrat, über die Jahreszahl Deines Ehrentages möchte ich mit Dir nicht streiten. Sei's drum, ich reihe mich in den Kreis der vielen Gratulanten als Dein langjähriger Freund ein und möchte mich dafür bedanken, daß ich Dir begegnen durfte.

Laß mich davon Abstand nehmen, auch nur den Versuch zu wagen, Deine Persönlichkeit als Mensch und Arzt auf bedrängtem Platz zu würdigen. Du bist weit über Deinen Wiesbadener Wirkungskreis bekannt, man kennt Dich in der ganzen wissenschaftlichen Welt, und wenn es um Positive Psychotherapie geht, dann wird Dein Name zuerst genannt. Als Du 1972 die Bad Nauheimer Psychotherapie-Wochen ins Leben riefst, ging unsere erste Begegnung voraus. Du kamst in die Ärztekammer und saßest mir bescheiden, aber mit großen suchenden Augen aus freundlich fröhlichem Gesicht gegenüber. Du sprachst von Positiver Psychotherapie und ich fragte Dich, ob die Psychotherapie nicht überhaupt positiv sein müßte. Darauf entwickelte sich ein längeres Gespräch, das eine eigenartige Wirkung auf mich ausübte. Ich fühlte mich in einer solch' positiven Stimmung, die lange Zeit andauerte. Du hattest auf mich einen solchen – positiven! – Eindruck gemacht, daß ich ein wenig vorsichtig den Vorsitzenden der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer bat, Dich doch einmal anzuschauen. Du wurdest zu einem Glücksfall für die ärztliche Fort- und Weiterbildung und zum Aushängeschild auf Deinem Gebiet. Mit Erstaunen verfolgten wir Deinen steilen Aufstieg, begründet in einer harmonischen Familie, Deine liebe Frau, Pädagogin und Familientherapeutin und die *conditio sine qua non*,

und die beiden Söhne, ebenfalls mit großem Erfolg als Psychiater und Psychotherapeuten tätig.

Seit 1968 arbeitest Du mit unvorstellbarer Energie buchstäblich bei Tag und Nacht an Deiner Konzeption der Positiven und transkulturellen Psychotherapie. Deine beiden ersten Bücher Psychotherapie des Alltagslebens, ursprünglich: Schatten auf der Sonnenuhr, Erziehung – Selbsthilfe – Psychotherapie, sind mittlerweile zu Klassikern ressourcenorientierten Vorgehens in der Psychotherapie geworden. Einen vielbeachteten und überaus erfolgreichen Weltkongreß hast Du in Wiesbaden ausgerichtet, und auch bei ihm stand Deine Lebensorientierung im Vordergrund, der Dienst an der Menschheit unabhängig von Rassen, Klassen, politischer Richtung, Weltanschauung und Religion. Du hast Dich auf Deinem Gebiet um die Menschen in aller Welt verdient gemacht und hast zwischenzeitlich auch höchste Ehrungen erfahren. Dir wurde 1997 in Deutschland der renommierte Richard-Merten-Preis für Qualitätssicherung in der Medizin verliehen, du erzieltest die Ernst-von-Bergmann-Plakette für Deinen Einsatz bei der ärztlichen Fortbildung von der Bundesärztekammer. Schließlich wurdest Du auch zum Ehrenprofessor des berühmten Neuropsychiatrischen Forschungsinstituts V. M. Bekhterev-Instituts in St. Petersburg ernannt. Du hast intensive Forschungs- und Lehrtätigkeit in über 60 Staaten durchgeführt und Du bist Autor von 19 Büchern.

Laß mich mit einem persönlichen Erlebnis schließen. Unruhig war es in meinem Wartezimmer in der Kammer an meinem Sprechtag geworden. Die

Besucher hatten längere Zeit in Anspruch genommen, und ich war selbst unglücklich, daß acht Kolleginnen und Kollegen warten mußten. Mir wurde Dein Besucherzettel hereingereicht, und es trat nach Deinem Eintreffen eine merkwürdige Ruhe im Wartezimmer ein. Wie sich später herausstellte, sollst Du gesagt haben, man möge doch für die Situation Verständnis haben. Du sollst Dich hingesetzt haben und im Sinne Balints die Mitwartenden zur Ruhe gebracht haben,

wofür Du bei den anschließenden Gesprächen der Unruhiggewordenen einstimmiges Lob erhieltst.

Lieber Nossrat, wir werden Deinen Geburtstag in einem großen Freundeskreis begehen, und ich werde in meiner Ansprache auf Deine Begeisterungsfähigkeit und Offenheit für Neues, ganz im Oelemannschen Sinne, sprechen und davon, wie Du von 1991 bis 1998 in der ehemaligen Sowjetunion dreiundzwanzig Zentren für Positive Psychotherapie eingerichtet hast und fünftausend Kolleginnen und Kollegen dort an Deinen Seminaren teilgenommen haben.

Herzlichst Dein Hojo

Professor Dr. med.
Horst Joachim Rheindorf



Lösungswort des Kreuzworträtsels

von Seite 358, Ausgabe 7/2003

Erkrankung, die seronegative Arthritiden verursachen kann:

CROHN

Wie können Fachärzte und Psychotherapeuten nach der Gesundheitsreform zukunftsfähig bleiben?

KV-Vorsitzender Dr. Horst Rebscher-Seitz: „Vernichtung der ambulanten fachärztlichen Kompetenz muß verhindert werden“ / „Gemeinsam die ärztlichen Interessen durchsetzen“

„Wie kann ich als Facharzt zukunftsfähig bleiben?“ – „Kann ich meine Praxis überhaupt noch verkaufen?“ – „Welche Möglichkeiten der Kooperation mit einem Krankenhaus gibt es für mich?“ – „Welche Personen oder Institutionen werden eigentlich hinter den neuen Gesundheitszentren stehen?“ Die Referenten der Fortbildungsveranstaltungen der KV Hessen zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform hatten alle Hände voll zu tun, diese und zahlreiche weitere Fragen der Zuhörer zu beantworten. Etliche interessierte Ärzte und Psychotherapeuten der fachärztlichen Versorgungsebene waren im Juli der Einladung der KV zu zwei Veranstaltungen in Niedernhausen und Marburg gefolgt.

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 30. Juni bekannt gegeben hatte, daß im Rahmen der Konsensverhandlungen zwischen Vertretern der Bundesregierung, der Koalitionsfraktionen, der Opposition sowie der Bundesländer ab 4. Juli 2003 eine gemeinsame Reform erarbeitet und ein neuer Gesetzentwurf entstehen soll, war zum Zeitpunkt der Fortbildungsveranstaltungen ungewiß, welche Konsequenzen im einzelnen auf die Haus- und Fachärzte und auch auf die Kassenärztlichen Vereinigungen zukommen werden. Grundlage für die Information und Diskussion bei beiden Veranstaltungen bildete daher der Fraktionsentwurf des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) mit Stand vom 2. Juni 2003.

„Vernichtung ambulanter fachärztlicher Kompetenz“

Dr. Horst Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender des Vorstandes der KV Hessen, sah die Veranstaltung in seiner Begrüßung in Niedernhausen weniger als Fortbildungsveranstaltung, „da es sich hier doch vielmehr um eine Aufklärungsveranstaltung über die Vernichtung der ambulanten fachärztlichen Kompetenz durch die Gesundheitsreform handelt“. Er erinnerte die Zuhörer daran, wie wichtig es in dieser schwierigen politischen Situation ist, sich gemeinsam gegen eine Zerstörung der qualifizierten medizinischen Versorgung zu wehren und Einfluß auf die Politik zu nehmen. „Ich hoffe, daß wir Hausärzte und Fachärzte es schaffen, die ärztlichen Interessen gemeinsam im Sinne der Vernunft darzustellen.“

Laut Statistik werden nur knapp 16 Prozent der Gesamtausgaben der GKV für die ambulante ärztliche Behandlung ausgegeben. „Warum soll von diesem Bereich also eine Gesundheitsreform ausgehen?“ fragte Dr. Jörg Hempel, Vorsitzender der KV-Bezirksstelle Wiesbaden. Die Antwort gab er selbst: Auf Grund der zurückgehenden GKV-Einnahmen wird unser Gesundheitssystem zu stark von einer ungebremsten Beitragssatzentwicklung belastet. Sinkende Lohnquoten im Vergleich zum Bruttoinlandprodukt, Verschiebungen innerhalb der Sozialversicherungssysteme („Verschiebebahnhöfe“), die große Zahl geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse, Umschichtungen im Lohn- und Gehaltsgefüge durch Altersteilzeit und eine

Grundlohnentwicklung, welche hinter den Tarifabschlüssen zurück bleibt, machte er für das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenkassen schwerpunktmäßig als Ursachen aus.

Untergang oder Chance?

Die Frage, ob die Gesundheitsreform „Untergang oder Chance für die ambulante fachärztliche Versorgung“ sein wird, ein „Sprengsatz zur Aufspaltung der Ärzteschaft oder eine Chance zur Konsolidierung einer Einheit“ ließ Dr. Hempel offen. Er wies aber darauf hin, daß das GMG eine verwirrende Anzahl miteinander konkurrierender Versorgungsstrukturen bringen dürfte. Parallel zur vertragsärztlichen Versorgung im KV-System wird es folgende Strukturen geben: die einzelvertragliche Versorgung durch bundesweit 350 Krankenkassen, das Hausarztmodell, die Praxisgebühr beim direkten Facharztbesuch, die medizinische Versorgung in Disease-Management-Programmen, Gesundheitszentren in allen Vertragstypen sowie die fachärztliche Versorgung am Krankenhaus.

Auswirkungen des GMG aus juristischer Sicht

Über die Auswirkungen des GMG auf die fachärztliche Versorgung informierte Dr. jur. Karin Hahne, juristische Geschäftsführerin der KV Hessen, aus juristischer Sicht. Sollte sich die fachärztliche Versorgung wie im GMG vorgesehen verändern, werde es ab dem 1. Januar 2005 eine KV-Zulassung nur noch für Haus-, Augen- und Frauen-

ärzte geben. Junge, weitergebildete Fachärzte könnten ab 2005 keine Neuzulassung durch die KV mehr erhalten. Neue Fachärzte nehmen ab dem 1. Januar 2005 nur noch auf Grund von Einzelverträgen mit Krankenkassen an der ambulanten Versorgung teil. Bereits zugelassene Fachärzte haben die Möglichkeit des so genannten „opting out“, das heißt sie können ebenfalls die KV verlassen und sich Einzelverträgen mit den Krankenkassen anschließen.

Krankenkassen bestimmen Vertragsinhalte

Einzelverträge mit den Krankenkassen werden nicht in Vertragsverhandlungen regelrecht „ausgehandelt“, wie dies die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen mit den Kollektivverträgen tun. Einzelverträge werden ausgeschrieben und die Fachärzte müssen die objektiven Ausschreibungskriterien erfüllen. Vertragspartner der Krankenkassen können Fachärzte (ausgenommen Augen- und Frauenärzte), Gesundheitszentren oder Krankenhausärzte sein. Der Vertragsinhalt der Einzelverträge wird von den Krankenkassen einseitig nahezu festgelegt „Der Facharzt kann lediglich entscheiden, ob das Ausschreibungsangebot für ihn akzeptabel ist oder nicht“, so Dr. Hahne.

Haben „Alt-Fachärzte“ Einzelverträge abgeschlossen und die KV verlassen, lebt die KV-Zulassung nicht wieder auf, wenn der Einzelvertrag abgelaufen ist und kein Anschlußvertrag zu Stande kommt. Die Zulassung endet, sie ruht nicht. Fachärzte, die im KV-System verblieben sind, können ihre Praxis verkaufen – allerdings gelten die bisherigen Ausschreibungsverfahren hierfür nicht. Als Käufer bietet sich z.B. ein Arzt gleicher Fachrichtung an, der eine Facharzt-Ausstattung benötigt, um die Ausschreibungskriterien einer Krankenkasse für einen Einzelvertrag erfüllen zu können.

Planungsunsicherheit für Fachärzte

Da die Einzelverträge der Kranken-

kassen befristet oder zumindest kündbar abgeschlossen werden, bedeutet dies für den Facharzt Planungsunsicherheit, insbesondere im Hinblick auf Investitionen. Interesse an einer Vertragsverlängerung besteht von Seiten der Krankenkassen dann, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung gewährleistet wurde und der Bedarf weiterhin besteht. Die Qualitätsprüfung erfolgt hier durch die Krankenkassen. Ist die bedarfsgerechte Versorgung bei Auslaufen eines Vertrages gefährdet und kommt ein Anschlußvertrag nicht zu Stande (zum Beispiel auf Grund der Forderung des Arztes nach einer besseren Vergütung), können die Krankenkassen die Fachärzte verpflichten, weitere sechs Monate zu den bisherigen Bedingungen tätig zu sein oder aber mit Krankenhäusern Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abschließen.

Kommt der Facharzt seiner Fortbildungspflicht nicht nach, kann die Krankenkasse den Versorgungsvertrag kündigen. Da insbesondere die unbestimmte Laufzeit der Einzelverträge die Gefahr birgt, daß Banken mit Investitionskrediten zukünftig noch zurückhaltender sein werden, wird sich voraussichtlich ein Trend hin zu Gesundheitszentren entwickeln.

Trend zu Gesundheitszentren

Das GMG räumt den Fachärzten die Möglichkeit ein, sich in Gesundheitszentren, d.h. fachübergreifenden, ärztlich geleiteten Einrichtungen mit angestellten Fachärzten bzw. Psychotherapeuten, anstellen zu lassen. Diese Gesundheitszentren - nicht der einzelne Facharzt - können Versorgungsverträge mit Krankenkassen abschließen. Auf die Ausgestaltung des Vertrages einschließlich seiner Vergütung hat der Facharzt allerdings keinen direkten Einfluß - er ist angestellt und bezieht sein Gehalt vom Gesundheitszentrum. „Damit hat der Facharzt seine Freiberuflichkeit aufgegeben!“

Die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung (einschließlich Notdienst) soll in Zukunft ausschließ-

lich den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen obliegen. Gelingt es den Krankenkassen nicht, die Sicherstellung (in zumutbarer Entfernung) zu gewährleisten, können Versicherte jeden Facharzt in Anspruch nehmen und haben Anspruch auf Kostenerstattung.

Empfehlungen von Dr. Hess

Dr. Rainer Hess, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), hatte für die Anwesenden drei Empfehlungen:

- ▶ Zusammenarbeit des Facharztes (insbesondere bei hochspezialisierten Leistungen) mit einem Krankenhaus. Kleinere Krankenhäuser werden zukünftig möglicherweise zu Praxiskliniken umstrukturiert. In Folge der DRGs werden kleine Krankenhäuser noch stärker schrumpfen – darin besteht für Fachärzte eine Chance, die sie nutzen sollten.
- ▶ Bildung eines Praxisverbundes (entweder interdisziplinär mit Fachärzten anderer Fachrichtungen oder gemeinsam mit hochspezialisierten Ärzten der gleichen Fachrichtung)
- ▶ Frühzeitige Bildung einer Gemeinschaftspraxis mit einem wahrscheinlichen Praxisnachfolger.

„Wenn die Opposition in den Konsensgesprächen stark bleibt, wird es bei der Idee der Spaltung der KV in hausärztliche KV-Mitglieder und fachärztliche Nicht-Mitglieder nicht bleiben“, so Dr. Hess. Zwar sei auch die Opposition für Wettbewerb und die Einführung gewisser liberaler Strukturen in unserem Gesundheitssystem. „Aber es ist im Prinzip nichts Negatives, sich einem erweiterten Wettbewerb zu stellen.“

Denise Jacoby

Schlüsselwörter

Fachärzte – fachärztliche Versorgung – Einzelverträge – Vertragswettbewerb – Gesundheitsreform – GMG – KV – KV Hessen



Eine Beziehung auf Augenhöhe

Ärzte, Selbsthilfe-Vertreter und Qualitätszirkel-Moderatoren diskutieren in Frankfurt über neue Wege der Kooperation

„Selbsthilfe ist etwas Positives.“ Diesem Statement eines Referenten konnten die Teilnehmer der dritten Fortbildung „Qualitätszirkelarbeit und Kooperation mit Selbsthilfegruppen in Hessen“ am Ende einer angeregten Diskussion unisono zustimmen. Eine Aussage, die trotz ihrer vermeintlichen Banalität die nicht immer spannungsfreie Komplexität der Beziehung zwischen den in Qualitätszirkeln organisierten Ärzten und den Selbsthilfegruppen andeutet. Mit dem Ziel, gemeinsam neue Wege der Kooperation zu finden, trafen sich am 25. Juni diesen Jahres Ärzte, Selbsthilfe- und Patienten-Vertreter sowie Qualitätszirkel-Moderatoren in der Landesstelle der Kassenzentralen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

„Ärzte und Kranke stören das System“

Daß es noch immer „Berührungspunkte“ zwischen Ärzten und Selbsthilfe gibt, ließ Dr. Horst Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender der KV Hessen, in seiner Begrüßung anklingen: „Ärzte haben oft Vorbehalte besserwissenden Patienten gegenüber.“ Keinen Zweifel ließ er jedoch an der zentralen Bedeutung einer produktiven Kooperation beider Seiten für das deutsche Gesundheitswesen: „Für viele Politiker spielen in der Gesundheitspolitik ausschließlich fiskalische Aspekte eine Rolle. Kranke und Ärzte werden eigentlich nur als störend wahrgenommen. Dabei könnte sich gerade aus ökonomischer Sicht eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Ärzten signifikant auswirken.“

Qualitätszirkel: Eine hessische Erfolgsgeschichte

Die bundesweite Spitzenstellung Hes-

sens bei den Qualitätszirkeln unterstrich Dr. Harald Herholz, Leiter der Ärztlichen Qualitätssicherung der KV Hessen, in seinem kurzen Statement zur Erfolgsstory der Qualitätszirkelarbeit. Tatsächlich gibt es landesweit zur Zeit 660 Qualitätszirkel und damit, so Herholz, „in Bezug auf die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Hessen, eine ausreichende Menge.“ Immerhin ist statistisch fast jeder zweite Arzt einer Fachgruppe aktives Mitglied in einem hessischen Qualitätszirkel. Und die Bedeutung der Qualitätszirkel wird weiter wachsen: So ist die Zugehörigkeit zu einem Qualitätszirkel Voraussetzung für die Teilnahme an bestimmten Zusatzverträgen mit den Krankenkassen. Darüber hinaus sieht Dr. Herholz die Zirkel auch bei der Entwicklung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen (DMP) als entscheidendes Instrument an.

Erlernte Strukturen aufbrechen

„Tief beeindruckt“ zeigte sich mit Professor Dr. Jürgen von Troschke ein Vertreter der Wissenschaft von der Entwicklung in Hessen. Er fokussierte sich in seinem Vortrag besonders auf das schwierige Verhältnis zwischen Professionellen und medizinischen Laien. Von Troschke, der in Freiburg einen Lehrstuhl für Medizinische Soziologie inne hat, machte deutlich, daß „das Verhältnis zwischen Arzt und Patient historisch gesehen ein extrem hierarchisches Beziehungsgeflecht“ ist. Erst langsam sei es möglich, erlernte Strukturen aufzubrechen und zu einer Beziehung „auf Augenhöhe“ zu kommen. „Die Bereitschaft, sich auf Seiten der Professionellen auf das Kranksein einzustellen, ist relativ stark abhanden ge-

kommen. Dabei können von einer funktionierenden Beziehung Arzt und Patient gleichermaßen profitieren.“

Betreuung statt Behandlung

Eindrucksvoll öffnete Gudrun Möller den Blick für die Sicht der durch Krankheit Betroffenen. Die Referentin der Deutschen Crohn-Colitis-Vereinigung (DCCV) leidet seit über 20 Jahren an Morbus Crohn und nahm die Anwesenden in den Alltag einer Kranken mit. Sie schilderte die Selbsthilfe als unverzichtbare Hilfe für die Betroffenen, mit der Krankheit leben zu lernen, eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln und zu einer neuen Form von Beziehungsfähigkeit zu finden. Auch Frau Möller beklagte Barrieren und Irritationen in der Arzt-Patienten-Beziehung. Nur durch gegenseitige Akzeptanz sei es möglich, „zur Betreuung statt Behandlung durch den Arzt zu kommen. Erlebte (Patient) und erlernte (Arzt) Kompetenz laufen dann Hand in Hand, wenn der mündige Patient Fragen stellen kann, die ihm zu einer kompetenten Beratung durch den Arzt verhelfen.“

Großes Interesse an Kooperation

Nachdem mit Dr. Wilfried Jungkunz, einem Friedberger Dermatologen, der Moderator eines Qualitätszirkels zur Lymphologie in einem Kurzreferat über die praktische Verzahnung von Qualitätszirkelarbeit und Selbsthilfe berichtet hatte, stellte Angelika Bogenschütz die Ergebnisse einer Moderatoren-Umfrage vor, die die KOSA (Kooperationsstelle für Selbsthilfegruppen und Ärzte) im Juni 2002 gestartet hatte. Dabei hatte Frau Bogenschütz, Leiterin der KOSA, alle Mo-



deratoren der Qualitätszirkel in Hessen mit einem Fragebogen angeschrieben. Wie groß das Interesse am Thema ist, zeigt der hohe Rücklauf: Genau zwei Drittel der Moderatoren schickten den Fragebogen ausgefüllt zurück und verhalfen der Umfrage so zu repräsentativer Aussagekraft. Bemerkenswert vor allem, daß über 90 Prozent der Befragten den Kontakt als angemessen bezeichneten bzw. sich einen deutlich intensiveren Austausch vorstellen könnten. Als Haupt-Benefit sehen die Befragten in

der Zusammenarbeit mit Selbsthilfe, daß die Patientenkompetenz im Umgang mit der Krankheit gestärkt und die professionelle Therapie sinnvoll ergänzt wird. Daß auf beiden Seiten trotz guter Zusammenarbeit ein hoher Informationsbedarf besteht, zeigt die Studie auch. Denn der durch Selbsthilfe aufgeklärte Patient nimmt laut Umfrage doppelt so häufig Einfluß auf Diagnostik und Therapieauswahl, als der Patient ohne Selbsthilfe. Eine Zahl mit hohem Konfliktpotential, das durch gegenseitiges Ver-

ständnis und noch engere Kooperation entschärft werden könnte.

Karl Matthias Roth

Kontakt:

KOSA-Kooperationsberatung
für Selbsthilfegruppen und Ärzte
Angelika Bogenschütz
Tel.: 069/79502-792

Schlüsselwörter

Selbsthilfe – Selbsthilfegruppen – Qualitätszirkel – KV Hessen

Frankfurter Gesundheitstag am 6. September 2003

Die Bezirksstelle Frankfurt der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) lädt alle interessierten Bürger sowie die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten am Samstag, dem 6. September 2003, zum ersten Frankfurter Gesundheitstag in und vor dem Römer ein. Schirmherrin des Gesundheitstages ist die Frankfurter Oberbürgermeisterin Petra Roth.

Die Früherkennung von Krankheiten erhält die Gesundheit, erhöht die Lebenserwartung und verbessert die Lebensqualität. Doch obwohl der Nutzen der Früherkennung von Krankheiten unbestritten ist, nehmen immer noch viel zu wenige Patienten diese Möglichkeiten wahr. Daher bietet die Bezirksstelle Frankfurt der KV Hessen allen interessierten Bürgern beim **Gesundheitsmarkt** im Römer am Samstag, dem 6. September von 10.30 bis 15.30 Uhr die Möglichkeit, sich über die Früherkennung von Krankheiten und den eigenen Gesundheitszustand zu informieren. Ärzte und Selbsthilfegruppen berichten u.a. über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten von Diabetes, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Brustkrebs und Lungenerkrankungen.

Die Besucher können sich an Ort und Stelle über den eigenen Gesundheitszustand informieren: An den Ständen des Gesundheitsmarktes werden beispielsweise Blutdruck, Blutfette, Blutzucker,

Herzstromkurve und die Funktionsfähigkeit der Lungen gemessen. Thommy Fuchsberger wird in einer Talkshow sein Kochbuch „Feine Küche für Diabetiker“ vorstellen und auf Wunsch signieren.

Ärzte-Teams bieten sowohl beim Gesundheitsmarkt in der Römerhalle als auch in einem Info-Bus der KV Hessen auf dem Römerplatz Untersuchungen wie EKG, Blutzucker- und Cholesterinbestimmung, Blutdruckmessungen und Sonographie an. Ein weiterer Schwerpunkt der Information im Info-Bus ist die Aufklärung über Risikofaktoren und Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der KV-Bezirksstelle Frankfurt sind darüber hinaus von 10 bis 12 Uhr in den Plenarsaal des Römer zu einer **Podiumsdiskussion** zum Thema „Gesundheitsreform 2004: In Zukunft krank? Krank in der Zukunft? Kranke Zukunft!“ eingeladen.

Franz Knieps, Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Professor Karl Lauterbach, Berater der Bundesgesundheitsministerin und Mitglied des

Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion Dr. Erika Ober, Erika Lotz und Peter Schmidt sowie weitere hochkarätige Experten werden über die aktuelle gesundheitspolitische Situation diskutieren. Die Podiumsdiskussion wird von Bernd Sequin (NDR) moderiert.

Organisiert wird der Frankfurter Gesundheitstag von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Frankfurt. Beteiligt sind außerdem das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt, die Feuerwehr der Stadt Frankfurt sowie zahlreiche Selbsthilfegruppen.

Denise Jacoby
Karl Matthias Roth

Schlüsselwörter

Frankfurter Gesundheitstag – Früherkennung – Prävention – Gesundheitsmarkt – Podiumsdiskussion

Anzeige

Ihre Praxisübernahme – mit uns ein Erfolg!



- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Praxiskonzepte
- Finanzplanung

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

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!



Behandlungspfade - ein Weg aus der Krise der Krankenhäuser ?

Thomas Schmitz-Rixen, Frankfurt

Wandel der Arbeitsbedingungen und Arbeitsverdichtung

Eine erhebliche Arbeitsverdichtung bei steigenden Fallzahlen und sinkender durchschnittlicher Verweildauer und eine immense Zunahme der Bürokratie mit oft mangelnder EDV-technischer Unterstützung haben zu einer krisenhaften Situation im Krankenhaus geführt. Auf allen Beteiligten lastet ein enormer Kostendruck. Politik und Öffentlichkeit fordern höchste Qualität in der medizinischen Versorgung und selbstverständlich die flächendeckende Anwendung des medizinischen Fortschritts. Eine Umsetzung bereits geltender und/oder in naher Zukunft zu erwartender arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen ohne ausreichende Finanzierung neuer Stellen vermindert die effektive Arztdichte, was die Situation weiter verschärft. Kostendämpfungsmaßnahmen haben sogar zu einem Abbau von ärztlichem Personal in den Kliniken geführt. In einigen Kliniken zeigen sich bereits negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung. Zusätzlich führt Diskontinuität der Versorgung zu Informationsverlusten, die wiederum unmittelbar die Qualität der ärztlichen Versorgung beeinträchtigen.

Die ökonomisch sinnvolle Verkürzung der präoperativen Verweildauer verändert die Arbeitsbedingungen in den operativen Fächern. Sie führt nicht nur auf den Bettenstationen, sondern durch eine Verlagerung personal- und zeitintensiver Aufgaben in Funktionsbereiche der Kliniken (z.B. durch prästationäre Diagnostik) auch dort zur Arbeitsverdichtung.

Lösungsmöglichkeiten des ärztlichen Personaldilemmas

Mögliche Wege aus dem ärztlichen Per-

sonaldilemma wären eine Abkopplung der Bereitschaftsdienste und der ärztlichen Versorgung stationärer Patienten von spezifischen Funktionsaufgaben wie der Arbeit im Operationssaal, im Katheterlabor oder in der Endoskopie (hierbei ist ein Rotationsverfahren denkbar) - aber auch die komplette Professionalisierung eines dieser Bereiche. Als weitere Möglichkeit ist die weitgehende Delegation von Dokumentationsaufgaben zu sehen. Ärztliche Aufgabe ist sicher die Formulierung der exakten wissenschaftlichen Diagnose und über die Bestimmung der Nebendiagnosen die Festlegung des Risikoprofils des Patienten. Die Übertragung dieser Informationen in Codierungssysteme oder in multiredundante Dokumentationssysteme könnte aber sicherlich von entsprechend geschultem nicht ärztlichem Personal übernommen werden (vgl. dazu Artikel von Happel und Kaiser Seite 393).

DRGs erzwingen neue Organisationsziele

Die aufgrund der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRG-basierte Fallpauschalen neu zu definierenden Organisationsziele im Krankenhaus lassen sich nur realisieren, wenn für die häufigsten zu behandelnden Krankheitsbilder Behandlungsstandards etabliert werden. Dies ist im Prinzip nichts Neues und spiegelt sich in seit Jahren vertrauten Begriffen (z.B. Casemap, IBM/EBM, Leitlinie, Richtlinie, Empfehlung, Behandlungspfad, Clinical Pathway, StoP, Anweisung, Norm und lege artis) wider. Auch bisheriges Handeln im Krankenhaus hat sich demnach an Behandlungsstandards ausgerichtet, wenngleich ganzheitliche Organisationsformen zu deren Umsetzung bislang noch weitgehend fehlen. Der Para-

digmenwechsel fördert auch die Änderung der Abteilungsstrukturen durch Bildung von organ- bzw. diagnosebezogenen Kompetenzzentren. In den letzten Jahren sind an einigen Stellen Gefäßzentren, Brustzentren, Kopfzentren, Darmzentren, Leberzentren etc. entstanden. Es handelt sich hierbei um interdisziplinäre Einrichtungen, die von den ärztlichen Mitarbeitern nicht nur eine hohe Integrations- und Teamfähigkeit, sondern, bedingt durch den gesteigerten Bedarf an schnellem Informationsaustausch, auch zusätzliche Arbeitszeit erfordern. Für die reibungslose Arbeit in solchen Kompetenzzentren ist die Entwicklung von Behandlungsstandards eine essentielle Voraussetzung. Die interdisziplinäre Arbeit in Kompetenzzentren erfordert eine Abflachung der Hierarchien, und die an der Diagnose orientierte Betrachtung des Patienten kann über die Definition eines für alle gemeinsamen Zieles, den Patienten mit höchster Qualität in möglichst kurzer Zeit durch den Krankenhausaufenthalt zu führen, auch die Kooperation der Berufsgruppen verbessern.

Kostensenkung oder Qualitätsverbesserung

Die schon im heutigen System so wichtige Kosten- und Erlös-Betrachtung liegt in den Händen von Ökonomen, die Qualitätssteuerung bei der ärztlichen Kompetenz. Es ist erstaunlich, daß die Ökonomen in den Krankenhäusern einen ihrer eigenen Kernsätze bis jetzt nicht umgesetzt haben bzw. sich oft konträr dazu verhalten. Dieser Kernsatz lautet: „Wenn wir nach den Kosten steuern, sinkt die Qualität, aber wenn wir nach der Qualität steuern, sinken die Kosten“.

Was steigert die Qualität und senkt die Kosten? Weithin beklagte unnötige



Doppeldiagnostik ist auch die Folge von intransparenten Behandlungsprozessen; unnötige Behandlungsanordnungen, die von unerfahrenen Ärzten auf Grund mangelnder Anleitung oder fehlender Standards getätigt werden, gehören ebenso hierzu. Allerdings ändern eine ökonomische auch detaillierte Kostenrechnung und ein Controlling alleine an dieser Situation nichts.

Wo verstecken sich die Qualitätsminderer im Krankenhaus? Fehlende Information, spontane Improvisation anstelle strukturierter Organisationsformen, Ausbildungsdefizite und mangelnde zeitliche Zuwendung zum Patienten wegen überbordender Dokumentationsaufgaben gehören zu diesen Qualitätssenkern.

Dem gegenüber stehen effizienzsteigernde Maßnahmen wie ein Informationsmanagement und als Teil davon ein Krankenhaus-Informationssystem sowie in bester Ausprägung ein Wissensmanagement. Auch die Telemedizin kann hier als effizienzsteigernde Maßnahme im Kontakt zu den Zuweisern und den nachsorgenden Ärzten genannt werden.

Der klinische Behandlungspfad

Durch viele Publikationen dokumentiert, hat sich in den Vereinigten Staaten das medizinische Fallmanagement in Form von Behandlungspfaden als effizienz- und qualitätssteigernde Maßnahme erwiesen. Zu den effizienzsteigernden Maßnahmen gehört insbesondere auch ein Risikomanagement, was sich z.B. für die frühzeitige Entdeckung und Behandlung von Krankenhausinfektionen bewährt hat.

Ein Behandlungspfad ist definiert als ein von einer interdisziplinären Leitlinienkommission erstelltes konditionales, diagnostisch-therapeutisches Schrittsystem, welches Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation gleichermaßen einschließt wie das Management möglicherweise auftretender Komplikationen. (Behandlungspfade sind also auch eine inhaltliche Konkretisierung von Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften).

Behandlungspfade können in Papierform existieren; ein Online-Dokumentationssystem ist als weitere effizienzsteigernde Maßnahme anzusehen.

Nachgewiesen sind einerseits eine Qualitäts- und Effizienz-Steigerung und Senkung der Verweildauer durch die Einführung standardisierter Behandlungspfade; befürchtet werden andererseits die Entindividualisierung der Behandlung und die Reduktion der Serviceleistung für den Patienten, denn der Behandlungspfad soll ja sicherstellen, daß alle Patienten in möglichst kurzer Zeit zwar alles erhalten, was sie unbedingt brauchen - aber auch wirklich nur das.

Ein Behandlungspfad ist als Teil des Qualitätsmanagements zu verstehen. Bei weitgehender Erfassung aller für eine Abteilung relevanten Diagnosen bildet die Gesamtheit der zugehörigen Behandlungspfade das Qualitätsmanagementsystem dieser Abteilung. Auf dieser Grundlage ist auch die Zertifizierung einer solchen Abteilung nach DIN EN ISO 9001:2000 möglich. Voraussetzung ist, daß die Pfade modular aufgebaut sind und ein Komplikations- und Abweichungsmanagement beinhalten. Die notwendige Integration auch logistischer Leistungen macht deutlich, daß Pfade krankenhausesindividuell erstellt werden müssen. Neben der Interdisziplinarität ist die Interprofessionalität ein ganz entscheidender Faktor für den Erfolg. Erreicht werden muß eine möglichst vollständige Ausbildung aller pflegerischen, ärztlichen und logistischen Leistungen.

Die Entwicklung von Behandlungspfaden

Am Anfang steht immer die gründliche und 'schonungslose' Analyse des 'Ist-Zustandes'. Was wird gemacht? Warum wird es gemacht? Ist eine Maßnahme zweckmäßig? Bei dieser Betrachtung muß alles in Frage gestellt werden und jeder überflüssige Zopf, der abzuschneiden ist, auch abgeschnitten werden. Danach muß man naturgemäß neue Ziele definieren. Bei diesen Zieldefinitionen läßt man sich von den SMART-Kriterien leiten.

SMART bedeutet specific, measurable, appropriate, realistic, timeable. Entspricht ein Ziel nicht allen diesen Kriterien, so wird es als für die Entwicklung des Behandlungspfades nicht geeignet verworfen.

Als meßbare Behandlungsteilziele gelten z.B. der Rückgang einer Entzündung, die Beherrschung eines Schmerzproblems, die Vermeidung anderer typischer postoperativer Probleme und das Wissen um die Erkrankung und um Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Pfaderstellung ist für jedes Diagnosefeld immer wieder gleich und unterteilt sich in durchzuführende Untersuchungen, Laborleistungen, Behandlungsleistungen, Medikation, Konsile, Ernährung, Physiotherapie, Patientenschulung, psychosoziale Nachsorge und Entlassungsplanung. Dieser Teil der Pfaderstellung ist mit der Kosten- seite (Input) verbunden, während die definierten Erfolgskategorien den Qualitätsoutput darstellen.

Behandlungsteilziele werden entsprechend den smarten Zieldefinitionen zeitlich exakt zugeordnet, z.B. wird genau festgelegt, an welchem Tag nach einer Operation ein Patient erstmalig wieder feste Nahrung zu sich nehmen sollte. Die Pfaderstellung ist zunächst auf den für Patienten und Pflege kritischen Punkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausgerichtet, berücksichtigt aber auch die Situation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unter dem Motto: Zurück zur normalen somatischen und sozialen Aktivität. Als kritische Erfolgsfaktoren gelten z.B. die Schmerzkontrolle, die Mobilität, das Wissen über Änderungen in der Lebensführung, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Gefahr eines geplanten operativen Eingriffes.

Komplikationsmanagement

In einen Behandlungspfad muß ein Abweichungs- und Komplikationsmanagement integriert werden. Das Abweichungsmanagement muß bei einer gegebenen globalen Diagnose mehrere mögliche Ausgangskonditionen des Pa-



tienten berücksichtigen und auch Raum für modifizierte Behandlungsoptionen geben. Das Komplikationsmanagement muß auf die frühzeitige Erkennung und das entsprechende korrekte Eingreifen ausgerichtet sein. Durch Komplikationen vom Pfad abgewichene Patienten sind schnellstmöglich wieder auf den ursprünglichen Behandlungspfad zurückzubringen.

Abweichungs- und Komplikationsmanagement sorgen dafür, daß die viel beschworene Therapiefreiheit durch einen solchen Behandlungspfad nicht eingeschränkt wird. Der klinische Behandlungspfad gewährleistet eine interdisziplinäre und interprofessionelle, evidenzbasierte Behandlung, schafft Transparenz für Zuweiser und Patient und ist auch ein hervorragendes Ausbildungstool.

Kommunikation und Information

Die Kommunikation mit einweisenden Ärzten und Patienten kann durch Behandlungspfade wesentlich verbessert werden. Anhand des Pfades werden noch vor Aufnahme des Patienten einweisende Ärzte und Patient strukturiert darüber informiert, was den Patienten im Krankenhaus erwartet. Alle im Krankenhaus an der Behandlung Beteiligten erhalten ebenfalls eine strukturierte Information - nicht nur über das Eintreffen des Patienten sondern auch über den Fortschritt der Behandlung. Diese Informationskette setzt sich bis in den Rehabilitationsbereich oder auch die nachstationäre ambulante Behandlung fort.

Der Behandlungspfad beginnt also beim Hausarzt und führt über prästationäre Ambulanz und die Klinik hin zu Rehabilitationseinrichtungen und ggf. Krankenhäusern anderer Versorgungsstufen. Idealerweise sind alle diese Beteiligten in einem Netzwerk verbunden.

Der Schlüssel zum Erfolg und der echte Fortschritt der klinischen Behandlungspfade liegen in der Information des Patienten. Idealerweise wird der Behandlungspfad 1:1 in einer verständlichen Sprache als Patienteninfor-

mation übersetzt. Diese Patienteninformation des Behandlungspfades wird dem Patienten entweder beim Erstkontakt mit der Abteilung ausgehändigt, oder er erhält sie bereits vom zuweisenden Arzt. Eine solche umfassende und frühzeitige Information des Patienten über den Behandlungsplan baut Ängste ab und ermöglicht es ihm, die laut Behandlungsplan vorgesehenen Maßnahmen aktiv einzufordern. Der Patient wirkt so selbst aktiv am Qualitätsmanagement der jeweiligen Abteilung mit.

Die Arbeit mit klinischen Behandlungspfaden stellt einen kontinuierlichen Prozeß dar. Die Pfade müssen ständig an logistische Veränderungen, an den medizinischen Fortschritt und an Änderungen der Behandlungsalgorithmen, die sich durch ihre Einführung ergeben haben, angepaßt werden. Besondere Aufmerksamkeit verdienen hier das Anpassungs- und Komplikationsmanagement. Mindestens einmal im Jahr müssen Pfade überprüft werden.

Fazit und Ausblick

Nicht alle Patienten des Krankenhauses können über Behandlungspfade geführt werden. Pro Abteilung eignen sich drei bis fünf Diagnosefelder, denn der Behandlungspfad wird ineffizient, wenn man pro Diagnosefeld nicht mehr als 90 % der Patienten über den Pfad führen kann.

Voraussetzung für die erfolgreiche Erstellung und Einführung von klinischen Behandlungspfaden ist die Bereitschaft aller beteiligten Berufsgruppen und Abteilungen zu intensivem Dialog, zur Kooperation sowie zum horizontalen Management und Abbau von Hierarchien. Der Patient muß von einem Case-Manager auf dem Behandlungspfad begleitet werden. Diese Funktion kann z.B. von einer Arzthelferin ausgeübt werden. Derzeit bereitet die Landesärztekammer Hessen eine entsprechende Zusatzqualifikation für Arzthelferinnen vor (vgl. dazu den Artikel von Happel und Kaiser Seite 393). Durch die Einführung von Behandlungspfaden können durchaus Informa-

tionsdefizite und Bürokratie im Krankenhaus abgebaut und die Qualität der Krankenhausleistungen gesteigert werden. Es gibt aber keine „Musteranleitungen“ mit Erfolgsgarantie. Gute Pfade müssen krankenhausesindividuell selbst entwickelt werden. Dies erfordert die Bereitschaft und den Willen zur positiven Veränderung - change management muß primär in den Köpfen und nicht auf dem Papier ablaufen.

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Prof. Dr. med.
Thomas Schmitz-Rixen
Klinikum der Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai-7
60590 Frankfurt am Main
schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de

Literatur

1. DeSomma M, Divekar A, Galloway AC, Colvin SB, Artman M, Auslender M. Impact of a clinical pathway on the postoperative care of children undergoing surgical closure of atrial septal defects. *Appl Nurs Res* 2002; 15:243-8.
2. Feagan BG. A controlled trial of a critical pathway for treating community-acquired pneumonia: the CAPITAL study. *Community-Acquired Pneumonia Intervention Trial Assessing Levofloxacin. Pharmacotherapy* 2001; 21:895-945.
3. Fowell A, Finlay I, Johnstone R, Minto L. An integrated care pathway for the last two days of life: Wales-wide benchmarking in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8:566-73.
4. Huerta S, Heber D, Sawicki MP, Liu CD, Arthur D, Alexander P, Yip I, Li ZP, Livingston EH. Reduced length of stay by implementation of a clinical pathway for bariatric surgery in an academic health care center. *Am Surg* 2001; 67:1128-35.
5. Jackson CL, de Jong I, Oats J. Clinical pathways involving general practice—a new approach to integrated health care? *Aust Health Rev* 2000; 23:88-95.
6. Jones ML, Day S, Creely J, Woodland MB, Gerdes JB. Implementation of a clinical pathway system in maternal newborn care: a comprehensive documentation system for outcomes management. *J Perinat Neonatal Nurs* 1999; 13:1-20.
7. Torsello G, Klenk E, Kasprzak B. [First experiences with clinical pathways in carotid surgery]. *Zentralbl Chir* 2002; 127:656-9.

Schlüsselwörter

Behandlungspfad – Clinical pathway – Case Management – Case Manager – Klinikassistentz – SMART – Krankenhäuser – Krise

Arzthelferinnen sollen Krankenhausärzte von Verwaltungstätigkeiten entlasten

Silvia Happel¹ und Roland H. Kaiser²

Grundlagen und Ziele des Projektes

Neuere wissenschaftliche Studien [1,2] dokumentieren, daß die hohe Arbeitsbelastung und die bedenkliche berufliche Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, zu einem großen Teil durch ständig zunehmende Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben verursacht werden. Ferner gibt es Hinweise darauf, daß dieses Anwachsen verschiedenster Verwaltungstätigkeiten - häufig zu Lasten zu der als eigentliche ärztliche Aufgabe angesehenen Patientenversorgung - eine der wichtigsten Ursachen dafür ist, daß gerade jüngere Ärzte in andere Tätigkeitsbereiche und Berufe abwandern.

Speziell fortgebildete Arzthelfer/innen ('Klinikassistenten') könnten zukünftig den Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern wirksam von delegierbaren Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben entlasten. Durch seine/ihre Berufsausbildung besitzt der/die Arzthelfer/in hierfür bereits eine fundierte Wissensgrundlage. Ausgehend von der Patientenaufnahme über das Tätigkeitsspektrum in ausgewählten Funktionsbereichen (u.a. EKG, Spirometrie, Sonographie, Radiologie, Labor, Wundversorgung, Elektrotherapie) bis hin zur Verwaltung der Dokumentation, Ablage und Abrechnung von ärztlichen Leistungen unterstützt der/die Arzthelfer/in als qualifizierter/e Mitarbeiter/in bereits seit Jahrzehnten die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen. Ein besonderer Schwerpunkt sind in den letzten Jahren Praxisorganisation und -verwaltung geworden. Die Landesärztekammer Hessen hat deshalb die Carl-Oelemann-Schule

beauftragt, ein spezielles Fortbildungscurriculum für Arzthelfer/innen zur 'Klinikassistenten' zu entwickeln und umzusetzen. Dieses Curriculum soll in den nächsten Jahren durch Erfahrungsaustausch und enge Zusammenarbeit mit interessierten Krankenhäusern kontinuierlich weiter entwickelt und an die sich rasch verändernden Anforderungen angepaßt werden. Ferner ist daran gedacht, später eventuell spezielle Zusatzmodule (z.B. DRGs, KIS, Case Management etc.) anzubieten, um sowohl dem Fortschritt Rechnung zu tragen, als auch Kursteilnehmern regelmäßige Aktualisierungen und Auffrischungen des erworbenen Wissens zu ermöglichen.

Die Inhalte der Fortbildung:

Der/die Arzthelfer/in soll vor allem verwaltungsbezogene, organisatorische und am Qualitätsmanagement-System von Krankenhäusern orientierte Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben und diese dann später anwenden. Wichtige Fortbildungsinhalte sind:

- ▶ Kenntnisse der wichtigsten Prozeduren sowie deren Verschlüsselung und Dokumentation;
- ▶ Kenntnisse der Organisationsstrukturen und rechtlichen Grundlagen von Krankenhäusern;
- ▶ Dokumentation von Befunden einschließlich Diagnosenverschlüsselung und Verwaltung von Patientenakten;
- ▶ Abrechnungen für ambulante und stationäre Patienten sowie Privatliquidationen;
- ▶ Aufbau- und Ablauforganisation und Prozesse eines Krankenhauses (z.B. Aufnahme, Verlegung und

Entlassung von Patienten, Kernprozesse der medizinischen Diagnostik und Therapie, ausgewählte Supportprozesse wie Leistungserfassung und -abrechnung);

- ▶ Mitwirkung bei der interdisziplinären und abteilungsübergreifenden Administration;
- ▶ Kommunikation mit den verschiedenen Gesprächspartnern im Krankenhaus;
- ▶ berufs- und krankenhausspezifische Software;
- ▶ Kenntnisse krankenhausspezifischer Hygiene;
- ▶ medizinische Tätigkeiten nach Anordnung des Arztes.

Teilnahmevoraussetzungen und Organisation

Der Lehrgang umfaßt 100 Stunden fachtheoretische und fachpraktische Unterweisungen und zusätzlich 20 Stunden Praktikum (dessen Schwerpunkt wird im Bereich Medizincontrolling liegen) in Krankenhäusern. Er endet mit einem 30minütigen fachpraktischen Kolloquium. Die Teilnehmer/innen erhalten über die erfolgreiche Teilnahme am Lehrgang eine Bescheinigung und ein Zertifikat der Landesärztekammer Hessen. Die Fortbildung setzt eine erfolgreich abgeschlossene Prüfung als Arzthelfer/in voraus. Eine mindestens einjährige Berufstätigkeit als Arzthelfer/in nach Abschluß der Berufsausbildung wird empfohlen. Der erste 'Pilotkurs' wird im September 2003 beginnen.

Mit der neuen Fortbildung 'Klinikassistenten' für Arzthelfer/innen trägt die Landesärztekammer Hessen den gegenwärtigen, raschen und weitreichenden Veränderungsprozessen in

den Krankenhäusern Rechnung, unterstützt die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements und die Erschließung von Rationalisierungspotentialen und leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus.

Schlüsselwörter

Arzthelferinnen – Klinikassistenten – Fortbildung – Carl-Oeilemann-Schule – Verwaltungstätigkeit – Krankenhausärzte – Curriculum

Literatur:

1. Blum, K. und Müller, U.: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 2003
2. Kaiser, R.H.: Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2002

¹ Carl-Oeilemann-Schule, Carl-Oeilemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim
e-mail: silvia.happel@laekh.de

² Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt
e-mail: roland.kaiser@laekh.de

Informations- und Anmeldeunterlagen erhalten Sie bei:

Carl-Oeilemann-Schule
Ansprechpartnerin Frau Kinscher
Tel. 06032/782-185)
Carl-Oeilemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim
Email-Kontakt: verwaltung.cos@laekh.de

Aktuelles

Gesundheitsmanagement + Krankenhaus-BWL

Wochenend- und Abendstudium für Mediziner und andere Berufstätige

Medical Controlling, Budgetierung und Abrechnung im DRG-System: Das moderne, zu Effizienz und Kostendisziplin verpflichtete Gesundheitswesen stellt Anforderungen an Mediziner und die Beschäftigten anderer Berufsgruppen, auf die die klinische und akademische Ausbildung nicht oder bestenfalls unzureichend vorbereitet.

Aus diesem Grund hat die gemeinnützige Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademie Wiesbaden berufsbegleitende Studien- und Aufbaustudiengänge eingerichtet:

- ▶ **Krankenhausbetriebswirt/in (VWA)** – 3-semestriges Aufbaustudium für Mediziner und andere Akademiker
- ▶ **Gesundheits-Ökonom/in (VWA)** – 4-semestriges Kompaktstudium für Berufstätige mit abgeschlossener Ausbildung
- ▶ **Betriebswirt/in (VWA) – Schwerpunkt Gesundheitsmanagement** – 6-semestriges Studium für Berufstätige mit abgeschlossener Ausbildung

Zum Dozentenstab der VWA Wiesbaden zählen neben Hochschulprofessoren erfahrene Krankenhausmanager und andere ausgewiesene

Praktiker aus dem Gesundheitswesen. Die Lehrveranstaltungen der Akademie finden ausschließlich werktags abends und samstags in der Fachhochschule Wiesbaden statt.

Das Prüfungsverfahren wird studienbegleitend durchgeführt („Credit-Point-System“): Während des Studiums können in Klausuren Kreditpunkte erworben werden, aus denen sich zum Abschluß des Studiums das Examenresultat zusammensetzt. Der große Vorteil für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegt darin, daß der Lernstoff aus bestandenen Klausuren „abgehakt“ werden kann und nicht noch einmal in einem Schlußexamen prüfungsrelevant ist.

Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademien gibt es bundesweit an nahezu 100 Standorten. Zu den Mitgliedern der VWA Wiesbaden, die sich insbesondere der Weiterbildung von Berufstätigen im Gesundheitswesen verpflichtet fühlt, gehören u.a. die Landesärztekammer Hessen sowie die Hessische Krankenhausgesellschaft. Umfrageergebnissen zufolge verbessern sich 80 Prozent aller Absolventen der Deutschen Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademien beruflich und empfehlen das Stu-

dium uneingeschränkt weiter. Nicht selten erreichen sie Managementpositionen, die gemeinhin mit Absolventen eines wirtschaftswissenschaftlichen Hochschulstudiums besetzt werden.

Für die Absolventinnen und Absolventen der VWA Wiesbaden gilt dies in besonderem Maße: ihre betriebswirtschaftliche Zusatzqualifikation aufbauend auf einem Studium oder einer Ausbildung in einem klassischen Gesundheitsberuf macht sie in Krankenhäusern, im Klinik-, Kassen- und Pharmabereich zu gefragten Mitarbeitern. Häufig rücken sie schon kurz nach oder gar vor dem erfolgreichen Abschluß des VWA-Studiums in verantwortungsvolle Positionen auf.

Informationen und Beratung:

VWA Wiesbaden
Schiersteiner Straße 46
65187 Wiesbaden
Tel.: 0611-1842854
www.vwa-wiesbaden.de

Schlüsselwörter

Berufsbegleitend Studieren – Gesundheitsmanagement – Krankenhausbetriebswirt – Aufbaustudium – Abendstudium – Krankenhaus-BWL – BWL



Der Nebennierentumor: Ein altes Problem mit neuem Gesicht

Professor Dr. med. Peter Herbert Kann, Marburg

Einleitung

Funktionstörungen der Nebenniere können charakteristische klinische Symptome verursachen. Hierzu gehören als klassische Erkrankungen das Cushing- und das Conn-Syndrom sowie das Phäochromocytom, aber auch Störungen infolge pathologischer Sekretion von Sexualhormonen.

Zur Zeit der nicht flächenhaft verfügbaren sonografischen und schnittbildgebenden Diagnostik führten die klinischen Beschwerden des hormonellen Exzesses den betroffenen Patienten der endokrinologischen Diagnostik zu. Nach endokrinologischer Charakterisierung der zugrundeliegenden Störung wurde dann gezielt nach der Quelle des hormonellen Exzesses gesucht. Der Nachweis des Nebennierentumors stand somit am Ende einer diagnostischen Kette, die ihren Anfang in einer charakteristischen Klinik nahm.

Dieses Bild hat sich in den vergangenen 10 bis 15 Jahren in dramatischer Weise geändert. Der Nebennierentumor wird uns nun von Patienten präsentiert, bei denen er zufällig anlässlich einer bildgebenden Diagnostik, die aus anderen Gründen durchgeführt wurde, entdeckt wird („Inzidentalom“). Der Patient ist ob dieser Zufallsdiagnose besorgt und erbittet von seinem behandelnden Arzt diagnostische Maßnahmen (Tabelle 1), an deren Ende eine Bewertung der klinischen Relevanz des Problems sowie ein Konzept zur einzuschlagenden therapeutischen Strategie steht.

Das Inzidentalom der Nebenniere

Das Inzidentalom der Nebenniere wurde sehr treffend als Erkrankung der modernen medizinischen Technologie beschrieben (Chidiac and Aron 1997). Das Nebenniereninzidentalom ist definiert als zufällig entdeckte Raumforderung

der Nebenniere in einer bildgebenden Untersuchung, die aus anderer Indikation durchgeführt wurde.

Es handelt sich hierbei keineswegs um ein seltenes Problem: Die Prävalenz des Nebenniereninzidentaloms ist in gewissen Umfang methoden- und altersabhängig. In der abdominalen Computertomographie eines Kollektivs im mittleren bis höheren Lebensalter müssen wir in 1-2 % der Fälle mit einer entsprechenden Diagnose rechnen (Gajraj and Young 1993).

Folgende Fragen sind bei Vorliegen eines solchen Befundes zu klären:

1. Mit welcher Wahrscheinlichkeit handelt es sich hier um eine maligne Raumforderung? Ist die gegebenenfalls maligne Raumforderung primär adrenalen Ursprungs oder aber handelt es sich um die Metastase eines extraadrenalen Tumorleidens oder ein malignes Lymphom?
2. Ist der Befund hormonell aktiv? In Frage kommen insbesondere das Cushing-Syndrom, auch die subklinische Variante dieser Erkrankung, das Conn-Syndrom, das Phäochromocytom sowie der Exzeß von Sexualsteroiden. Die Frage nach der hormonellen Aktivität ist keineswegs akademischer Natur, sondern für das peri- und postoperative Management der betroffenen Patienten und das damit verbundene Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko von Relevanz: Ein Nebennierentumor mit autonomer Cortisolsekretion benötigt eine peri- und postoperative Cortisolsubstitution, der autonome Hyperaldosteronismus bedarf einer mehrwöchigen präope-

rativen Vorbehandlung mit einem Aldosteronantagonisten, das Phäochromocytom eine suffiziente und korrekt dosierte Alphablockade.

3. Besteht eine Operationsindikation?

1. Cushing Syndrom	Dexamethason Hemmtest Cortisol-Ausscheidung im 24-Stunden-Urin
2. Conn-Syndrom	Kaliumkonzentration im Serum Aldosteron (ggf. Tetrahydroaldosteron, Desacetyldesoxycorticosteron) im 24-Stunden-Urin
3. Phäochromocytom	Katecholamine im 24 Stunden Urin (2 Sammelperioden) Vanillin-Test
4. Sexualhormone	nach Klinik

Falls dies der Fall ist, stellt sich als nächste Frage die differentialtherapeutische Erwägung des endoskopischen oder aber des offen chirurgischen Vorgehens.

Differentialdiagnose des Nebenniereninzidentaloms

Bezüglich der Häufigkeit der verschiedenen Tumorentitäten, die sich hinter einem Nebenniereninzidentalom verbergen können, liegen größere Serien entsprechend abgeklärter Patienten vor (Angeli et.al. 1997, Kasperlik-Zawuska et.al. 1997).

Die Wahrscheinlichkeit, daß ein Nebennierenrindencarcinom vorliegt, liegt insgesamt deutlich unter 10 % (3,8 % nach Angeli et.al. 1997, 8,2 % nach Kasperlik-Zawuska et.al. 1997). In Anbetracht der schlechten Prognose ist aber Relevanz dieser Differentialdiagnose keinesfalls zu unterschätzen. Bei einer Raumforderung von einer geringeren Größe als sechs cm ist das Nebennierenrindencarcinom sehr unwahrscheinlich, es sind aber auch Nebennierenrindencarcinome kleiner drei cm beschrieben worden.



Abbildung 1: Endosonographische Darstellung der linken Nebenniere



Abbildung 2: Endosonographische Darstellung der linken Nebenniere - Normalbefund -

Eine erhöhte Konzentration des DHEA-S im Serum ist als Hinweis auf Malignität zu werten, eine normale Serumkonzentration hingegen schließt das Malignom nicht aus.

Je nach zugrundegelegten Kriterien ist ein hormonaktiver Tumor in 5-30 % der Fälle anzunehmen, wobei das Phäochromozytom, das Cushing-Adenom und das Conn-Adenom zahlenmäßig im Vordergrund stehen.

Die größte Gruppe bilden die inaktiven Adenome und die Nebennierenhyperplasien mit weit über 50 %.

Seltene andere Erkrankungen sind Zysten, Pseudozysten, Hämatome, Myelolipome, Lymphangiome, Hämangiome, die Tuberkulose und neuronale Tumore.

Die Nebenniere ist ferner ein Metastasierungs-Zielorgan für das Bronchialcarcinom, das Mamma-Carcinom, das Nierenzellcarcinom, das maligne Melanom sowie gastrointestinale Carcinome.

In seiner klinischen Relevanz letztlich noch nicht ganz einschätzbar ist das sogenannte subklinische Cushing-Syndrom (Charbonnel et al. 1981,

Reincke et al. 1992, Osella et al. 1994, Torlontano et al. 1999, Kann et al. 2001). Hierunter versteht man eine zufällig entdeckte Raumforderung der Nebenniere mit in der endokrinologischen Diagnostik nachweisbarer autonomer Cortisolsekretion, ohne aber das der Patientin die typischen klinischen Cushing-Stigmata präsentiert. Wir wissen heute, daß diese subklinische endokrine Störung mit einem erhöhten Risiko für den Diabetes mellitus und die Osteoporose einhergeht. Ferner haben wir gute Hinweise für Beziehungen von Nebenniereninzidentalomen zu adrenalen Enzymdefekten, die entweder genomischer oder nicht-genomischer Natur sein können (Seppel und Schlaghecke 1994, Del Monte et.al. 1995, Bernini et.al. 1996, Reincke et.al. 1997). Mehrfach beschrieben wurde die Häufung einer gesteigerten Stimulierbarkeit der 17-Hydroxyprogesteronsekretion auf ACTH-Stimulation, wobei hier ursächlich neben einem Defekt der 21-Hydroxylase auch ein Defekt der 11 β -Hydroxylase in Frage kommen. Präoperativ oft nicht klärbar ist, ob es sich hier um einen genomischen Defekt handelt, wie beispielsweise die Ausbildung von Nebennierenraumforderungen auf dem Boden eines Late-Onset-Adrenogenitalen-Syndroms mit einem 21-Hydroxylasemangel oder dessen heterozygoter Form, oder aber ob es sich um eine Mutation im Tumor selbst handelt. Wenn ein entspre-

chender Enzymdefekt nicht vorbekannt ist, läßt sich dies letztlich erst durch die operative Entfernung der Nebennierenraumforderung entscheiden. Der persistierende überschießende 17-Hydroxyprogesteron Anstieg nach der Operation spricht für den genomischen Defekt, die Normalisierung charakterisiert die Mutation im Tumor selbst.

chender Enzymdefekt nicht vorbekannt ist, läßt sich dies letztlich erst durch die operative Entfernung der Nebennierenraumforderung entscheiden. Der persistierende überschießende 17-Hydroxyprogesteron Anstieg nach der Operation spricht für den genomischen Defekt, die Normalisierung charakterisiert die Mutation im Tumor selbst.

Weitergehende bildgebende Diagnostik

Sowohl zur weitergehenden Charakterisierung von zufällig entdeckten Raumforderungen der Nebenniere, bei denen oft die Technik der Untersuchung nicht auf die spezielle Nebennierendiagnostik gezielt durchgeführt wurde, aber auch zur Lokalisationsdiagnostik bei nachgewiesenem hormonellen Exzeß stehen die konventionelle Sonographie, die Kernspintomographie, die Computertomographie, die Endosonographie und die MIBG-Szintigraphie als Routineverfahren zur Verfügung. Bei speziellen Fragestellungen können auch andere szintigraphische Verfahren sowie auch selektive venöse Blutentnahmen aus den Nebennieren-

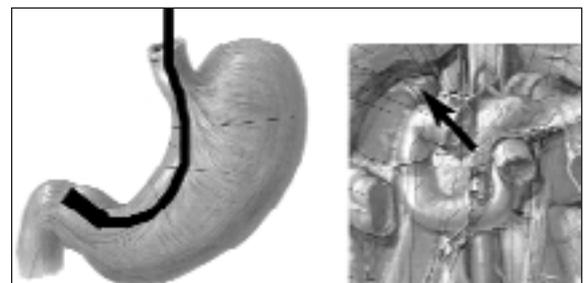


Abbildung 3: Endosonographische Darstellung der rechten Nebenniere

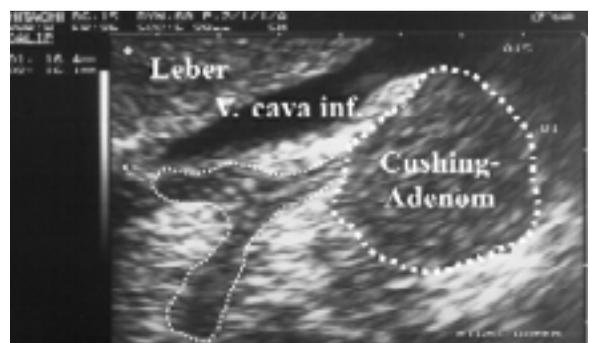


Abbildung 4: Endosonographische Darstellung der rechten Nebenniere - Cushing-Adenom des lateralen Schenkels (16 mm)



Abbildung 5: Endosonographische Darstellung der rechten Nebenniere - kleines Phäochromocytom (8 x 4 mm) -



Abbildung 6: Endosonographische Darstellung der linken Nebenniere - hyperplastisches Nebennierenmark, MEN-2a -

und ggf. Ovarialvenen Anwendung finden.

Nebennierenendosonographie

Die Nebennierenendosonographie (Kann et al. 1998 - 2002) soll im folgenden kurz weitergehend besprochen werden, die übrigen oben genannten Verfahren sind in der Routinediagnostik seit langem etabliert.

Die Nebennierenendosonographie wird mit einem flexiblen Endosonoskop mit einem longitudinalen Sektorscan durchgeführt. Die Darstellung der linken Nebenniere erfolgt in Rückenlage des Patienten aus dem proximalen Corpus des Magens. Hierbei ist die Schallrichtung nach dorsal, der Schallkopf zeigt kaudal. Leitstruktur für die Darstellung der linken Nebenniere ist der Pankreaschwanz mit den Milzgefäßen, wohinter das sich dann die Nebenniere einstellen und beurteilen läßt (Abbildung 1 und 2).

Die Darstellung der rechten Nebenniere erfolgt in halbrechter Seitenlage des Patienten mittels des unmittelbar

präpylorisch positionierten Schallkopfs mit Schallrichtung nach dorsal, Schallkopf leicht nach rechts cranial zeigend. Leitstruktur für die rechte Nebenniere ist die Vena cava inferior, die in einem schrägen Anschnitt dargestellt wird. Dahinter läßt sich dann benachbart zum cranialen Nierenpol und der Leber die rechte Nebenniere einstellen und beurteilen (Abbildung 3 und 4).

Die besondere Bedeutung der Nebennierenendosonographie liegt in der hochauflösenden Darstellung der Organe, die auch den Nachweis von Raumforderungen in der Größe von wenigen Millimetern (Abbildung 5) und die sichere Identifizierung nodulärer Hyperplasien erlaubt. Neu ist, daß wir bei Patienten mit entsprechenden genetischen Veränderungen (Multiple endokrine Neoplasien Typ IIa und IIb) eine Hyperplasie des Nebennierenmarkes (Abbildung 6) darstellen können, ein Befund, dessen Relevanz wir heute noch nicht einschätzen können.

Bei größeren Raumforderungen liegt die Bedeutung der Nebennierenendosonographie in der Darstellung von sicheren Malignitätskriterien wie beispielsweise der Gefäßinfiltration oder locoregionären Lymphknotenmetastasierung (Abbildung 7). In einem solchen Falle wäre ein primär offenchirurgisches Vorgehen zu favorisieren.

Schlußfolgerung

Aus den oben dargelegten Umständen ergibt sich zwanglos, daß die richtige Einordnung des Problems Nebennierentumor keineswegs immer banal ist. Ideal für das Management der Patienten, die sichere diagnostische Ent-

scheidung und den korrekten therapeutischen Weg ist die interdisziplinäre Kooperation zwischen Endokrinologen, Radiologen, Nuklearmediziner und Chirurgen, um mit größtmöglicher diagnostischer Sicherheit für den Patienten und höchster Kosteneffizienz zu entscheiden, ob die primäre Operation oder aber die Verlaufskontrolle die richtige Strategie ist.

Zusammenfassung

Mit dem Nebennierentumor werden wir heute häufig als Zufallsdiagnose konfrontiert. Seine Abklärung umfaßt klassische endokrinologische Testverfahren, moderne Verfahren der Bildgebung wie die Nebennierenendosonographie finden zunehmend Eingang in die Routinediagnostik.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Peter Herbert Kann
Leiter des Bereichs
Endokrinologie & Diabetologie
Klinik für Gastroenterologie,
Endokrinologie und Stoffwechsel
Zentrum für Innere Medizin
Klinikum der Philipps-Universität
35033 Marburg

Schlüsselwörter

Endosonographie – Ultraschall – Nebenniere – Tumor – Adenom – Carcinom – Cushing – Conn – Addison – Androgen



Abbildung 7: Endosonographische Darstellung der linken Nebenniere - Nebennierenrindencarcinom -



Arbeitsmedizinische Betreuung bei Arbeitsaufenthalten im Ausland

Eine Herausforderung für den Betriebsarzt

Dr. med. Frank Wimmel, Frankfurt

Zusammenfassung

Ein wichtiges Spektrum der ärztlichen Tätigkeit ist die sachkundige und umfassende Beratung und Betreuung von Unternehmen und ihren Mitarbeitern in allen Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Diese wichtige präventivmedizinische Aufgabe obliegt Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin.

Eine unabdingbare Voraussetzung für eine sachgerechte betriebsärztliche Betreuung ist die genaue Kenntnis der Arbeitsplätze und Einsatzbedingungen der zu betreuenden Arbeitnehmer. Diese Erkenntnis, verknüpft mit den individuellen medizinischen Daten des betreuten Arbeitnehmers, erlaubt erst eine sachgerechte Beratung auch des Betriebes, wenn es um individuelle Risikoabschätzungen für bestimmte Einsatzgebiete geht, z.B. in tropischen Ländern.

In Deutschland sind für Arbeitsaufenthalte im Ausland arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen vorgeschrieben. Jeder Arzt, der diese Untersuchungen durchführen möchte, muß hierfür von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften ermächtigt sein.

Zur Erlangung der Untersuchungsermächtigung gehört ein tropenmedizinisch/betriebsärztliches Praktikum, welches erstmals in Madagaskar durchgeführt wurde. Über Erfahrungen der Teilnehmer wird berichtet.

Schlüsselworte

Betriebsärztliche Betreuung – Auslandsmitarbeiter – Ermächtigung – Berufsgenossenschaftlicher Grundsatz 35 – Untersuchung

Summary

An important part of preventive medicine is giving advice to enterprises and their employees with regard to occupational health and safety. The specialists of occupational medicine know their companies, the workers and the workplaces. This knowledge, combined with the knowledge of medical data of workers, allows an individual risk assessment for specific working conditions, e.g. in the tropics.

In Germany, a medical check-up is required for workers who are sent abroad by their companies. Doctors,

who want to do these check-ups, need to be licensed by the health and safety authorities.

One precondition for this license is the participation in a course in tropical and occupational medicine, set in the tropics. In this article, the experiences with a course held in Madagaskar are reported.

Key words

Occupational medicine – working abroad – special license – medical check-up

Hohe Anforderungen bei der Durchführung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Für eine Vielzahl von beruflichen Tätigkeiten, die bestimmte Risiken beinhalten oder besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter stellen, sind Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen. Diese dienen einmal der Eignungsabschätzung vor Aufnahme der Tätigkeit sowie der rechtzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Störungen während der gefährdenden Tätigkeit.

Die Verpflichtung zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ist in staatlichen Vorschriften (z.B. Biostoffverordnung, Gefahrstoffverordnung, Strahlenschutzverordnung) und in der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung“ (BGV A 4) geregelt.

Für die meisten der vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen gibt es Untersuchungsgrundsätze, in denen Art und Umfang der Untersuchung und Beratung geregelt ist.

Für Arbeitsaufenthalte im Ausland sind Vorsorgeuntersuchungen gemäß berufsgenossenschaftlichem Untersuchungsgrundsatz 35 vorgeschrieben, für den eine spezielle Ermächtigung durch die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften nötig ist.

Damit soll gewährleistet werden, daß für Beratung und Untersuchung von im Ausland tätigen deutschen Arbeitnehmern ausreichende Kenntnisse über die Arbeitsbedingungen und Gefährdungen in tropischen Ländern vorhanden sind.



Abbildung 1: Reisanbaugebiet bei Marovoay im Schwemmland des Betsiboka- Flusses

Diese Ermächtigung ist geknüpft an:

- ▶ Facharztbezeichnung Arbeitsmedizin, Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder die Zusatzbezeichnung Tropenmedizin
- ▶ Mindestens einwöchiger Tropenkurses an einem dafür anerkannten Tropeninstitut
- ▶ Absolvierung eines mindestens vierzehntägigen tropen- und betriebsmedizinischen Praktikums in den Tropen.
- ▶ Durchführung von mindestens 50 tropenmedizinischen Untersuchungen unter Anleitung

Betriebsärztliche Fortbildung in Madagaskar - Besondere Erfahrungen in einem besonderen Umfeld

Vom 1. bis 12. Oktober 2001 wurde ein betriebsärztliches Praktikum von Dr. med. Johannes Wantzen, einem erfahrenen Tropenmediziner der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) in Mahajanga, Madagaskar abgehalten.

Insgesamt zwölf Teilnehmer, allesamt erfahrene Betriebsärzte, haben an diesem Praktikum teilgenommen.

Warum Madagaskar?

Madagaskar ist eines der ärmsten Länder der Welt. Das jährliche Pro-Kopf-Einkommen beträgt in etwa 250 US\$. Achtzig Prozent der Arbeits-Bevölkerung ist in der Landwirtschaft tätig. Das Land, mit 587.041 Km² die viertgrößte Insel der Welt, liegt überwiegend nördlich des Wendekreises des Steinbocks und somit in den tropischen Breiten der Südhalbkugel.

Wichtige tropische Krankheitsbilder wie Malaria, Bilharziose, Ankylostomiasis, Cholera, Pest, Lepra Zystizerkose und tropische Hautkrankheiten sind Alltag in Madakaskar.

In Mahajanga, mit ca. 250.000 Einwohnern eine der größten Städte des Landes, gibt es eine Reihe von einheimischen und ausländischen Firmen, zu

denen über den Kursleiter bereits Kontakte bestanden.

Diese Firmen hatten sich bereit erklärt, Einblicke in ihre betrieblichen Strukturen zu gewähren.

Die Bundesrepublik Deutschland ist nach Frankreich der wichtigste Geldgeber für Projekte der Entwicklung und der wirtschaftlichen Zusammenarbeit in Madakaskar.

Der Besuch von Entwicklungsprojekten, besonders auf dem Gebiet der Gesundheitsentwicklung und Hygiene, versprach Einblicke in Aufbau und Arbeit solcher Projekte und die Arbeitsbedingungen der dort tätigen Experten zu geben.

Das Praktikum erwies sich dann auch als gelungener Mix aus Vorträgen über Tropenkrankheiten, vertiefenden Diskussionen, Begehungen von lokal tätigen Firmen und der Besichtigung von Arbeitsplätzen internationaler Experten.



Abbildung 2: Typische Wasserentnahmestelle und Waschplatz im ländlichen Raum

Anzeige

Neue Kurse 2004		Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	
Erneut bieten wir in Kooperation mit der Ärztekammer des Saarlandes ab 02/2004 die fünfteilige Ausbildung zum Qualitätsmanager gemäß offiziellem Curriculum der Bundesärztekammer an. Teilnehmen können Mitarbeiter aller Gesundheitsberufe. Die Gebühr beträgt 600,- Euro je Kursteil. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Seminarort: Blieskastel. Wiss. Leitung: Dr. med. G. Viethen.			
Termine:		Anmeldung:	Tel: 0431 - 65 94 99 89
Basiskurs (A) 05.02.-08.02.2004	QM Modelle (D) 09.09.-12.09.2004	Schloss Akademie für	info@schlossakademie.de
Methoden (B) 25.03.-28.03.2004	Evaluation (E) 11.11.-14.11.2004	Medizin & Management GmbH	weitere Kurse u. Termine:
Moderation (C) 03.06.-06.06.2004	Fachgespräch 14.11.2004	Am Hang 11 - 24113 Molfsee / Kiel	www.schlossakademie.de



Lehrreich erwies sich der Besuch verschiedener staatlicher Einrichtungen, so des örtlichen Universitätskrankenhauses, bei denen sich die Kursteilnehmer über Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsbetreuung vor Ort informieren konnten.

Beeindruckend war der Standard eines privaten arbeitsmedizinischen Dienstes, dem verschiedene, meist ausländische, Betriebe angegliedert waren.

In Aufbau, Ablauf und Organisation der betriebsärztlichen Betreuung unterschied sich die Arbeitsweise dieses Zentrums nicht wesentlich von einem vergleichbaren Dienst in Deutschland. Dies ist um so erstaunlicher, wenn man die Rahmenbedingungen eines Drittweltlandes mit seinen begrenzten Ressourcen und Möglichkeiten berücksichtigt.

Eindrucksvoll waren auch die ganztägigen Exkursionen, bei denen deutsche Entwicklungsprojekte, durchgeführt von der GTZ, im städtischen oder ländlichen Raum unter fachkundiger Führung des jeweiligen Projektleiters besucht wurden.

So hatten die Kursteilnehmer die Möglichkeit, sich ein Bild von einem Bewässerungsprojekt in den Reisfeldern von Marovoay zu machen. In den Feucht- und Schwemmgeländen des Betsibokafusses konnten vor Ort und hautnah Eindrücke von den hygienischen Problemen gesammelt werden, unter denen die Reisbauern, aber auch die sie beratenden deutschen und französischen Experten arbeiten.

Das im theoretischen Teil gelernte Wissen über Bilharziosebelastung und die dort endemisch vorkommende Cholera wurde so sehr anschaulich illustriert.

In der Stadt Mahajanga selbst wurde ein groß angelegtes Abfall- und Abwasserentsorgungsprojekt besichtigt, das von der GTZ finanziert und betreut wird.

Die Siedlungsgebiete der Armen, deren Hütten im Schwemmland des Betsibokafusses liegen, sind während der Regenzeit regelmäßig über Monate hinaus überflutet. Dieses Wasser, das als Trink- und Abwasser zugleich fungiert, ist eine ideale Brutstätte für Krankheiten aller Art.

GTZ-Profil

Die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH ist ein weltweit tätiges Bundesunternehmen für internationale Zusammenarbeit. Sie arbeitet für das Ziel, die politische, wirtschaftliche, ökologische und soziale Entwicklung in den Ländern des Südens und Ostens positiv zu gestalten und damit die Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern. Mit ihren Dienstleistungen unterstützt sie komplexe Entwicklungs- und Reformprozesse und trägt zur nachhaltigen Entwicklung in der Welt bei.

Die GTZ wurde 1975 als privatwirtschaftliches Unternehmen gegründet. Ihr Hauptauftraggeber ist das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Darüber hinaus ist sie tätig für andere Bundesressorts, für Regierungen anderer Länder, für internationale Auftraggeber wie die Europäische Kommission, die Vereinten Nationen oder die Weltbank sowie für Unternehmen der privaten Wirtschaft. Die GTZ nimmt ihre Aufgaben gemeinnützig wahr. Überschüsse werden ausschließlich wieder für eigene Projekte der Entwicklungszusammenarbeit verwendet.

In über 120 Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, in den Transformationsländern Osteuropas und den GUS-Staaten beschäftigt das Unternehmen mehr als 11.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; rund 8.700 von ihnen sind einheimische Kräfte. Die GTZ ist in 67 Ländern mit eigenen Büros vertreten. Zusätzlich arbeiten rund 1.100 Personen in der Zentrale in Eschborn bei Frankfurt am Main.

Neben regelmäßig ausbrechenden Durchfallerkrankungen, auch Cholera, kommt es regelmäßig zu Ausbrüchen von Beulenpest und natürlich zu einem rasanten Anstieg von Malariaerkrankungen.

Künftig, sachgerechte Pflege der gebauten Entwässerungskanäle vorausgesetzt, wird das Wasser schnell abgeführt werden können, was die seuchenhygienischen Rahmenbedingungen deutlich verbessern dürfte.

Auch hier konnte durch die praktische Anschauung das theoretisch Gelernte vertieft werden.

Weitere eindrucksvolle Höhepunkte waren die Besichtigung von ländlichen Gesundheitsposten, der Besuch eines Steinbruchs, einer Raffiafabrik (Kunstgewerbe aus Palmenbast) sowie einer Textilfabrik.

Beeindruckend und ergreifend war die Schilderung einer katholischen Ordensschwester, über die miserablen Lebensbedingungen der Insassen des örtlichen Gefängnisses.

Die Gefangenen werden seit vielen Jahren von ihr medizinisch betreut, z.T. mit Unterstützung deutscher GTZ-Experten.

Einblicke in die teilweise geheimnisvolle Welt der madagassischen Mythologie und des daraus resultierenden Regelwerks von Ge- und Verboten, welches bis heute erheblich das Zusammenleben in der madagassischen Gesellschaft beeinflusst, erhielten die Teilnehmer während des Vortrages eines einheimischen Ethnologen.

Zu dem hohen Qualitätsniveau der theoretischen Ausbildung trugen auch die Vorträge des Regionalarztes Ostafrika des Auswärtigen Amtes, Dr. Winkler, und erfahrenen Tropenmedizinern, wie Dr. Snethlage, ehemaliger leitender Werksarzt der Hoechst AG, bei. Daneben bestand Gelegenheit zum Studium mikroskopischer Präparate sowie zum Eigenstudium in bereitgestellten tropenmedizinischen Standardlehrbüchern.

Die freundliche Unterstützung in den Betrieben und Projekten und der hohe Stellenwert, den auch offizielle Stellen der Veranstaltung zumaßen, fanden ihren Ausdruck in einem gemeinsamen madagassisch/deutsch/französischen Abschlußfest, bei dem Seine Exzellenz der Botschafter der Bundesrepublik Deutschland in Madagaskar, Dr. Behr, die Urkunden an die Kursteilnehmer aushändigte.

Insgesamt hat es sich um eine gut organisierte und konzeptionell gut durchdachte Veranstaltung gehandelt, deren Besuch nicht nur denjenigen empfohlen werden kann, die die Ermächtigung nach G 35 anstreben, sondern sich auch an andere ärztliche Kolleginnen und Kollegen richtet, die ihre Kompetenz für reisemedizinische Beratungen ihrer Patienten vertiefen möchten.

Anschrift des Verfassers:
Arbeitsmedizinischer Dienst
Bau- Berufsgenossenschaft
Frankfurt am Main
An der Festeburg 27-29
60389 Frankfurt am Main

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDERSÄRZTEKAMMER HESSEN

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32/782-200, Telefax 0 60 32/782-220
E-mail-Adresse: akademie@laekh.de / Homepage: www.laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE



PROGRAMME: Die Akademie muß sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Verständnis.

ANMELDUNG: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an (s.o.).

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



TEILNAHMEGEBÜHREN: (sofern nichts anderes angegeben ist) € 40,-/halber Tag, € 70,-/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie. Akademiemitglieder zahlen 50 %. Enthalten sind Seminarunterlagen und Pausenverpflegung. Sie sind zu zahlen am Tagungsbüro.

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

Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen, für die die Teilnahmegebühr vorher entrichtet werden muß; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmegebühren. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 85,-.

ÄRZTE IM PRAKTIKUM: Die mit **AiP** gekennzeichneten Veranstaltungen werden auch für den „Arzt im Praktikum“ als Ausbildungsseminar nach § 34 c ÄAppO anerkannt. Dafür ist die namentliche schriftliche Anmeldung erforderlich! Für sie ist die Teilnahme daran kostenlos.

ZERTIFIZIERUNG: Die angegebenen Punkte **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

Bewertungsgrundlagen:

Kategorie A: Vortrag und Diskussion („Frontalveranstaltung“)

1 P pro Fortbildungsstunde, 3 P pro ½ Tag bzw. 6 P pro Tag
1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle.

Kategorie B: mehrtägige Kongresse im In- und Ausland

3 P pro ½ Tag bzw. 6 P pro Tag, maximal 20 P pro Jahr

Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, praktische Übungen, Hospitationen)

1 P pro Fortbildungsstunde, 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltungseinheit - maximal 4 P pro ½ Tag bzw. 8 P pro Tag, 1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle.

Kategorie D: Strukturierte interaktive Fortbildung via Internet, CD-Rom; Fachzeitschriften mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. (Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen zuvor von der Landesärztekammer anerkannt werden). 1 P pro Übungseinheit, maximal 10 P pro Jahr.

Blockveranstaltungen (z. B. Kurse und Mehrtagesveranstaltungen mit einheitlicher thematischer Ausrichtung): 3 Punkte pro ½ Tag, 6 Punkte pro Tag - maximal 20 Punkte pro Kurs/Veranstaltung

Selbststudium durch Fachliteratur und Lehrmittel: 10 P pro Jahr.

Autoren/Referenten erhalten 1 P pro Beitrag/Poster/Vortrag bzw. die gleiche Punktzahl wie Teilnehmer plus 1 Zusatzpunkt, maximal 10 P pro Jahr.

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

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

Anfragen nur schriftlich an Frau E. Glaum, Akademie, Fax 06032/782-229

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

INNERE MEDIZIN

Strukturierte fachspezifische Fortbildung - August 2002 bis März 2004, Bad Nauheim

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

Seminare mit praktischen Fallbeispielen und TED-Evaluation

Kardiologie

Mittwoch, 10. September 2003, 15 s. t. bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. C. Hamm, Dr. med. H. F. Pitschner, Bad Nauheim

Herzrhythmusstörungen breiter QRS-Komplex: DD Dr. med. H. F. Pitschner; **Herzrhythmusstörungen schmaler QRS-Komplex: DD** Dr. med. K. Kurzidim, Bad Nauheim

Vorhofflimmern – Therapieoptionen PD Dr. med. J. Carlsson, **Detmold**; **Indikationen für Schrittmachertherapie** Dr. med. J. Sperzel, Bad Nauheim

Fortsetzung 2003: 8. Oktober Endokrinologie, **12. November** Pneumologie, **10. Dezember** Angiologie

Weitere vorgesehene Termine 2004: 24. April Fallseminar „Vom Symptom zur Diagnose“, **12. Mai** Gastroenterologie, **9. Juni** Hämatologie, **8. September** Kardiologie, **6. Oktober** Endokrinologie, **10. November** Pneumologie, **8. Dezember** Angiologie

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

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

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

AiP
4P

FRAUENHEILKUNDE / GEBURTSHILFE

s. HÄ 7/2003

Weiterbildungs begleitende Fortbildung – Februar 2003 bis Februar 2006

Mittwoch, 15. Oktober 2003, 9 c. t. bis 17.30 Uhr, Bad Nauheim

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

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

Teilnahmegebühr: € 70/Tag (Akademiemitglieder € 35 €) AiP 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

AiP
8P

KINDERHEILKUNDE UND JUGENDMEDIZIN

Strukturierte fachspezifische Fortbildung

AIP

Leitung: Prof. Dr. med. G. Neuhäuser, Linden
Im nächsten Jahr wollen wir in Bad Nauheim auch für die Kinderheilkunde und Jugendmedizin eine systematische Reihe „Strukturierte fachspezifische Fortbildung“ beginnen. Bitte melden Sie uns Ihr grundsätzliches Interesse an dieser Seminarreihe.

“Update“- Veranstaltung: Samstag, 14. Februar 2004, Bad Nauheim

(s. HÄ 5/2003)

Anmeldung an Frau K. Baumann, Akademie, Fax 06032/782-229

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

ETHIK-FALLSEMINARE

Diese Fallseminare richten sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen und Tätigkeiten, vom ganz jungen Arzt im Praktikum bis zum gestandenen, erfahrenen Arzt, die im Gespräch miteinander vorgegebene Fälle oder Fälle aus ihrer eigenen Praxis vor einem ärztlich-dentologischen Wertehorizont bearbeiten; eigene Fälle der Teilnehmer haben Vorrang.

Mittwoch, 17. September 2003

**Fragen eines „gerechten Lohnes“ für ärztliche Berufe
Zwischen Ideal und Wirklichkeit.**

Wieviele Überstunden und Mehrarbeit sind ethisch akzeptabel?

Leitung: PD Dr. med. U. Niemann, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. F. Hengsbach, Frankfurt a. M.

Mittwoch, 26. November 2003

Probleme des Lebensendes

– Wahrheit und Aufklärung bei Todkranken:

**Bewußtes Sterben oder unbedingtes Vermeiden von Schmerz
und Depression im Sterbeprozess?**

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

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

Anmeldungen: Bitte schriftlich an Frau E. Schmidt, Akademie

E-Mail: elke.schmidt@laekh.de

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Psychotrauma

AIP

Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie

4P

Mittwoch, 10. September 2003, 15 bis 18 Uhr, Eltville

Leitung: Dr. med. Doris Mallmann, Eltville

Psychotrauma – theoretische Hintergründe Dr. med. Doris Mallmann; **Fallvorstellung** Bernhard Filz **Psychotrauma - Behandlungsansätze** Elisabeth Plattfaut; **Fallvorstellung** Jochen Feugmann **Selbstevaluation (Fragebogen)** Kein Kostenbeitrag!

Tagungsort: Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick, Festsaal, Kloster-Eberbach Straße 4

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 3: 19. bis 22. September 2003 (Fr. bis Mo.)

jeweils von 9.15 bis 19 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

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

NEUROLOGIE

Langzeittherapie bei neurologischen Krankheiten

-Indikation, Ergebnisse, Wirkungen

Sektion Neurologie

Samstag, 20. September 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

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

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

PHARMAKOTHERAPIEKURS

Importierte Reisekrankheiten

AIP

Sektion Klinische Pharmakologie

4P

Samstag, 13. September 2003, 9.30 bis ca. 12.30 Uhr

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

Malaria Prof. Dr. med. H. Breithaupt; **Reisediarrhoe** Prof. Dr. med. R. Füssle, Gießen; **SARS** Dr. med. S. Pleschka, Gießen; **Fieberhafte Erkrankungen nach Auslandsaufenthalt** PD Dr. med. Gudrun Just-Nübling, Frankfurt a. M. **Selbstevaluation (Fragebogen)**
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, KWA Stift Aeskulap, *Salon D*, Carl-Oelemann-Weg 9

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Achim von Arnim:

Der tolle Invalide auf dem Fort Ratonneau (1818)

Mittwoch, 24. September 2003, 18.30 Uhr, Frankfurt

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

Tagungsort: Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Offenbacher Landstr. 224, Frankfurt a. M.-Oberrad

Im Spätherbst folgt: Altern und Alter

Medizin – Literatur – Kunst – Musik

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

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

VORSCHAU

Friedhofs- und Bestattungswesen

- sachgerechte Durchführung der Leichenschau

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

Mittwoch, 1. Oktober 2003, Bad Nauheim

Gastroenterologisches Fallseminar

Sektion Innere Medizin – Gastroenterologie gemeinsam mit der

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

Mittwoch, 8. Oktober 2003, Frankfurt a. M.

AIP

4P

17. Diabetes Kolloquium

Sektion Innere Medizin/ Diabetes

Samstag, 11. Oktober 2003, Bad Nauheim

Wandern, Walking, Jogging, Nordic Walking

Arbeitskreis Sportmedizin

Prävention - Rehabilitation

Samstag, 25. Oktober 2003, Bad Nauheim

AIP

4P

AIP

4P

68. FORTBILDUNGSKONGRESS

Wundbehandlung 2003

AIP

Interdisziplinäre Fortbildung für

7P

Dermatologen, Chirurgen/Unfallchirurgen, Hausärzte

Gemeinsamer Herbstkongreß der Akademien für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammern Hessen und Thüringen

Samstag, 1. November 2003, ca. 9 bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt a. M., PD Dr. med. W. Lungershausen, Jena, Prof. Dr. med. H.-J. Metz, Wiesbaden

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

GESUNDHEITSPOLITISCHES FORUM Hessen

Vom Kassenarzt zum Arzt der Kassen

Mittwoch, 22. Oktober 2003, 15 Uhr, Kassel

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

Tagungsort: KV Hessen, Bezirksstelle Kassel

Leitung, Auskunft und Anmeldung: Klaus Losack, Zum Höhenstein 60, 53783 Eitorf Tel.: 0 22 43/ 82 82 9

Identität und Krankheit

16P

Von der Entstehung der Identität und deren möglicher Verlust

Sektion Psychiatrie / Psychosomatik, Psychotherapie

Sa./So. 25./26. Oktober 2003, 9 bis 19.30 Uhr, Bad Nauheim

s. Seite 384

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

Der Kongreß soll die Bedeutung des Begriffs Identität und ihre Entstehung von psychologischer, philosophischer, soziologischer und ärztlicher Seite klären und definieren. Die Irritation der Identität durch psychische und körperliche Krankheiten ist der Schwerpunkt. Heftige, unverständliche Reaktionen von Patienten sind als Bedrohung der Kernidentität zu verstehen und verhindern einen vernünftigen Umgang miteinander und mit der Krankheit. Die Fokussierung auf den Begriff Identität und ihre Analyse erleichtern das Verstehen von schwierigen Patienten und ermöglichen somit deren Behandlung. Die Einbeziehung der Philosophie, Soziologie und der Kultur erweitert unseren ärztlichen und psychotherapeutischen Horizont. Sie sollen helfen, unsere eigene berufliche Identität zu festigen und in kreativer Weise neue Wege der Behandlung kranker Menschen zu ermöglichen.

Samstag, 25. Oktober 2003, 9 bis ca. 19.30 Uhr

Eröffnung Prof. Dr. med. Dr. h.c.mult. H. G. Lasch, Gießen **Einführung in das Thema** Dr. med. A. Schüler-Schneider **Entwicklungspsychologie der Identität** Dr. Heinrich Deserno, Frankfurt a. M. **Der Identitätsbegriff in der Philosophie** Die Problemgeschichte des Ich von Descartes bis Freud N. N. **Identität und Kultur** Prof. Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden **Arbeitsgruppen: A Identität in der Philosophie N. N. B Supervisionsgruppe Deserno C Transsexualismus u. Identifikation Schüler-Schneider D Ärztliche Identität und Gesundheitspolitik Becker E Paul Feyerabend: „Anything goes“ Harth**

Plenum: Berichte aus den Arbeitsgruppen - Diskussion
Festvortrag: Die vielen Namen der Seele: Identität in der Philosophie von Platon bis Freud Prof. Umberto Galimberti, Venedig

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

Teilnahmegebühr: € 160 (für Mitglieder der Akademie € 120)

Anmeldungen: Akademie der LÄKH, Tel. 06032/782-0, Fax 06032/782-220

Information: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Facharzt für Innere Medizin und Psychoanalyse, Stresemannallee 11, 60596 Frankfurt a. M.,

Tel. & Fax 069/63 53 63 oder 06172/937738

Abendprogramm Klavierkonzert: Identität und Musik Joachim Reinhuber, Aschaffenburg

Sonntag, 26. Oktober 2003, 9 bis ca. 16.30 Uhr

Identität und Altern Dr. H. Luft, Hofheim **Mediale Inszenierung postmoderner Identität** Dr. rer. med. M. Altmeyer, Frankfurt a. M. **Der Körper, mein Zwilling,** Bedrohung der Identität durch Krankheit Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg **Identität und Psychose** Prof. Dr. med. S. Mentzos, Frankfurt a. M. **Arbeitsgruppen: A Psychose Mentzos B Mediale Identität Altmeyer C Psychotraumatologie Schüffel D Altern Luft E Supervisionsgruppe Merkle**

Plenum: Berichte aus den Arbeitsgruppen

Abschlussdiskussion und Schlußwort

Selbstevaluation (Fragebogen)

E-Mail akademie@laekh.de

E-Mail: psymed@t-online.de, Internet: www.agpt.de

II. FORTBILDUNGSKURSE

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

80P

- 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.

Teil I 26./27. September 2003 **Teil IV** 14./15. November 2003
Teil II 10./11. Oktober 2003 **Teil V** 28./29. November 2003
Teil III 24./25. Oktober 2003 **Teil VI** Hospitation Januar 2004

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum, KWA Stift Aeskulap, Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Teilnehmerzahl: 60 – es sind noch Plätze frei

Anmeldeschluß: 30. 8. 2003 **Anmeldung / Information:** Frau M. Jost, Akademie, Tel. 0 60 32/7 82-201 (Mo.-Do.), Fax: 0 60 32/7 82-229

E-Mail: marianne.jost@laekh.de

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 offen stehen, sondern von allen interessierten Ärzten genutzt werden können.

LITERATUR UND QUELLENSUCHE IM INTERNET

10P

- mit praktischer Arbeit am PC -

Leitung: Dr. med. S. Rosenbrock, Darmstadt

Sa., 6. September 2003, 9 Uhr bis ca. 17 Uhr, Bad Nauheim

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen,

Teilnehmerzahl: min. 16, max. 20, je Teilnehmer ein PC

Teilnahmegebühr: € 195 (Akademienmitglieder € 180) s. HÄ. 7/2003

MODERATOREN-TRAINING

21P

Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V

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

Freitag - Sonntag, 29. - 31. August 2003, Bad Nauheim,

(Fr.+ Sa. ganztägig, So. bis Mittag)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnehmerzahl: mind. 12 **Teilnahmegebühr:** € 210 s. HÄ 6/2003

Dias – Powerpoint

9P

Die Powerpoint-Präsentation wird erlernt und geübt

Leitung: Dr. med. St. Rosenbrock, Dieburg

Termin: Samstag, 11. Oktober 2003, Bad Nauheim,

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄKH **Teilnehmerzahl:** mind. 12

Teilnahmegebühr: € 195 (Akademienmitglieder € 180)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

MEDIZINISCHE INFORMATIK

40P

Einführungskurs (150 Stunden)

Für Interessenten des Fort- und Weiterbildungskursus, die aber die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem 280-Stunden-Kurs noch nicht erfüllen, bieten wir diesen 150 Std. umfassenden Einführungskurs an. 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. Die Termine, die überwiegend am Wochenende liegen werden, stehen z. Z. noch nicht fest. Kursbeginn voraussichtlich Ende 2003/ Anfang 2004

- **Grundlagen und Einführung in die Rechnerarchitektur**

Grundlagen von Hard- und Software

Dipl. Wirtsch.-Inf. R. Starzetz, Frankfurt a. M.

- **Grundlagen und Einführung in Betriebssysteme**

Aufgaben, Komponenten, Unterschiede der Betriebssysteme

Dipl.-Inf. Th. Diehl, Dipl. Wirtsch.-Inf. R. Starzetz, Frankfurt a. M.

- **Grundlagen und Einführung in die Netzwerktechniken**

Netzwerke, Netzwerktypen, Protokolle und Standards, Datenübertrag

Admin von Netzwerken D. Meyer, Weilburg

- **Grundlagen und Einführung in die formalen Methoden der Informatik**

Mathematik, Algorithmen, Informationsbegriff, Verschlüsselung,

theoretische Grundlagen und Methoden

Dr. rer. med. W. Kirsten, Frankfurt a. M.

- **Grundlagen und Einführung in Datenbanktechniken**

Dateiorganisationsformen, relationale und multidimensionale

Datenbanken, Beispiele: MS-Access, Open Source MySQL (Linux)

und FileMan, SQL-Praxis Dr. med. U. Altmann, Gießen

- **Grundlagen und Einführung in objektorientierte Programmierung am Bps. von grafischen Benutzeroberflächen**

Grafische Benutzeroberflächen, grundsätzliche Methodiken, Elemente

von Fenstern, Fensterprogrammierung, etc.

Dipl.-Inf. Th. Diehl, Dipl.-Inform.-Med. W. Bantel, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: € 1.230 (voraussichtlich)

- **Fort- und Weiterbildungskurs (280 Stunden)**

Die Termine können auch im Sinne der Fortbildung besucht werden. Termine und Themen 2004 auf Anfrage.

Information / Anmeldung an Frau H. Cichon, Akademie,

Tel. 0 60 32/782-213, Fax 782-220 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

s. HÄ 7/2003

„Notdienstseminar“

AIP 16P

Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“

41P

Seminar „Leitender Notarzt“

34P

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“

9P

Auskunft und **schriftliche Anmeldung** an die Akademie,
Frau V. Wolfinger, Fax: 06032/ 782-229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

MEGA-CODE-TRAINING

9P

Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Schlüchtern

Ergänzend zu unseren notfallmedizinischen Seminaren und Kursen bieten wir im nächsten Jahr den dreitägigen Kurs entsprechend den Empfehlungen der BÄK an, gemeinsam mit dem Arbeitskreis „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“. Er richtet sich an Leitende Notärzte, die dann als „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ auf regionaler oder überregionaler Ebene die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst wahrnehmen und für die Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Patientenversorgung verantwortlich sind.

Termin: 28. – 31. Januar 2004 in Bad Nauheim

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄKH, Akademiegebäude
Auskunft und **schriftliche Anmeldung** an die Akademie, Frau V. Wolfinger, Fax 06032/ 782-229 E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Curriculum Psychosomatische Grundversorgung Bad NauheimLeitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

IV. 17.-19. Oktober 2003

- A. Magen–Darm–Erkrankungen; Suchtkrankheit im engeren und weiteren Sinne; Verläufe, Balintgruppenarbeit.
- B. Die psychosomatische Bedeutung von besonderen Entwicklungsabschnitten; hiermit zusammenhängende Lebensereignisse und Umgang (Schwangerschaft, Geburt, Schule, Partnerschaft, Trennung, Tod und Sinnkrisen. Spezielle Interventionsformen im Falle von Suchterkrankung)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelmann-Weg 5; **Anmeldung:** Bitte **schriftlich** an die Akademie, z. Hd. Frau C. Lepka, Fax 06032/782-228, Telefon 06032 – 78 22 16
E-Mail: claudia.lepka@laekh.de

IMPFKURS

Zur Berechtigung der Impftätigkeit

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen **9P**
Samstag, 29. November 2003, 9 bis 17 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Dr. H. Meireis, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: 150 € (Akademiemitglieder: 110 €)

Auskunft und Anmeldungen: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de**STRAHLENSCHUTZ****FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem. RöV****GRUNKURS** Gießen **21P**

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

SPEZIALKURS Gießen **21P**

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

*und in der Folgewoche 1 **Nachmittag** nach Wahl für Prakt./Prüfung
Teilnahmegebühr (voraussichtlich): jeweils € 265 für Nichtmitglieder der Akademie (ÄiP: € 214), für Mitglieder der Akademie jeweils € 210 (ÄiP: € 159). Die Mitgliedschaft muß spätestens mit der Anmeldung beantragt sein.

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

Bitte **nur schriftl. Anmeldungen** an Frau E. Hiltcher, Akademie

Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de**ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT**

Curriculum Qualitätssicherung

ZUSATZQUALIFIKATION TQM Assessor EFQM

Teilnehmen können alle Ärztinnen und Ärzte und auch psychologische Psychotherapeuten, die Mitglied einer vertragsärztlichen Vereinigung sind. Teilnehmer, die den Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ bei uns besuchen bzw. bereits früher bei uns besucht haben, haben die Möglichkeit, zu Vorzugskonditionen zusätzlich diese Qualifikation zu erwerben.

s.HÄ 7/2003

Termin: Sa./So. 20. + 21. September 2003, Bad Nauheim

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft zu inhaltlichen Fragen: Dr. med. Roland Kaiser,
Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M., Fax: 0 69/97 67 2-224, E-Mail: roland.kaiser@laekh.de

Anmeldung, allgemeine Fragen zur Organisation: Frau Heike Cichon, Akademie, Tel.: 0 60 32/7 82-213, Fax: 06032/7 82-220,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

III. WEITERBILDUNG**KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN**

(Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Wir bieten nur noch die 80-stündige Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin nach der neuen Weiterbildungsordnung an. Wir haben aber mit der Weiterbildungsabteilung unserer Kammer vereinbart, daß bis auf weiteres die Teilnahme an den Blöcken 1, 14, 16, 18 auch noch für die 240-stündige KWA (alte WB-Ordnung) anerkannt wird. s. HÄ 06/2003

Dieses Jahr finden noch statt: **Block 17** 12.-14.09.2003 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“ verbale Interventionstechniken (20 Std.)
Block 18 11./12.10.2003 „Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“ (12 Stunden)

Block 1 31.01.2004 „Spezifische Inhalte der Allgemeinmedizin“ (12 Stunden)

Block 17 10.-12.09.2004 **neuer Termin!**
„Psychosomatische Grundversorgung“ (Teil 2) verbale Interventionstechniken (20 Stunden)

Block 14 24.04.2004 „Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten“ (8 Stunden)

Block 18 09./10.10.2004 „Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“ (12 Stunden)

Block 16 07.-09.05.2004 **neuer Termin!**
„Psychosomatische Grundversorgung“ (Teil 1; 20 Std.)

Block 19 28.02.2004 „Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation“ (8 Stunden)

2004 bietet die Akademie für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin wieder die **6 Blöcke (80 Stunden)** zu folgenden Terminen an:

Anmeldung: Akademie der LÄK Hessen, Frau R. Hessler

Auskünfte: Wenn Sie Fragen zu der **theoretischen Kurs-Weiterbildung** haben, wenden Sie sich bitte an die Akademie, Frau Heßler, Tel. 0 60 32/782-203, E-Mail: renate.hessler@laekh.de.

Zum **persönlichen Weiterbildungsgang:** LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 069/97 67 2-0.

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

Sektion Arbeits- und Sozialmedizin

Achtung: Verkürzung der Kursteile auf 8 Tage incl. Samstag und Sonntag!

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin je **20P**
2003 **Grundkurs:** A2 12. bis 19.09.2003
Aufbaukurs: B2 07. bis 14.11.2003
C2 05. bis 12.12.2003

Sozialmedizin **20P**
2003 **Aufbaukurs:** AKII 10. bis 17.10.2003

Termine 2004 s. HÄ 7/2003

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 Ausbildungsveranstaltung anerkannt. Dafür ist die namentliche Anmeldung erforderlich.

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Alice-Hospital

Nebenraum Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt, jeweils 18.00 – 20.00 Uhr.

18.8.2003: „Kodierungsprobleme unter DRG.“ Dr. Vetter. **AiP 2P**

1.9.2003: „Gefäßchirurgische Notfälle und Shuntchirurgie.“ Dr. Müller. **AiP 2P**

Auskunft: Dr. A. Mortazawi. Tel. (0 61 51) 7 73 73.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Darmstadt

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

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

5.8.2003, 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.

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Johann Wolfgang Goethe-Universität

12.8.2003, 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.

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

13.8.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Uniklinik Frankfurt, Haus 23B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock. „Regionalanästhesien und Antikoagulation.“ Dr. W. Gogarten, Münster. Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67. **2P**

Klinikum Offenbach

Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach.

13.8.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Demoraum des Röntgeninstituts. „Gefäßforum.“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Rilingier. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

28.8.2003, 14.30 Uhr: Konferenzraum der Neurochirurgie, Zimmer E333 des Haupthauses. „Antibiotikaprophylaxe und -therapie in der Neurochirurgie (Sinn und Unsinn) unter Berücksichtigung der notwendigen Liquorgängigkeit und der Wirtschaftlichkeit.“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. Peter Ulrich. Tel. (0 69) 84 05 38 81. **2P**

30.8.2003, 8.00 – 16.00 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung. „Unterweisung für Ärzte im Strahlenschutz gem. §23, Abs. 2 RöV (=Informationskurs).“ Teilnahmegebühr: € 40,-. Auskunft: Dr. Joachim Lang. Tel. (0 69) 84 05 40 23. **6P**

3.9.2003, 20.00 – 22.00 Uhr: Hotel Kempinski, An der Bundesstraße 459, Neu-Isenburg. „COPD-update 2003.“ Prof. Vogelmeier, Marburg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Klepzig. Tel. (0 69) 84 05 42 00. **AiP 2P**

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. **1P**

Cardioangiologisches Centrum Bethanien

20.8.2003, 16.15 – 17.00 Uhr: Medienzentrum, Gebäude E, 3. OG, Bethanien-Krankenhaus, Im Prüfling 23, Frankfurt. „Angeborene Viten.“ Prof. Dr. R. Schröder. Auskunft: Sekretariat PD Dr. B. Nowak. Tel. (0 69) 9 45 02 80. **AiP 1P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Journal Club der Klinik für Strahlentherapie

2.9.2003, 17.00 – 18.00 Uhr: Hörsaal EF 93 des Hauses 23, Theodor-Stern-Kai 7, Universitätsklinikum, Frankfurt. „Stellenwert der Strahlentherapie bei Non-Hodgkin Lymphomen.“ Dr. Marianne Engelhard, Essen. Auskunft: Prof. Dr. H. D. Böttcher. Tel. (0 69) 63 01 59 14.

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

3.9.2003, 17.30 Uhr: Hörsaal II, Haus 23, 1. OG, Theodor-Stern-Kai 7, Universitätsklinikum, Frankfurt. „Chemotherapie gastrointestinaler Tumoren.“ „Magen“ E. Jäger, Frankfurt. „Pankreas“ H. Oettle, Berlin. „Kolorektales Karzinom“ S. Sahn, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22. **3P**

Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim

6.9.2003, 9.00 – 17.00 Uhr: Orthopädische Universitätsklinik, Stiftung Friedrichsheim, Marienburgstraße 2, Frankfurt. „11. Internationales Symposium: Sport und Medizin.“ Leitung: PD Dr. M. Engelhardt, Dr. J. Mortier, Prof. Dr. L. Zichner. Auskunft: Sekretariat Dr. Johannes Mortier. Tel. (0 69) 6 70 52 30 – 32. **AiP**

Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main

8.9.2003: „Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main.“ Moderation und Auskunft: Gisela Schoh-Tamow. Tel. (0 61 03) 92 89 64.

Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst

10.9.2003, 18.00 Uhr s.t.: Gemeinschaftsraum 2. Etage, Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst, Gotenstr. 6-8, Frankfurt. „Chronische Bauchschmerzen.“ PD Dr. L. Schrod. Auskunft: Sekretariat PD Dr. L. Schrod. Tel. (0 69) 31 06 28 06. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Schmerzforum Rhein-Main e.V.

10.9.2003, 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: „Auswertung von Schmerzfragebögen.“ Dr. Benedikt Eberhardt. **AiP 3P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AIP-Ausbildungsseminar

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

Qualitätszirkel Palliativmedizin

10.9.2003, 17.00 Uhr s.t.: Martin-Luther-Stift, Elisabethen-Zimmer, Hanau. „Qualitätszirkel Palliativmedizin.“ Auskunft: Prof. Dr. Peter M. Osswald. Tel. (0 61 81) 2 96 24 00 oder Dr. G. Lautenschläger, Hanau. Tel. (0 61 81) 25 55 35.

Artemis-Laserklinik

10.9.2003: Artemis-Laserklinik, Kennedyallee 55, Frankfurt. „4. refraktiv-chirurgischer Nachmittag.“ Auskunft: Sekretariat Dr. K. Schayan-Araghi. Tel. (0 69) 69 76 97 73.

Institut für hermeneutische Sozial- und Kulturforschung e.V.

9.10. – 11.10.2003: IHSK, Frankfurt am Main. „Fallverstehen in der ärztlichen Praxis – Fallverstehen und Falldiagnose im Sinne der objektiven Hermeneutik.“ Andreas Franzmann, Dr. Sascha Liebermann. Seminargebühr: € 350. Auskunft: Dr. Liebermann. Tel. (0 69) 56 56 80.

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 24.

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Jeden Mittwoch, 14.30 Uhr: Universitäts-Klinikum Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 14, EG, Onkologische Tagesklinik. „Interdisziplinäre Tumorkonferenz - Fallbesprechung, Patientinnen-Vorstellung.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Kaufmann. Tel. (0 69) 63 01 52 24.

Balintgruppe

Montags, 14-tägig, 19.30 Uhr: Holzhausenstr. 63, Frankfurt. Leitung: Dr. Hans-Joachim Rothe. Tel. (0 69) 59 22 58. **4P**

Balintgruppe

In Frankfurt am Main Höchst. Leitung: Dr. Linkert und Dr. Otto. Tel. (0 69) 33 16 39 oder (0 69) 59 44 50.

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

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

Klinikum Stadt Hanau

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

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt.

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

8.9. – 9.9.2003: „Psychosomatische Grundversorgung“ Theorie und Technik der Verbalen Intervention. **65P**

Montags, 1x monatlich, 19.00 – 22.00 Uhr, Brönnertstr. 15, 3. OG, Frankfurt. **Balintgruppe.** **6P**

Samstags, 1x monatlich, 9.30 – 12.30 Uhr, Brönnertstr. 15, 3. OG, Frankfurt. **Balintgruppe.** **6P**

Anwendergrundkurs mit 8 Doppelstunden, Brönnertstr. 15, 3. OG, Frankfurt. **Autogenes Training – Grundkurs und Fortgeschrittene.** **16P**

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Rehbergpark

3.9.2003, 14.00 – 18.00 Uhr: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Austraße 40, Herborn. „Gegenwart und Zukunft von Kinder- und Jugendpsychiatrie im sozialen System.“ Prof. Dr. Dr. Renschmidt, Marburg; Prof. Dr. Keupp, München. Auskunft: Sekretariat M. Wildermuth. Tel. (0 27 72) 50 42 12.

Kreisverein der Ärzte des Wetteraukreises

10.9.2003, 17.00 Uhr c.t.: Bürgerhospital Friedberg, Ockstädter Str. 3-5, Seminarraum Schwesternwohnheim, Eingang Hospitalgasse. „Netzwerk Herzinfarkt.“ Prof. Dr. Christian Hamm, Bad Nauheim; Dr. Reinhold Merbs, Friedberg. Auskunft: Dr. R. Merbs. Tel. (0 60 31) 8 90. **AiP 2P**

Institut für Klinische Immunologie und Transfusionsmedizin der Justus Liebig Universität

17.10. – 18.10.2003: Universitätsklinikum Gießen, Neuer Hörsaal Chirurgie, Rudolf-Buchheim-Str. „Fortbildungsveranstaltung zur Qualifizierung von Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten.“ Leitung: Prof. Dr. Gregor Bein. Auskunft: Frau Adam. Tel. (06 41) 9 94 15 01. **9P**

Balintgruppe

Donnerstags, 4wöchentlich. **4P**

Samstags, 6wöchentlich. **6P**

Dr. Michael Knoll, Kliniken des Wetteraukreises, Bürgerhospital Friedberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Johann-Peter-Schäfer-Str. 3, Friedberg. Anmeldung Tel. (0 60 31) 89 13 19.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Montags, 14-tägig, 20.15 Uhr: Ulrich Breidert-Achterberg, Nahrungsberg 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

13.8.2003, 18.00 Uhr c.t. – ca. 20.00 Uhr: Hörsaal des Kreiskrankenhauses Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Resistenzentwicklung bei Antibiotika (MRE); Antiseptika und die schlecht heilende Wunde.**“ Dr. R. Käflein, Gießen. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 71. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AIP-Ausbildungsseminar

Pneumologische Seminare

20.8.2003, 18.00 Uhr: Mövenpick-Hotel, Spohrstraße 4, Kassel. „**Epidemiologie der COPD.**“ Prof. Dr. G. König, Memmingen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AIP-Ausbildungsseminar

Marienkrankehaus Kassel

Marienkrankehaus, Marburger Straße 85, Kassel.

27.8.2003, 18.00 Uhr c.t.: **HIV-Infektion und Aids – aktuelle Entwicklungen in der Therapie.**“ PD Dr. Brodt, Frankfurt. **2P**

10.9.2003, 18.00 Uhr c.t.: „**Schlafmedizinisches Kolloquium: Besonderheiten von Schlafstörungen bei Frauen.**“ PD Dr. Maritta Orth, Bochum. **2P**

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Konermann. Tel. (05 61) 8 07 31 33.

Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda

6.9.2003, 9.00 – 12.30 Uhr: Hotel Maritim, Fulda. „**Palliative Therapie gastrointestinaler Tumoren.**“ H.-J. Schmoll, Halle; J. Glaser, Fulda; T. Sütter, Halle; H. Grabenbauer, Erlangen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H.-J. Glaser. Tel. (06 61) 1 53 01. **AiP 3P**

Klinikum Kassel

10.9.2003, 19.30 – 21.30 Uhr: Klinikum Kassel, Hörsaal Pathologie, Mönchebergstraße 41. „**Kasseler Gastroenterologen-Gespräch: Lebertransplantation – aktueller Stand.**“ Prof. Dr. Neuhaus, Berlin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Pausch. Tel. (05 61) 9 80 30 71. **AiP 2P**

Ärzteverein Hofgeismar

10.9.2003, 19.00 Uhr s.t.: Hotel ‚Zum Alten Brauhaus‘, Marktstraße 12, Hofgeismar. „**COPD und Asthma – Diagnostik und Therapie.**“ Dr. Harald Friedrich. Auskunft: Prof. Dr. W. Vogel. Tel.: (0 56 71) 5 07 21 21. **3P**

Deutsches Schmerz-Therapie-Zentrum

10.9.2003, 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.

Rotes Kreuz Krankenhaus

15.9. – 19.9.2003: Schloßhotel Wilhelmshöhe Kassel. „**Grundkurs Palliativmedizin für Ärzte.**“ Dr. Dietmar Beck, Göttingen; Dr. Wolfgang Spuck, Kassel. Auskunft: Frau Astrid Zurmahr. Tel. (05 61) 3 08 64 41.

Schloßpark-Klinik Gersfeld

22.9. – 26.9.2003: Fachklinik für naturgemäße Ganzheitsmedizin, Fritz-Stamer-Straße 22, Gersfeld/Rhön. „**Blockseminar Naturheilverfahren: Enteropathie, Mayr-Diagnostik, Allergie-Diagnostik, Zahntechnik, angewandte Phytotherapie, Intuitionsschulung.**“ Leitung: Dr. Jürgen Freiherr von Rosen. Kosten: € 620. Auskunft: Sekretariat Dr. von Rosen. Tel. (0 66 54) 1 60.

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

Jeden Dienstag 15.30 – 16.30 Uhr: „**Chirurgisch-/Gastroenterologische Tumorkonferenz.**“ Leitung: Dr. K.-L. Diehl, PD Dr. H.-G. Höffkes, Prof. Dr. Jaspersen, Prof. Dr. H. J. Feldmann, PD Dr. C. Manke, Dr. R. Rüttger. Auskunft: Sekretariat Dr. Rüttger oder Prof. Dr. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 –56 11 oder –54 21. **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. **2P**

Jeden Donnerstag 15.30 - 16.30 Uhr: Bibliothek der Frauenklinik. „**Perinataalkonferenz.**“ 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, PD Dr. H.-G. Höffkes, Prof. Dr. E. Hofmann, Prof. Dr. D. Jaspersen, Prof. Dr. T. Kälble, Prof. Dr. D. Langohr, PD Dr. Ch. Manke, Prof. Dr. Th. Stegmann. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. J. Feldmann. Tel. (06 61) 84 63 41.

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 Urologie und Kinderurologie der Philipps-Universität

27.8.2003, 17.00 Uhr: Raum 0-4316, Klinikum Lahnberge, Baldingerstraße, Marburg. „**Interdisziplinärer Arbeitskreis Uro-Onkologie Marburg e.V.: Diagnostik und Therapie des hormonrefraktären Prostatekarzinoms.**“ Dr. Carsten Ohlmann, PD Dr. A. Heidenreich, Prof. Dr. P. Barth. Auskunft: Sekretariat PD Dr. A. Heidenreich. Tel. (0 64 21) 2 86 55 90. **2P**

Klinik für Neurologie der Philipps-Universität

2.9.2003, 19.00 – ca. 20.30 Uhr: Konferenzraum des Zentrums für Nervenheilkunde der Philipps-Universität, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. „**Epilepsie und andere neurologische Manifestationen der Zöliakie.**“ Dr. M. Kieslich. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Rosenow, Dr. H. Hamer. Tel. (0 64 21) 2 86 52 00.

Naturheilkunde Tagesklinik mit Schmerzambulanz

6.9.2003, 10.00 Uhr: Biegenstraße 18, Marburg. „**Alternative Krebstherapien.**“ Auskunft: Sekretariat Dr. B. Weber. Tel. (0 64 21) 6 84 30.

Dept. of Otolaryngology, Head and Neck Surgery der Philipps-Universität

7.9. – 9.9.2003: Marburg. „**International Training Course on Endoscopic and Microscopic Sinus Surgery.**“ Chairman: Prof. Jochen A. Werner. Auskunft: Sekretariat PD Dr. B. M. Lippert. Tel. (0 64 21) 2 86 64 78.

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

11.8.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft.**“ Dr. Grommes. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

13.8.2003, 18.00 Uhr: Hauptgebäude, 2. Stock, Raum hinter Casino. „**Aktuelles aus der Notfallmedizin: Versorgung von Notfallpatienten an Bord von Verkehrsflugzeugen.**“ Dr. Rose, Mainz. Auskunft: Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz, Prof. Dr. M. Sigmund. Auskunft: Dr. Kursatz, Dr. Fischbach. Tel. (06 11) 43 21 69 o. 43 20 19. **AiP 2P**

25.8.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Ätiologie und standigerechte Therapie der Endometriose.**“ Herr Urban. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **1P**

3.9.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Bibliothek der Kinderklinik, EG. „**Pädiatrisch-Neurochirurgische Konferenz.**“ Auskunft: Sekretariat Dr. Ulrich Knappe. Tel. (06 11) 43 28 55. **1P**

10.9.2003, 18.00 Uhr s.t. – 10.00 Uhr: Seminarraum Personalcasino, 1. Obergeschoß. „**Infektiologisches Gespräch.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Ell. Tel. (06 11) 43 27 58.

26.9. – 27.9.2003: Dr. Peter Jäger-Bildungszentrum. In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte Wiesbaden und Mainz. „**1. Wiesbadener Forum Gynäkologische Onkologie.**“ Leitung: PD Dr. A. du Bois. Auskunft: Sekretariat PD Dr. A. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **9P**

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. „**Perinataalkonferenz.**“ Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Dr. Erz. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

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

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

18.8.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen.**“ **2P**

20.00 – 22.00 Uhr: „**Qualitätszirkel Schmerztherapie.**“ **2P**
Auskunft: Dr. Drechsel, DKD, Dr. Nolte, Wiesbaden. Tel. (06 11) 9 45 18 08.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden e.V.

2.9.2003, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Fettstoffwechselstörungen Arteriosklerose – evidenz-basierte Behandlungsmöglichkeiten.**“ Prof. Dr. Eberhard Winter, Hamburg. „**Sekundär-**

prophylaxe von Gefäßerkrankungen.“ Prof. Dr. Kasper, Wiesbaden. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AiP 3P**

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

2.9.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Hörsaal der Chirurgie, Universität Mainz. Gemeinsame Veranstaltung des Zentrums für Schluckbeschwerden und Motilitätsstörungen der Universitätsklinik Mainz. „**Eosinophile Ösophagitis im Kindesalter.**“ Prof. Keller, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. V. F. Eckardt. Tel. (06 11) 57 76 89. **AiP 3P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Jeden Montag, 17.00 Uhr: **Interdisziplinäres Forum für Onkologie** an der DKD, Patientenbesprechung, 4. OG. Anmeldung Praxis Hämatologie/Onkologie, Dr. Josten. Tel. (06 11) 57 74 74.

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

Freitags, 17.00 – 19.00 Uhr s.t., zweimonatlich: Bibliothek der DKD. **Arbeitskreis Integrierte Medizin und Reflektierte Kasuistik.** Auskunft: Dr. L. Albers, Prof. Dr. O. Leiss. Tel. (06 11) 57 72 52. **2P**

St. Josefs-Hospital

3.9.2003, 18.00 – 19.45 Uhr: Salon Carl-Schuricht, Kurhaus Wiesbaden. „**Orthopädenabend der Orthopädischen Klinik: Das Arthrosegelenk des jungen Menschen.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Pfeil. Tel. (06 11) 88 32 02.

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

3.9.2003, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztehaus, Adelheidstr. 7, Limburg. „**Resistenzen in der Antibiotikatherapie.**“ Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78.

Krankenhaus Sankt Josef, Rüdesheim

10.9.2003, 15.00 Uhr: Konferenzzimmer Schwesternwohnheim, Eibinger Str. 9, Rüdesheim. „**Klinisch-pathologische Konferenz.**“ Prof. Dr. A. Fisseler-Eckhoff, Dr. Rottmann. Auskunft: Sekretariat Dr. Rottmann. Tel. (0 67 22) 49 07 11.

Kolposkopiekurs

26.9. – 27.9.2003: Wiesbaden. „**Wiesbadener Stereo-Kolposkopiekurs – Grund- und Aufbaukurs.**“ Dr. J. Quaa, Dr. Hk. Bauer. Auskunft: Dr. Quaa. Tel. (0 38 31) 4 82 80.

Asklepios Paulinen Klinik

2.10. – 4.10.2003: Schloß Biebrich, Wiesbaden. „**2nd BIC: Second Biebrich Interdisciplinary Conference – Kolon- und Rektumkarzinom.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K. H. Link. Tel. (06 11) 8 47 24 31.

St.-Vincenz-Krankenhaus

St.-Vincenz-Krankenhauses, 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.



SARS - die vorerst letzte Überraschung aus der Büchse der Pandora

Professor Wolfgang Stille, Frankfurt

In den letzten Jahrzehnten ist kein Jahr vergangen, in dem nicht zumindest eine neue Infektionskrankheit aufgedeckt wurde, darunter auch beachtliche Neuerungen, die meist durch Viren wie HIV, BSE, Hantan, Nipah/Hendra, Lassa, Ebola/Marburg, aber auch durch bakterielle Erreger wie Helicobacter, Chlamydia pneumoniae, Legionella, EHEC, Clostridium difficile oder diverse Parasiten (Pneumocystis, Cryptosporidien, Mikrosporidien) hervorgerufen wurden. In den letzten Jahren ist viel von den Risiken der B-Waffen geredet worden. Das ist nicht ohne Gefahren: den spektakulären Milzbrandangriff des letzten Jahres in den USA hat offenbar ein frustrierter Mitarbeiter der US-Behörde verursacht. Der größte Terrorist ist freilich die Natur!

November 2002: in der an Hongkong angrenzenden südchinesischen, subtropischen und eng besiedelten Provinz Guandong (=Canton) traten **neuartige atypische Pneumonien** auf, die sich schnell verbreiteten. Ein älterer chinesischer Arzt, der in Guandong derartige Patienten behandelt hatte, brachte Anfang März 2003 die Erkrankung zu einer Familienfeier in Hongkong. Hiervon ausgehend kam es zu einer beachtlichen Epidemie, die sich binnen eines Monats auf mehrere Staaten ausbreitete. Hongkong, Singapur, Taiwan, Hanoi und Toronto, aber auch offenbar mehrere Orte in China sind massiv betroffen. Trotz beschwichtigender Worte und z.T. drakonischer Isolierungsmaßnahmen war die Erkrankung bereits Anfang April 2003 außer Kontrolle. Sie hat sich spektakulär in China und Taiwan verbreitet. Durch drakonische Isolierungsmaßnahmen und vermut-

lich auch durch Abnahme der Virulenz wurde Anfang Juli 2003 die Eindämmung der Infektion bekannt gegeben. Ca. 8.500 Personen waren erkrankt und gut 800 gestorben. Der finanzielle Schaden in den betroffenen Ländern ging in die Milliarden.

Grundtatsachen

Die wesentlichen Eigenschaften der neuen Krankheit waren bereits nach wenigen Wochen außerhalb Chinas bekannt: *neue Virusinfektion* durch ein *neuartiges Coronavirus*, die *durch respiratorische Kontakte, vermutlich aber auch durch Schmierinfektion übertragen* wird. *Hohes Fieber, schwere atypische Pneumonie mit auffälligen, wechselnden Lungeninfiltrationen. Antibiotika unwirksam.* Wirkung von *Virustatika (Ribavirin)* unklar, offenbar nicht groß. *Letalität 5–10 %* (bislang vorwiegend gesunde Erwachsene erkrankt – bei älteren Patienten mit schweren Grundkrankheiten steigt die Letalität auf bis zu 50 %). Weitgehend *normierter Verlauf, schneller Fieberanstieg, fieberhafte Phase von 10–14 Tagen, langsame Rekonvaleszenz.* Etwa *10 % der Erkrankten sind schwerkrank* und müssen auf einer Intensivstation mit Sauerstoff und z.T. auch mit mechanischer Beatmung behandelt werden. *Todesfälle* gab es in dieser Phase wegen ARDS. *Inkubationszeit 3–7–10 Tage.* Das Virus wurde nicht nur im Sputum, sondern auch im Stuhl nachgewiesen. *Dauer der Virusausscheidung* nach der Erkrankung noch unklar; *postinfektiöse Ausscheider* wahrscheinlich. Patienten zeigen *in der Rekonvaleszenz einen Antikörper-Titeranstieg gegen das neue Coronavirus.* Das Virus ist

pathogen für Versuchstiere. Das Virus wurde in Südchina in Schleichkatzen und anderen kleinen Raubtieren gefunden.

Das Besondere

dieser neuen Infektionskrankheit, die von ihrem klinischen Erstbeschreiber, dem mittlerweile an der Infektion verstorbenen italienischen Infektiologen Carlo Urbino, **severe acute respiratory syndrome (SARS)** genannt wurde:

1. Erstmals neue Infektionskrankheit mit besonderem Tropismus für das medizinische Personal. Erhebliche Gefährdung für behandelnde Ärzte, Schwestern, Mitpatienten und Besucher.
2. Übertragung offenbar durch Kontakte innerhalb der Familie, aber auch in Hotels.
3. Zumindest einzelne Patienten können hoch infektiös sein und durch flüchtige Kontakte zu vielen Sekundärerkrankungen führen.
4. Die Majorität der Infizierten erkrankt mit einem schweren akuten pneumonischen Krankheitsbild, aber offenbar gibt es nicht wenige Patienten, die die Erkrankung relativ leicht und uncharakteristisch durchmachen und doch vermutlich die Infektion weitergeben.
5. Die Erkrankung hat eine erhebliche Infektiosität, vergleichbar mit der von Influenza, Windpocken, Pocken oder Masern. Die Erkrankung hat sich daher binnen eines Monats in Einzelfällen weltweit ausgebreitet. Bemerkenswerte Herde in Hongkong, Singapur, Hanoi, Toronto, Peking. Respiratorische Übertragung und möglicherweise Schmierinfektionen.



6. Neu: hochinfektiöse Pneumonieform, erhebliche Veränderung der bisherigen Therapie-Strategien.

Die Aufgabe der klinischen Medizin

Es ist dringend notwendig, daß sich das gesamte medizinische System auf die neue Herausforderung SARS einstellt: *kompetente Alarmpläne* für die unterschiedlichen Stadien der Erkrankung.

Andere Führung einer Arztpraxis bzw. Ambulanzgang: Erstuntersuchung durch den Arzt unter Sicherheitskautele (Mundschutz, Sicherheitsbrille, Kittel und Handschuhen).

Mundschutz: der erkrankte Patient sollte einen normalen chirurgischen Einmal-Mundschutz tragen, der Arzt und das Personal, das in engen Kontakt mit dem Patient kommt, benötigen virusdichte FFP3 bzw. FFP2 Mundmasken. Verwendung von *Atemmasken* propagieren.

Klinische Diagnose SARS: immer DD zu den sehr viel häufigeren unterschiedlichen bakteriellen Pneumonien! *sofortige Antibiotikatherapie*, z.B. Moxifloxacin oder Levofloxacin. Wenn nicht binnen 24-48 Stunden massive Besserung, konkreter SARS Verdacht. Frühdiagnose von SARS noch nicht ausgearbeitet. Der *Antikörperanstieg* setzt erst in einer Erkrankungsphase ein, in der möglicherweise die größte Infektionsge-

fahr bereits vorüber ist. SARS wird vorerst eine klinische Diagnose sein, die erst in der zweiten Erkrankungswoche durch Erregernachweis bestätigt werden kann. Die relativ lange Erkrankungsdauer von 4-6 Wochen und die kurze Inkubationszeit von etwa einer Woche bedingen, daß gleichzeitig mehrere Generationen eines Ausbruchs in einer Klinik liegen können.

Versorgung von SARS im normalen Allgemeinkrankenhaus: da mindestens 10 % der Erkrankten intensivpflichtig werden und beatmet werden müssen, ist eine Behandlung in einem einfachen Krankenhaus von der Sache her nicht mehr möglich. Wie viele Patienten lassen sich in einer Millionenstadt unter Sicherheitskautele beatmen - 10-20 maximal 50? Bei einem wirklich schweren Ausbruch dürften die Beatmungs-Kapazitäten schnell erschöpft sein.

Ausblick

SARS ist *nicht* der Untergang der Menschheit. Die Majorität der Patienten übersteht die Infektion ohne Dauerschäden und dürfte anschließend eine *Immunität* besitzen.

Personen, die SARS überstanden haben, dürften in Zukunft eine besondere Position haben, denn die können ohne eigene Gefährdung mit weiteren Patienten umgehen. Die

Präventions- und Quarantänemaßnahmen haben vorerst das Ziel eine ungehemmte Ausbreitung der Infektion zu verhindern. Binnen zwei Jahren dürfte es einen *Impfstoff* gegen die SARS Coronaviren geben. Es stellt sich dann die erhebliche Aufgabe einer Durchimpfung relevanter Risikogruppen, vermutlich mit regelmäßigen Wiederauffrischimpfungen. Selbst wenn der aktuelle Ausbruch – so wie es zur Zeit aussieht – überstanden ist, bleibt das Risiko erneuter Infektionen aus dem noch nicht genau bekannten biologischen Reservoir.

Die Konsequenz für den öffentlichen Gesundheitsdienst: Umgehende Aufnahme der vermuteten oder nachgewiesenen Infektion mit dem SARS assoziierten Coronavirus in den Katalog der meldepflichtigen Erkrankungen.

Die Konsequenz für die Innere Medizin

Wer soll die vielen SARS Patienten behandeln? Es ist dringend notwendig, daß *Schwerpunktinstitutionen* für diese gewaltige klinische Herausforderung geschaffen werden. Wir brauchen *SARS Spezialambulanzen* und *SARS Spezialstationen*, die von kompetenten klinischen Infektiologen geleitet werden.

Die schnelle Isolierung und Charakterisierung des SARS-Erregers ist durchaus bereits ein Erfolg der Medizin. Damit kann es freilich nicht getan sein. Es ist Zeit für ein Umdenken in der Inneren Medizin. Es ist dringend notwendig, die Nichtachtung infektiöser Ursachen zu beenden und die klinische Infektiologie als große klinische Disziplin in Deutschland wieder zu installieren.

Anschrift des Verfassers:
Stresemannallee 63
60596 Frankfurt/Main

Schlüsselwörter

SARS – Infektionskrankheiten – emerging infections – Pneumonie – Coronaviren

Anzeige

E | K | B
RECHTSANWÄLTE
Uwe Ehlert
Rechtsanwalt
Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit
Vertragsarztrecht
einem Mittelpunkt
Frankfurter Str. 218 35388 Giessen
Tel. 06381/2400011 Fax 06381/2400010
www.ehlert-recht.de



Stuhlbluttesten als Screening nach Darmkrebs – Stellenwert im Jahr 2003 –

Dr. med. Reinhard Gnauck, Wiesbaden

Seit dem 1. Oktober 2002 steht jedem Erwachsenen in Deutschland mit 55 und nochmals mit 65 Jahren eine Koloskopie als neue Vorsorgeleistung zu. Was ist unter diesen Umständen der Stellenwert des jährlichen Stuhlblut-Screening?

Zur Beantwortung dieser Frage sei zunächst an den oft verkannten oder klein geredeten Wert, d.h. die Effektivität des seit 1972 an der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) eingeführten und seit 1977 in der jährlich angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchung verankerten Haemocult-Screening mit obligatorischer Koloskopie nur bei den Testpositiven erinnert.

Die Betonung liegt auf **jährlich wiederholt**. Denn nur dann ist dieses Screening fair zu beurteilen, weil nur so die notwendige, sozusagen „kumulierende“ Sensitivität für Karzinome mit über 90 % erreicht werden kann, wie übrigens auch eine Studie in unserem Fachbereich 1989 gezeigt hat.

Exemplarisch sollen drei große Feldstudien erwähnt werden, die die Mortalitäts- und Inzidenz-Senkung von Darmkrebs durch wiederholtes Stuhlbluttesten zweifelsfrei bewiesen haben:

In Minnesota, USA, wurden 46.500 Personen über 50 Jahre in drei Gruppen aufgeteilt: der ersten wurde jährlich ein Haemocult-Testen angeboten, der zweiten ein Testen alle zwei Jahre und in der dritten Kontrollgruppe wurde wie üblich erst bei Auftreten verdächtiger Symptome koloskopiert. Die Studie erstreckte sich über 13 Jahre mit einer Unterbrechung von vier Jahren, in denen keine Tests angeboten wurden.

Nur 46 % der Testpersonen haben tatsächlich alle neun angebotenen Tests durchgeführt, und 10 % der Testpersonen unterzogen sich keinem einzigen Screening. 8 % der Testpositiven, d.h. der Personen mit nachgewiesenem ok-

kultem Blut im Stuhl lehnten eine diagnostische Darm-Untersuchung ab, und weitere 12 % hatten lediglich eine flexible Sigmoidoskopie oder eine ähnlich unvollständige Darmuntersuchung.

Umgekehrt wurde entgegen dem Studienprotokoll bei 45 % der Kontrollgruppe ebenfalls ein Haemocult-Screening, bei 10 % sogar wiederholt durchgeführt, sowie ungezählte Koloskopien.

Trotz dieser begrenzten Teilnahme der „Testpersonen“ am Stuhlbluttesten, den unvollständigen Folgeuntersuchungen und der unvermeidbaren „Kontamination“ der Kontrollgruppe durch unplanmäßiges Testen sank die Mortalität in der Testgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach 13 Jahren statistisch signifikant um 33 % und die Inzidenz an Darmkrebs durch Polypektomien nach 18 Jahren um 20 %. Wie zu erwarten fielen diese beeindruckenden Zahlen in der Testgruppe mit nur alle zwei Jahre angebotenen Haemocult-Test mit 21 % und 17 % geringer aus.

In Japan bevorzugt man gegenüber dem Guajak-Test einen sehr sensitiven und selektiven immunochemischen Nachweis von okkultem Blut im Stuhl, wobei jährlich wiederholt nur eine einzige Stuhlprobe getestet wird. Dieser Test muß zentral ausgewertet werden, weil er vergleichsweise komplizierter und übrigens auch 3-5 mal teurer als ein Haemocult-Test ist. Bei 23.000 Japanern konnte die Darmkrebs-Mortalität um 60 % gesenkt werden, obwohl weniger als die Hälfte der Testpositiven zu einer diagnostischen Koloskopie zu bewegen war!

In Dänemark – und parallel in England – wurde eine Studie durchgeführt, bei der der Haemocult-Test wie bei der zweiten Gruppe in Minnesota nur alle zwei Jahre angeboten wurde. Die Mortalität sank um 18 % - in Minnesota wa-

ren es 21 % -, obwohl wiederum weniger als die Hälfte der Personen in der sogenannten Testgruppe alle fünf der in zehn Jahren angebotenen Tests tatsächlich durchgeführt hatten. Dabei ging man in diesen beiden europäischen Studien soweit, Testpersonen von weiteren Testangeboten auszuschließen, wenn sie den ersten angebotenen Test nicht wahrgenommen hatten. Trotzdem wurden sie aber weiter in der Testgruppe geführt. Hier wurde also nicht nur die Effektivität des Stuhlblut-Screening, sondern gleichzeitig auch die Akzeptanz eines neuen Screening-Verfahrens in einer unvorbereiteten Bevölkerung getestet.

Ganz anders wird übrigens bei Studien mit endoskopischem Screening verfahren. Dann zählen als Testperson nur diejenigen, die die Endoskopie tatsächlich durchführen und nicht nur angeboten erhielten. Das erklärt wenigstens zum Teil die scheinbar höhere Mortalitätsenkung durch Screening-Endoskopien.

Man darf schließen, daß **jährlich durchgeführtes**, nicht nur **angebotenes** Stuhlblut-Screening mit anschließender Koloskopie bei **allen** Testpositiven die Mortalität von Darmkrebs um mindestens 2/3 senkt und darüberhinaus die Inzidenz durch Polypektomie drastisch verringert wird.

Die Effektivität jedes Krebs-Screening bezüglich Mortalitäts-Senkung in der Gesamtbevölkerung hängt entscheidend von der Teilnahme, d.h. der Akzeptanz des angebotenen Screening-Verfahrens ab. Diese läßt sich bei entsprechender Werbung für das Stuhlblut-Screening auf nahezu 50 % bei Frauen und 25 % bei Männern steigern, wie das Modellprojekt München erwiesen hat – immerhin eine Verdoppelung der chronisch niedrigen Inanspruchnahme der bisherigen Krebsfrüherkennungsuntersuchung durch die Bevölkerung.



Wenn weniger als die Hälfte der Bevölkerung mitmacht, ist auch mit dem besten Screening-Test nur wenig statistisch Faßbares zu erreichen.

Der Feind des Guten ist das noch Bessere. Die in Deutschland seit dem letzten Oktober den etwa 20 Millionen über 55jährigen angebotene Screening-Koloskopie ist zweifellos das optimale Darmkrebs-Screening. Aber es ist eine **invasive**, aufwendige, neue Kosten verursachende und vor allem für noch beschwerdefreie Personen nicht immer angenehme Prozedur. Bisherige Erfahrungen in USA stimmen nicht optimistisch hinsichtlich der Akzeptanz bei sich völlig gesund fühlenden Personen. Es ist jedenfalls leichter, einen Patienten mit nachgewiesenem okkulten Blut im Stuhl zu einer Koloskopie zu bewegen.

Fazit

Nach meiner Einschätzung wird daher das jährliche Stuhlblut-Screening seinen hohen Stellenwert behalten, jedenfalls bei den 85 % der Bevölkerung mit durchschnittlichem Risiko für Darmkrebs. Dabei sollte natürlich die seit zehn Jahren erprobte, verbesserte und demzufolge 2002 vom WHO- und OMED-Screening Committee empfohlene neuere Testversion Haemoccult *Sensa* benutzt werden, wie es in der DKD bereits seit 1999 geschieht.

Bei Risiko-Personen mit verdächtiger Familien-Anamnese oder einer genetischen Disposition zu Darmkrebs gilt allerdings schon heute das Koloskopie-Screening als Standard.

Ob in Zukunft ein nicht-invasives Screening durch Nachweis alterierter DNA aus abgeschilferten Tumorzellen

im Stuhl möglich, d.h. praktikabel und bezahlbar wird, um einmal die vergleichsweise simplen Stuhlbluttests zu ersetzen, bleibt abzuwarten. Zum Schluß ein Zitat aus Kanada: „Darmkrebs-Screening mittels Nachweis von okkultem Blut im Stuhl ist einfach zu gut, um es zu ignorieren“.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Reinhard Gnauck
Deutsche Klinik für Diagnostik
Aukammallee 33
65191 Wiesbaden

Schlüsselwörter

Stuhlbluttests – Haemoccult-Test – Screening nach Darmkrebs – Koloskopie-Screening – Vorsorgekoloskopie – HaemoccultSENSA – Kolonkarzinom-Screening

Ernährungsmedizin bekömmlich

Professor Dr. med. Michael Krawinkel und Professor Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein

Während im Zusammenhang mit beschlossenen und geplanten Reformen Prävention in Aller Munde ist, haben sich ca. 75 hessische Ärztinnen und Ärzte von April bis Juli bereits in Ernährungsmedizin fortgebildet. Der Kurs der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim ist nach dem Curriculum der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1997 aufgebaut, wobei die wissenschaftlichen Leiter sich die Freiheit nehmen, Akzente zu setzen, z.B. bei der Ernährungspsychologie, der Ethik der Ernährung Sterbender, der Sporternährungsmedizin u.a..

Die ersten Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen zu zwei Dritteln aus der Praxis und zu einem Drittel aus dem Krankenhaus. Entsprechend groß war das Interesse an Inhalten, die in der Arztpraxis den Alltag bestimmen: wie sage ich es meiner Patientin/meinem Patienten, war die häufigste Frage. Die Dozentinnen und Dozenten des Kurses stellten sich dieser Frage; manche können ihren Beitrag noch stärker darauf fokussieren. Insgesamt äußerten sich die Teilnehme-

rinnen und Teilnehmer zufrieden bis sehr zufrieden, obwohl nicht alle der weit gespannten Erwartungen jeder und jedes Einzelnen erfüllt werden konnten. Aus Sicht der Organisatoren des Programms erwies sich der Rahmen von 80 Stunden Vorlesungen (an fünf Wochenenden jeweils freitags von 14 - 19 Uhr und samstags von 8.30 - 18 Uhr mit insgesamt sieben Pausen) als eher eng, um den vielen Aspekten der Ernährungsmedizin gerecht zu werden. Aber der Reiz des Kurses liegt auch darin, einen Überblick über das Fachgebiet in Klinik und Praxis zu geben.

Was den hessischen Kurs gegenüber allen anderen in Deutschland angebotenen Kursen hervorhebt, ist die Einbindung von 20 Stunden Hospitation und praktischen Übungen. Zu den Themen PC-unterstützte Ernährungsberatung, bioelektrische Impedanzmessung oder Kalorimetrie gibt es eben nicht nur Vorlesungen. Beim Zuhören in der Diabetesberatung, der klinischen Ernährungsvisite, der Beratung von Patienten mit gastroenterologischen Krankheiten und bei

der Diskussion an einem klinischen Fall kann für den ärztlichen Alltag mehr mitgenommen werden als von noch so gut illustrierten Vorlesungen allein. Aber auch ohne Theorie kommt der Kurs nicht aus, wobei alle sich bemühen, sie Anwendungs-orientiert darzubieten. Mit den positiven Bewertungen und der Kritik der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rücken sind die Akademie und die wissenschaftlichen Leiter ermutigt, im September einen zweiten Kurs zu beginnen. Der Ärztetag 2003 hat die Ernährungsmedizin in die (Muster-) Weiterbildungsordnung aufgenommen. Die spätere Umsetzung in den Landesärztekammern ist damit vor 2004 nicht zu erwarten.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Michael Krawinkel
Institut für Ernährungswissenschaften
Justus-Liebig-Universität
Wilhelmstraße 20
35392 Gießen
email: Michael.Krawinkel@ernaehrung.uni-giessen.de

9. Diabetologie-Expertengespräch

Diabetes sticht mitten ins Herz

Die Prävention des Diabetes mellitus war eines der Themen des 9. Diabetologie-Expertengesprächs in Weilburg. Geleitet wurde die Veranstaltung, zu der Diabetologen aus Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland von der Bayer AG eingeladen worden waren, von Professor Dr. Reinhard G. Bretzel aus Gießen. Im Gespräch mit Dr. Monika Vogt aus Frankfurt faßte er die aus seiner Sicht wichtigsten Aspekte des Symposiums zusammen.

Postprandialer Blutzucker als eigenständiger Risikofaktor

? *Vogt: Dem Thema Diabetes und Herz war eine eigene Sitzung gewidmet. Dabei wurde unter anderem darauf hingewiesen, daß auch Vorstadien des Diabetes, wie eine gestörte Glukosetoleranz, prognostisch bedeutsam sind. Was heißt das für die Praxis?*

Bretzel: Ich kann mich noch sehr gut an meine erste ärztliche Tätigkeit im Universitätsklinikum Ulm zu Beginn der siebziger Jahre erinnern. Auf Anregung unseres akademischen Lehrers, Professor Ernst-Friedrich Pfeiffer, mußte bei jedem



Prof. Dr. R. G. Bretzel häufig eine gestörte Glukosetoleranz oder einen unerkannten Diabetes aufwies. Über die Jahre scheint diese Erkenntnis - trotz entsprechender Daten der englischen Whitehall Study 1980 - etwas in Vergessenheit geraten zu sein, sicher auch im Rahmen einer hochgradigen Spezialisierung von der umfassenden Inneren Medizin hin zum Herzkathet-

erlabor.

Spätestens seit einer großen europäischen epidemiologischen Studie (DECODE-Study, 1999) wurde uns wieder bewußt, daß postprandial erhöhte Blutzuckerwerte mit einem erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsrisiko und hohen Mortalitätsraten verbunden sind. Der Nüchternblutzucker ist in der Regel noch normal, der Patient somit per definitionem kein Diabetiker, sein Risiko im Rahmen des Metabolischen Syndroms wird jedoch verkannt. Ist schließlich der Diabetes etabliert, hat der Patient aufgrund neuerer Studiendaten ein exzessiv hohes koronares Risiko, das dem eines nichtdiabetischen Postmyokardinfarkt-Patienten entspricht!

Wie wichtig der postprandiale Blutzucker ist, zeigt auch eine prospektive schwedische Studie zum Glukosestoffwechsel bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt, die im renommierten Fachjournal „The Lancet“ (2002 Jun 22;359:2140-4) publiziert worden ist. Danach wurde (bei Entlassung und drei Monate später) bei 40 % der Patienten eine gestörte Glukosetoleranz gefunden und 31 % der Patienten hatten einen bis dahin unerkannten Diabetes. Hätte man sich nur auf die Messung des Nüchtern-Blutzuckers gestützt, wären zwei von drei Risikopatienten unerkannt geblieben.

Welche Schlüsse sind daraus für die Praxis zu ziehen? Risikopersonen sind jene mit familiärer Belastung zu (frühzeitigem) Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes, Patienten mit essentieller Hypertonie (etwa 70 % dieser Patienten weisen eine Insulinresistenz auf), abdominalem Fettverteilungstyp (Hüftumfang beim Mann > 94 cm, bei der Frau > 80 cm) und Fettstoffwechselstörungen sowie Patienten nach Myokardinfarkt. Bei diesem Personenkreis sollte ein oraler Glukosebelastungstest (75 g Glukosetrunk mit Bestimmung des Nüchtern-, 1h- und 2h-Blutzuckerwertes) durchgeführt werden.

Bei 2h-Werten > 140 mg/dl (IGT, Impaired Glucose Tolerance) müssen Präventivmaßnahmen eingeleitet werden.

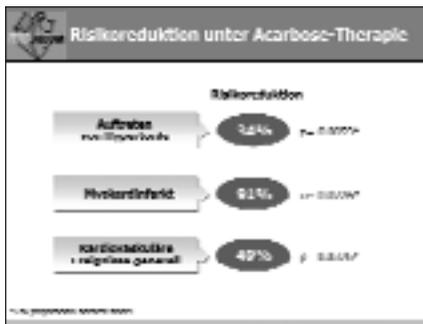
Acarbose reduziert die Entwicklung kardiovaskulärer Ereignisse

? *Vogt: Prävention ist also ein Thema von ganz besonderer Bedeutung. Kaum verwunderlich, daß daher auch die Ergebnisse der STOP-NIDDM und anderer Studien einen breiten Raum auf dem Symposium einnahmen. Welches Vorgehen empfehlen Sie Ihren niedergelassenen Kollegen, die tagtäglich Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 betreuen?*

Bretzel: Die Studienlage ist inzwischen eindeutig: mit Änderungen der Lebensweise (Ernährung, Gewichtsabnahme, mehr Bewegung) und/oder Medikamenten (Acarbose, Metformin) läßt sich beim Menschen mit einer gestörten Glukosetoleranz (IGT) das Risiko für die Entwicklung eines manifesten Typ 2 Diabetes vermindern. In der sog. STOP-NIDDM-Studie wurde placebokontrolliert Acarbose (Glucobay®, einschleichend bis maximal 3 x 100 mg pro Tag) bei 714 Personen mit IGT verabreicht (Lancet, 2002 Jun 15;359: 2072-7). Nach drei Jahren war das Diabetesrisiko um 36 % gesenkt bei zwei OGTT (Oraler Glukosetoleranztest). Damit konnte aber auch das Risiko eine Hypertonie zu entwickeln um 34 % gesenkt werden, das für Atherosklerose und KHK um 49 %, und das für Myokardinfarkt gar um 91 % (siehe Abb. nächste Seite).

Die Frage verbleibt, wie setzt man diese Erkenntnis in die Praxis um? Hierzu müßte ein grundlegendes Umdenken in unserem Gesundheitssystem einsetzen: weg von der Reparaturmedizin hin zur Präventivmedizin. Leider fühlen sich die Kostenträger ihrem gesetzlichen Auftrag nach nur für kranke Menschen zuständig. Die drohenden Disease-Management-Programme, eigentlich aus finanziellen Gründen geplant und erst sekundär mit dem hehren Ziel einer besseren Patientenversorgung verbrämt, werden das genaue Gegenteil bewirken. Minimalleitlinien fernab der auf dem Boden der Studienevidenz erstellten Leitli-

nien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, werden dem Arzt, der sich in diese Programme verbindlich einschreibt, jegliches individuelles ärztliches Handeln unterbinden. Im Rahmen dieser „Staatsmedizin“ finden sich in den Vertragsentwürfen regelrechte Folterparagrafen und „Sanktionen“ zur



Knebelung des Arztes innerhalb der engen diagnostischen und therapeutischen Vorgaben durch die Kassen. Eine Perversion des Begriffes „Kassenarzt“ droht.

Aber auch der Patient ist gehalten, Prävention, d.h. Krankheitsvermeidung zu betreiben und letztendlich wird sich individuelle Vorbeugung wahrscheinlich nur durch Einführung eines Bonus- oder Malus-Systems erreichen lassen. Schließlich sollten Aufklärungsaktionen zur Gewichtsnormalisierung, gesunden Ernährung und regelmäßiger körperlicher Betätigung in die Kindergärten, Schulen und Familien hineingetragen werden.

Bedeutung der IGT nimmt zu

? *Vogt: Es wurde ja auch bemängelt, daß die Verhinderung der Diabetesmanifestation auf der Höhe der IGT noch nicht ausreichend in den Leitlinien berücksichtigt ist. Gehen Sie davon aus, daß sich hier bald etwas ändern wird?*

Bretzel: Die Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft aus den Jahren 1999 – 2000 orientieren sich überwiegend am glykosylierten HbA1c und dem Nüchtern-Blutzuckerwert, weit weniger am postprandialen Blutzucker oder aber dem Vorstadium des Typ 2 Diabetes, der gestörten Glukosetoleranz (IGT). Die eingangs beschriebenen, in größeren Studien gefestigten Daten zur Bedeutung der IGT wurden erst in den letzten zwei bis drei Jahren publiziert. Ich bin mir si-

cher, daß diese wichtigen Erkenntnisse im kontinuierlichen Prozeß der sog. Leitlinien-Pflege berücksichtigt und in die nächste Fassung eingearbeitet werden.

? *Vogt: Ein weiterer Schwerpunkt waren die Zusammenhänge zwischen dem Diabetes und der Gastroenterologie. Welche Aspekte erscheinen Ihnen hier besonders wichtig?*

Bretzel: Es erschien mir wichtig, auf die Zusammenhänge zwischen Typ 1 Diabetes und Zöliakie/Sprue hinzuweisen. Im Rahmen eines übergeordneten polyglandulären Autoimmunsyndroms können die lymphozytären Infiltrate die Dünndarmschleimhaut befallen (positiver Autoantikörpernachweis gegen Gliadin und Dünndarmbiopsie), aber auch die Schilddrüse (Hashimoto Thyreoiditis) oder Nebennierenrinde (Morbus Addison). Man sollte einmal im Jahr bei Patienten mit singulärem Krankheitsbild (z.B. Autoimmunthyreoiditis Hashimoto) auch die übrigen Autoantikörper des gesamten Spektrums bestimmen. Dies ergab sich u.a. aus Studien der eigenen Klinik (Gießen-Bad Oeynhausen Familien-Studie).

Ein weiterer Aspekt betrifft die im einzelnen noch nicht völlig geklärten Zusammenhänge zwischen gestörter exokriner und endokriner Pankreasfunktion. So fanden wir überproportional häufig eine exokrine Pankreasinsuffizienz (verminderte Elastase-Werte im Stuhl) sowohl bei Typ 1 als auch besonders bei Typ 2 Diabetikern. Dies könnten Hinweise sein auf ein beide Drüsenanteile befallendes Autoimmungeschehen oder einen bisher zu selten diagnostizierten Typ 3 Diabetes (z.B. pankreopriver Diabetes). Man sollte daher bei Diabetikern häufiger die Elastase im Stuhl bestimmen und ggf. weitergehende Maßnahmen (ERCP, CT, ggf. Papillotomie) ergreifen.

Therapieansätze beim Typ 1 Diabetes

? *Vogt: Angesprochen wurden auch Untersuchungen zum Typ-1-Diabetes, die darauf hinweisen, daß bei der Entzündung der Langerhans'schen Zellen mindestens zwei Formen unterschieden werden müssen, nämlich eine eher*

benigne und eine destruktive Form.

Bretzel: Aus tierexperimentellen Modellen des Typ 1 Diabetes, dem Autoimmun-diabetes, wissen wir schon lange, daß man offenbar „Glück“ haben kann, indem die lymphozytären Infiltrate nur eine Periinsulitis verursachen, die nicht zur Betazell-Zerstörung führt oder man hat „Pech“ und die Zellinfiltrate erreichen die inneren Bereiche der Langerhans'schen Insel und zerstören die Betazellen. Aus retrospektiven Serumanalysen von Typ 1 Diabetikern weiß man zudem, daß Jahre vor der klinischen Manifestation des Diabetes bereits Inselzellantikörper vorhanden sein können. Dies eröffnet die Möglichkeit, in Familien mit einem Typ 1 Diabetiker nach Inselzellantikörper-positiven, aber noch nicht an Diabetes erkrankten Personen zu suchen (z.B. Gießen-Bad Oeynhausen Studie). Aus früheren Studien an unserer Klinik ist zudem bekannt, daß z.B. nach Masernimpfungen bei Kindern spontan und offenbar nur temporär Inselzellantikörper auftreten können. Keines der ICA-positiven Kinder wurde in der Folge diabetisch. Faktoren, die diesen benignen Verlauf bewirken, kennt man im einzelnen nicht. Alle bisherigen Versuche mit sog. Immuninterventionen bei Prä-Typ 1 Diabetikern, d.h. inselzellpositiven Verwandten von Typ 1 Diabetikern, waren leider erfolglos, so auch die inzwischen abgeschlossenen placebokontrollierten prospektiven Studien DENIS und END-IT (mit Nicotinamid bzw. DPT-1 (mit Insulingabe). Weitere Studien mit Enzymgemischen, Insulinmolekülfragmenten oder anderen Peptiden laufen aber noch mit dem Ziel, den Autoimmunprozeß wenigstens im Stadium der Periinsulitis zu halten oder gänzlich zu unterdrücken, um so eine destruirende Insulitis mit unausweichlichem Betazell-Untergang und nachfolgendem insulinpflichtigen Typ 1 Diabetes zu verhindern.

Schlüsselwörter

9. Diabetologie-Expertengespräch – Postprandialer Blutzucker – STOP-NIDDM-Studie – Prävention – Impaired Glucose Tolerance – Typ 1 Diabetes

3. Forschungswerkstatt Moxifloxacin

33 Forschungsprojekte und mehrere klinische Studien wurden auf der „3. Forschungswerkstatt Moxifloxacin“ in Wuppertal von Mikrobiologen und Klinikern aus ganz Deutschland vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, daß das Potential von Moxifloxacin (Avalox®) über die Therapie von Atemwegsinfektionen weit hinausgeht.

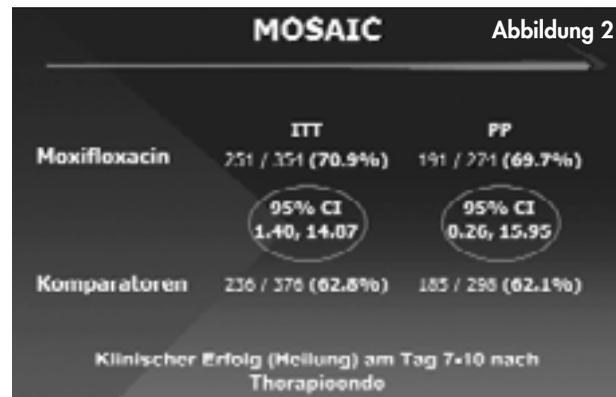
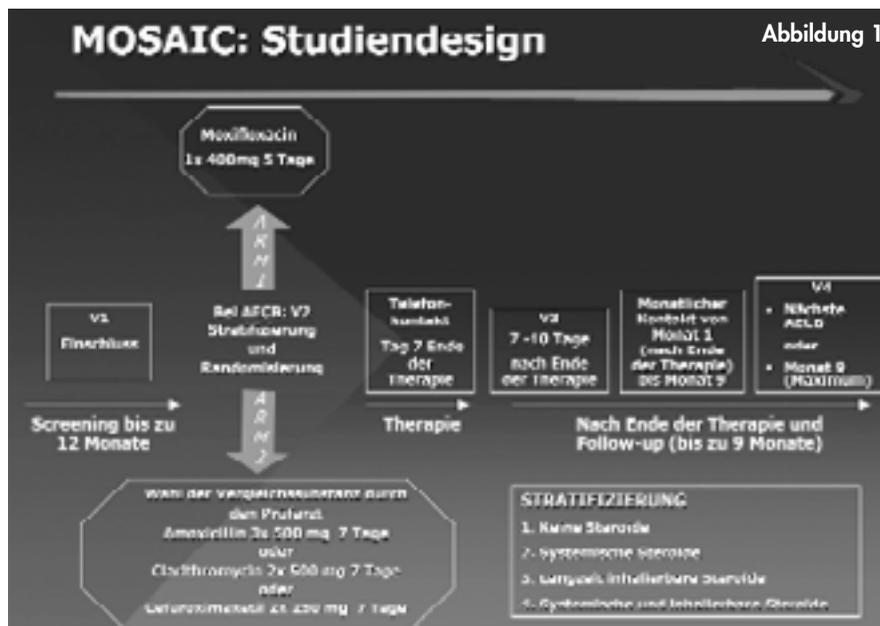
In den zur Zeit zugelassenen Indikationen akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis, ambulant erworbene Pneumonie und akute Sinusitis wurden bislang weltweit mehr als 23 Mio. Patienten erfolgreich mit Moxifloxacin behandelt. Aktuelle Daten aus In-vitro-Projekten und klinischen Studien bestätigen die rasche und nachhaltige Wirksamkeit von Moxifloxacin bei diesen Infektionen.

Als neue Indikationen befinden sich derzeit komplizierte Haut- und Weichteil- sowie Bauchrauminfektionen in der klinischen Entwicklung.

In der von Professor Tom Schaberg (Rotenburg) vorgestellten MOSAIC-Studie hat Moxifloxacin erneut gezeigt, daß sich eine sehr gute In-vitro-Aktivität gegen die relevanten Erreger von Atemwegsinfektionen auch in klinischen Re-

sultaten niederschlägt. In der multinationalen Studie wurde Moxifloxacin doppelblind mit den Standardtherapeutika Amoxicillin, Clarithromycin und Cefuroximaxetil bei ambulanten Patienten mit akuter Exazerbation einer chronischen Bronchitis vom Anthonisen-Typ I verglichen (Abb. 1).

Die Analyse der Daten zeigt, daß die Moxifloxacin-Therapie (5 Tage) sowohl klinisch (Abb. 2) als auch bakteriologisch der Standardtherapie (7 Tage) signifikant überlegen war. Moxifloxacin-Behandelte benötigten zudem signifikant seltener weitere systemische Antibiotika nach Therapieende. Die Patienten wurden nach Ende der Antibiotikatherapie bis zu neun Monate nachbeobachtet, um mögliche Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf zu erfassen. Patienten, die mit Standardantibiotika behandelt worden waren, hatten deutlich früher eine erneute Exazerbation als die Moxifloxacin-Behandelten. Die Verträglichkeit in beiden Therapiearmen war vergleichbar.

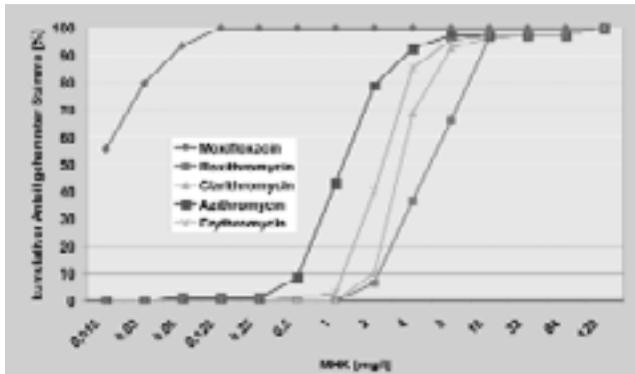


MOXIAKTIV – erste Resultate

Prüfleiter Professor Enno Jacobs (Dresden) präsentierte erste Ergebnisse der Mitte 2002 gestarteten prospektiven MOXIAKTIV-Studie zur Bestimmung der Resistenzsituation und In-vitro-Aktivität von Moxifloxacin gegenüber Klinikisolaten von Patienten mit Atemwegsinfektionen im Vergleich zu anderen Antibiotika. Solche nationalen Studien sind unverzichtbar, weil Daten zur bakteriellen Antibiotika-Empfindlichkeit aus anderen Ländern auf die hiesige Situation nur bedingt übertragbar sind. Laut Zwischenanalyse von fast 1.300 Isolaten war Moxifloxacin von den untersuchten Antibiotika (Levofloxacin, Cefuroxim, Amoxicillin/Clavulansäure) gegen Pneumokokken mit 98,8 % In-vitro-Wirksamkeit die aktivste Substanz. Kein Isolat von *Haemophilus influenzae* und *Moraxella catarrhalis* war gegen Moxifloxacin resistent. Auch gegen *Klebsiella pneumoniae* erwies sich Moxifloxacin als das wirksamste Antibiotikum (94 % sensibel). Angesichts dieser Ergebnisse sei man beispielsweise bei Patienten, der im Rahmen einer Grippe eine bakterielle Superinfektion entwickeln, in der kalkulierten Therapie „mit Moxifloxacin auf der sicheren Seite“, betonte Jacobs.

Resistenzlage bei *Haemophilus influenzae*

Eine In-vitro-Untersuchung aktueller *Haemophilus*-Patientenisolate aus dem



Die Zukunft des Gesundheitswesens

Darin, daß sich das deutsche Gesundheitswesen in einer tiefen Krise befindet, stimmten beide Referenten überein: Offensichtlich bestehe eine zunehmende Diskrepanz zwischen den verfügbaren Mitteln und den Ansprüchen und Bedürfnissen der Patienten, stellte Dr. med. Alfred Möhrle auf dem jüngsten Bad Nauheimer Gespräch fest. Das bedrohliche Szenario einer Rationierung von Leistungen sei in aller Munde. „Gesundheitsleistungen rationieren heißt, Patienten eine wirksame Behandlung vorzuenthalten“, kritisierte der Präsident der Landesärztekammer Hessen. Professor Dr. Eckhard Knappe von der Universität Trier, Sachverständiger in der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“, sprach von einem Teufelskreis aus steigenden Beiträgen und Lohnnebenkosten, zunehmender Arbeitslosigkeit und wiederum steigenden Beiträgen. Im demographischen Wandel werde sich diese Problematik noch drastisch verschärfen. „Das Gesundheitswesen muß auf eine völlig neue Grundlage gestellt werden“, forderte der Ökonom.

Rationierung und Wettbewerb

Unter dem Titel „Die Zukunft des Gesundheitswesens“ hatten der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V., Gesellschaftspolitisches Forum der Landesärztekammer Hessen, und die Wirtschaftspolitische Gesellschaft von 1947 e.V., zu einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung in den Lichthof der Industrie- und Handelskammer in Frankfurt eingeladen. Nach den einleitenden Worten des geschäftsführenden Vorsitzenden der Wirtschaftspolitischen Gesellschaft, Professor Dr. Siegfried Blasche, führte Heike Göbel, Redakteurin der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, als Moderatorin durch den Abend. Während Knappe versuchte, in seinem Vortrag davon zu überzeugen, daß an die Stelle staatlicher Interventionen eine Ordnungspolitik

treten müsse, die einen funktionierenden Wettbewerb ermögliche, beschäftigte sich Möhrle in erster Linie mit der Rationierung von Gesundheitsleistungen und zeigte mögliche Maßnahmen zur Konsolidierung des Gesundheitssystems auf.

Die Weiterentwicklung der Medizin biete Behandlungsmöglichkeiten für viele Erkrankungen, die früher nicht behandelbar waren, erklärte Möhrle. Dadurch könnten die Deutschen länger leben. Die Bevölkerung werde älter, habe damit aber auch mehr altersbedingte Erkrankungen. „Längeres Leben wird oft mit dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit erkaufte. Fortschritt ist aber nicht umsonst zu erhalten.“ Daher reichten die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel nicht aus, alle Möglichkeiten der Medizin für jeden verfügbar zu machen.

Theoretisch gebe es zwei Lösungswege: Leistungen zu rationieren oder aber nach einer auf Dauer tragfähigen Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen zu suchen. In verdeckter Form habe man in Deutschland schon eine Rationierung von Gesundheitsleistungen, sagte Möhrle.

So zwingt die Budgetierung den Arzt oft dazu, weniger zu verordnen, als er eigentlich für nötig halte. Dies laufe jedoch der Einstellung der Ärzte völlig entgegen, da er durch sein ethisches Grundverständnis verpflichtet sei, Krankheiten zu heilen, Leiden zu lindern und Gesundheit zu erhalten, kurz: seinem Patienten alles zukommen zu lassen, was diesem Ziel nützt. „Ich glaube nicht, daß Sie sich einen Arzt wünschen, der nicht zu diesem Prinzip steht.“ Rationierung sei also aus ärztlicher Sicht abzulehnen.

Einnahme- und Ausgabe Seite

Alles, was bisher zur Stabilisierung des Gesundheitsbereiches versucht worden sei, habe bestenfalls eine vorübergehende Entlastung gebracht. Auch im

jetzt vorliegenden Entwurf des „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“ seien brauchbare Vorschläge enthalten, aber sie gingen nicht weit genug, urteilte Möhrle. Das Problem habe eine Einnahme- und eine Ausgabe Seite. Für die Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung spiele zweifellos die hohe Arbeitslosigkeit mit entsprechendem Rückgang der Beitragseinnahmen eine entscheidende Rolle. Gleiches gelte für die sinkende Lohnquote.

Als Vorschlag für die Verbesserung der Einnahmeseite bietet sich nach Möhrles Auffassung die Einbeziehung weiterer Bevölkerungssteile sowie anderer Einkommensarten neben dem Arbeitslohn an. Auch müßten die sogenannten „Verschiebebahnhöfe“ beseitigt werden, also Ausgaben, die den Steuerhaushalt oder einen anderen Zweig der Sozialversicherung entlasten und die Einnahmen der GKV verringern.

Mit Blick auf die Ausgabe Seite laute eine der wichtigsten Forderungen, versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und sonstige Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft nicht mehr aus der GKV, sondern aus Steuermitteln zu finanzieren. Außerdem sei der Wechsel vom Sachleistungssystem hin zu einem Kostenerstattungssystem zu überlegen: Neben der damit für ihn verbundenen Kontrollmöglichkeit könne der Patient sehen, welche Kosten er tatsächlich verursacht habe.

Weg von direkten staatlichen Interventionen

Die Worte des Ökonomen klangen nüchtern: Bis zum Jahr 2050 werde die Bevölkerungszahl der Deutschen auf etwa 60 Millionen sinken, die Relation zwischen Rentnern ab sechzig Jahren zu den Erwerbstätigen sich jedoch etwa verdoppeln, sagte Eckhard Knappe

voraus. Der medizinische Fortschritt erhöhe die Ausgabenwahrscheinlichkeit jedes Jahr. Für das Gesundheitswesen, in dem das Ausgabenrisiko vom Alter der Betroffenen abhängt, bedeute dies:

1. Immer mehr Alte werden durch den medizinischen Fortschritt immer teurer.
2. Durch Arbeitslosigkeit und demographischen Wandel brechen die Beiträge weg.

Sofortmaßnahmen, wie Senkung der Beitragssätze um 1 % bei gleichzeitiger Herausnahme der Leistungen für den Zahnersatz, führten, wenn die Entwicklung so weitergehe, in einigen Jahren zu einer 25 %igen Steigerung des Beitragssatzes, rechnete Knappe vor. Dem stehe der ordnungspolitische Gedanke entgegen, der eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems bedeute. Statt direkter staatlicher Interventionen ist nach Knappes Auffassung eine Ordnungspolitik erforderlich, die einen funktionierenden Wettbewerb ermöglicht.

Knappe verblüffte seine Zuhörer mit der Behauptung, daß das derzeitige Gesundheitswesen in hohem Maße ungerecht, weil nicht solidarisch sei. Es erfasse nämlich weder die hohen Arbeitslöhne noch die hohen Kapitaleinkommen. Viele Menschen seien gegen den Wettbewerb im Gesundheitswesen, da sie befürchteten, daß die soziale Gerechtigkeit

auf der Strecke bleibe. Tatsächlich könne das System jedoch langfristig nur durch die Umstellung auf mehr Wettbewerb gerettet werden. Auf der Ebene der Krankenkassen, aber auch auf der Ebene der Leistungserbringer, forderte Knappe eine weitgehende Deregulierung. Im heutigen Dreiecksverhältnis der Instrumente auf dem „Gesundheitsmarkt“-Lieferanten (gesetzliche Krankenversicherungen), Kunden (Versicherte, Patienten) und Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser etc.) - sei es den gesetzlichen Krankenversicherern gar nicht möglich, Wettbewerbsangebote zu machen; außerdem sei kein kostendeckendes Preissystem vorhanden. Knappe bezeichnete die Einführung eines solchen Preissystems als die Durchschlagung des gordischen Knotens: des Teufelskreises eines ständigen Sparzwangs.

Abkoppelung vom Arbeitsmarkt

„Unumgänglich ist vor allem ein neues Finanzierungssystem, das eine Abkoppelung vom Arbeitsmarkt vorsieht, mehr Kapitaldeckung möglich macht und gleichzeitig den sozialen Ausgleich von seinen heutigen Ungerechtigkeiten befreit“, betonte Knappe. Er plädierte für pauschale Prämien für jeden Bürger von der Geburt bis zur Bahre in Höhe von ca. 150 Euro. Würde man Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre aus diesem System herausnehmen, beliefe sich

die Pauschale auf etwa 200 Euro. Die Kassen könnten auf dieser Basis unterschiedliche Angebote machen; Zusatzleistungen seien vom Einzelne zu versichern. Um Härten zu vermeiden, müsse allerdings eine soziale Abfederung - aus Steuergeldern oder Aufschlagszahlungen - gewährleistet sein. Außerdem sollten alle Nettoeinkommensquellen eines Haushaltes berücksichtigt werden, um ein Äquivalenz-Einkommen als Maßstab der Leistungsfähigkeit zu ermitteln.

Grundsätzlich muß sich unsere Gesellschaft darüber klar werden, was sie sich als solidarisch finanziertes Gesundheitswesen leisten will oder kann und zu welchem Preis“, verlangte Möhrle. Dabei werde die Eigenverantwortung des einzelnen weit mehr gefordert werden müssen als bisher. Natürlich bei sozialer Abfederung: Auf keinen Fall dürfe es dazu kommen, daß Personen einer bestimmten Einkommensschicht oder ab einem bestimmten Alter Leistungen des Gesundheitswesens vorenthalten würden.

Katja Möhrle

Schlüsselwörter

Ausgabenseite – Deregulierung – Einnahmeseite – Gesetzliche Krankenversicherung – Gesundheitsleistungen – Gesundheitswesen – Ordnungspolitik – Rationierung – Staatliche Interventionen – Wettbewerb

Anzeige

Gesundheit ist ein Menschenrecht
Deshalb hilft **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in mehr als 80 Ländern Menschen in Not ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.

Helfen Sie mit!



MÉDECINS SANS FRONTIÈRES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 97 0 97
Landesbank Berlin • BLZ 100 500 00

Die Praxis als Lern-Ort

3. Workshop für weiterbildungsermächtigte Allgemeinärzte und Assistenten

27. September 2003

10.00 bis ca. 15.30 Uhr

im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim

Veranstalter: AG Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen (AWAH), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Hausärzterverband BDA Hessen.

Verantwortlich: Norbert Donner-Banzhoff, Marburg; Horst Löckermann, Darmstadt; Erika Baum, Marburg; RA Andreas Wagner, Frankfurt.

Anmeldung: Abt. für Allgemeinmedizin, Universität Marburg, 35033 Marburg.

Fax: 06421/28-65121, norbert@med.uni-marburg.de

Unkostenbeitrag: € 12,- für Verpflegung

Auf in die Sommerpause!

Siegmond Kalinski

In den Schulen wurden die Zeugnisse verteilt, einige Werkstore werden für zwei, drei Wochen geschlossen, Deutschland genießt die Ferien. Viele Räder stehen still, auch auf den Autobahnen – dort im Stau, weil alle zur gleichen Zeit auf dem Weg in den wohlverdienten Urlaub sind. Jetzt machen alle Pause. Fast wie in Italien: Ferragosto. Auf in die Sommerpause!

Alle sind im Urlaub, nur die Parlamentarier nicht, die die Gesundheitsreform vorbereiten müssen. Die haben keine Pause, im Gegenteil. Sie müssen sich sputen, denn bis Ende August soll der Gesetzesentwurf für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) abgestimmt sein, damit er im September im Bundestag eingebracht werden kann.

Seehofer führt die Opposition

Nach langem Hin und Her, wobei sich Horst Seehofer allerlei Kapriolen leistete, einigte sich die Opposition darauf, daß der stellvertretende Vorsitzende der CSU (zugleich auch stellvertretender Vorsitzender der Unionsbundestagsfraktion und ehemaliger Gesundheitsminister) letzten Endes doch die Union bei den Verhandlungen mit der Regierungskoalition führt. Ob damit Schluß mit der Kakophonie in der Union sein wird, ist noch nicht sicher. Jedenfalls haben bis jetzt sowohl Frau Merkel als auch die Herren Merz, Koch und noch einige andere, abweichende Meinungen in der Öffentlichkeit vertreten.

Horst Seehofer – wenn man sich nur auf ihn verlassen könnte! – wäre schon durch seine Erfahrungen prädestiniert für diese Verhandlungen. Hoffen wir, daß er die Lektionen von Lahnstein nicht vergessen hat! Damals wurde er von seinem damaligen Gegenspieler Rudolf Dreßler ganz schön über den

Tisch gezogen. Jetzt erholt sich Rudolf Dreßler als Botschafter in Israel von seinen parlamentarischen Kämpfen und innerparteilichen Konflikten. Sein damaliger Assistent aber, Klaus Kirschner, der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Bundestages, ist weiterhin mit von der Partie und ist wahrlich kein bequemer Gegenspieler. Und so beginnt für Seehofer das damalige Schachspiel von Neuem. Wer diesmal der Sieger sein wird, das werden wir am Ende des Jahres erfahren.

Die KBV bleibt sich treu

Obwohl die politische Lage noch immer sehr nebulös ist, bleibt sich die KBV treu. In voreilemdem Gehorsam hat sie sich selbst kastriert, hat sich, vornehmer ausgedrückt, bereits jetzt verschlankt, gemäß dem Entwurf des GMG. Dabei: Wie das Gesetz in seiner Endfassung aussehen wird, weiß bis jetzt nicht einmal Ulla Schmidt, die KBV aber hat bereits im Voraus die Forderungen des Gesetzes – formuliert durch die Kräfte, die das „Kartell der Ärzte“ entmachtet sehen wollen – akzeptiert. Jetzt wird auch die Opposition wahrscheinlich keine Einwände mehr gegen die neue Strukturierung erheben, denn wenn es die Ärzte „selbst so wollen“, warum sollte sie dann dagegen sein?

Die Führung der KBV begründete ihr ach so pflichtbewußtes Verhalten damit, daß sie politikfähig sein, in der Politik mitreden wolle. Wer's glaubt – wird sicherlich selig, jedenfalls werden in Zukunft die Funktionäre, die Vorsitzenden der KVen und ihre Stellvertreter, ganz unter sich sein und das Parlament der Kassenärzte aus ihren Reihen bilden. Die

bisherigen Delegierten, die Vertreter der Kassenärzteschaft, bleiben außen vor. Ein seltsames Verständnis von

Demokratie, Autonomie und Selbstverwaltung. Schade!

Die KBV-Vertreterversammlung wird in Zukunft aus 50 Abgeordneten, aus je einem Vertreter der Haus- und der Fachärzte pro KV, bestehen, in der Regel aus den ersten und zweiten Vorsitzenden der regionalen KVen, hin-

zu kommen je zwei Vertreter der Psychotherapeuten und zwei Vertreter der ermächtigten Krankenhausärzte, in der Regel Delegierte des Marburger Bundes. Der Vorstand soll höchstens fünf Mitglieder haben und die Wahlen werden nach dem Grundsatz des Verhältniswahlrechts durchgeführt. Ob diese erste „große Reform“ der KBV der Kassenärzteschaft gut bekommen wird, darüber sind Zweifel erlaubt...

Kommt der EBM 2000plus?

Das gilt auch für die „zweite große Reform“, den EBM 2000plus. Wie bekannt, aber meist schon in Vergessenheit geraten, hat die KBV vor etwa drei bis vier Jahren für einen schönen Batzen Geld (man spricht von einer siebenstelligen D-Mark-Summe) eine Gebührenordnung in der Schweiz eingekauft, die dann in endlosen Sitzungen an unsere Verhältnisse, Gesetze usw. angepaßt wurde. Zum Schluß kam der EBM 2000plus dabei heraus, wie das Produkt vornehm heißt. Zwar sieht der Entwurf des neuen GMG die Einführung von Komplexgebühren, Fallpauschalen und Pauschalvergütungen vor, alles Posten, die der EBM 2000plus nicht vorsieht, aber der



Hauptschöpfer der neuen Gebührenordnung, der KBV-Geschäftsführer Dr. Andreas Köhler, ist überzeugt, daß sich sein Werk trotz allem durchsetzen wird. Sein Glaube in Gottes Ohr; denn vorläufig streiten sich die Kassen und die KBV noch um den kalkulatorischen Arztlohn pro Minute. Die ärztlichen Verhandlungsführer verlangen nicht mehr 92 Cents, wovon anfangs die Rede war, sogar nur 88 Cents (umgerechnet 1,71 Mark), wohingegen die Krankenkassen die Doktores lediglich mit 66 Cents (1,30 Mark) honorieren, man sollte besser sagen, abspeisen möchten. Doch die KBV will von ihrer Forderung nicht abweichen, denn dieser Satz wäre sogar noch unter dem einer OP-Schwester im Krankenhaus.

So ganz nebenbei: Schon die Einführung des neuen GMG wird zu erheblichen Turbulenzen in der Praxisorganisation der niedergelassenen Kollegen führen – müssen sie sich zugleich auch noch mit neuen EBM 2000plus herumschlagen? Aber vielleicht ist es gar nicht so schlecht, alles Schlimme auf einmal schlucken und verdauen zu müssen!

Keine Einzelverträge für die Fachärzte ohne KV?

Nach den bisherigen Informationen sollen alle Fachärzte, nicht nur Augen- und Frauenärzte, in den KVen

bleiben, die Möglichkeit zu Einzelverträgen unter dem Dach der KV wird noch ventiliert. Die KBV hat auch ein weiteres eigenes Konzept eingebracht, das sogenannte „Zwei-Tarife-Modell“. Danach soll sich der Versicherte zwischen zwei Tarifen entscheiden können: Einem Hausarzt-Sachleistungstarif und einem Kostenerstattungstarif. Wer sich dazu entschließt, bei Gesundheitsbeschwerden einen Hausarzt seiner Wahl aufzusuchen, soll weiterhin das Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen können. Auch Augen- und Frauenarzt sollen ohne Überweisung beansprucht werden können; wenn aber die Hilfe eines anderen Spezialisten gebraucht würde, müßte der Patient vom Hausarzt an den entsprechenden Kollegen überwiesen werden. Wer es vorzieht, mit seinen Beschwerden direkt zum Facharzt zu gehen, der entscheidet sich automatisch für das Kostenerstattungssystem – in diesem Fall sowohl für den Fach- wie auch für einen eventuellen späteren Hausarztbesuch. Der Versicherte reicht die Rechnung dann bei der Krankenkasse zur Erstattung ein und trägt eine prozentuale Selbstbeteiligung.

Das ist zweifellos sehr schön gedacht, aber was ist, wenn der Versicherte erst beim Facharzt war und die Kostenerstattung wählte, später beim Besuch des Hausarztes jedoch kein

Wort davon erzählt? Wie soll das kontrolliert werden? Auch da gibt es, wie man sieht, noch manche Unstimmigkeiten, die der Klärung bedürfen.

Die KV Hessen vor der Wahl

Ferienzeit hin, Ferienzeit her – die hessischen Vertragsärzte erwartet in den nächsten Wochen eine turbulente Zeit. Nach dem überraschenden Rücktritt des bisherigen KV-Vorsitzenden Dr. Hans-Friedrich Spies wird Ende September in Frankfurt der neue Vorsitzende der Landes-KV gewählt. Zwar nur für eine kurze Zeit, denn die Legislaturperiode wird in anderthalb Jahren zu Ende gehen, aber die Wahl könnte wichtige Schlüsse über die Besetzung des zukünftigen Vorstandes (nach den neuen Wahlregeln) geben.

In der Gerichteküche brodelt es heiß, auch sollen schon Kandidatenamen in Umlauf und Wahlabsprachen vorhanden sein. Die Spannung wird mit jedem Tag, der die Wahlen näher bringt, wachsen. Warten wir es ab und genießen trotzdem den wohlverdienten Urlaub. Auf in die Sommerpause!

Schlüsselwörter

Gesundheitsreform – Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – Horst Seehofer – Lahnstein II – Neue Struktur der KBV – EBM 2000plus – KV Hessen vor Neuwahlen

100. Geburtstag von Charlotte Volmer, Wiesbaden

Einen runden Geburtstag feiert Charlotte Volmer am 2. August 2003. Sie vollendet das 100. Lebensjahr. Seit dem Tod ihres Mannes erhält Charlotte Volmer eine freiwillige Unterstützungsleistung des Fürsorgefonds der Landesärztekammer Hessen. Bis ins hohe Alter von 98 Jahren hat Charlotte Volmer jedes Jahr am Erholungsaufenthalt des Fürsorgefonds, zuerst in Bad



Nauheim und später dann in Bad Salzschlirf, teilgenommen. Aus krankheitsbedingten Gründen zog sie sich in den letzten beiden Jahren von den Gemeinschaftsaktivitäten des Fürsorgefonds zurück. Der Fürsorgeausschuß der Landesärztekammer Hessen gratulierte Charlotte Volmer zu ihrem 100. Ehrentag und wünscht ihr für die nächsten Jahre viel Glück und Gesundheit.



Sicherer Verordnen

Telithromycin

Vorsicht bei Myasthenia gravis

In einem Rote-Hand-Brief hat der Hersteller von Telithromycin (Ketek®), einem Antibiotikum der mit den Makroliden verwandten Gruppe der Ketolide, empfohlen, das Präparat bei Patienten mit Myasthenia gravis nicht anzuwenden. Fälle von Exacerbationen der Erkrankung (Verstärkung der Muskelschwäche, Dyspnoe, akute Ateminsuffizienz) bis hin zu einem letalen Ausgang sind bekannt geworden. Der Hersteller empfiehlt beim Einsatz von Telithromycin bei Atemwegserkrankungen eine sorgfältige Überwachung der Patienten mit Myasthenie sowie eine Aufforderung an die Betroffenen, bei Verschlechterung der Symptome ihrer Erkrankung sofort einen Arzt aufzusuchen.

Anmerkung: Telithromycin kam erst im Oktober 2001 in den Handel. Über die Risiken dieses Arzneistoffes können daher noch keine genauen Angaben gemacht werden, sie dürften grundsätzlich denen der Makrolide ähnlich sein. Auffällig sind Leberschäden und QT-Zeit-Verlängerungen (Cave Interaktionen mit anderen, die QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln wie z.B. Terfenadin und anderen, über das Zytochrom P 450-3A4 metabolisierten Stoffen wie Simvastatin). Antibiotika wie Amoxicillin und Erythromycin sollten in der Praxis weiter Mittel der ersten Wahl bei Atemwegsinfektionen sein.

Quelle: Pharm. Ztg. 2003; 148: 1421

Anti-Aging-Hormone

Anwendung medizinisch fragwürdig

In einem Vorsymposium des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin wurde die Gabe von Hormonen oder hormonähnlichen Substanzen im Alter diskutiert. Grundsätzlich gilt, daß der Einsatz von Hormonen im Alter keine Substitution, sondern eine Pharmako-

therapie bedeutet, mit allen Risiken einer derartigen Therapie. Nachfolgend die Ergebnisse der Vorträge und Diskussionen:

DHEA: Prohormon für die Synthese u.a. von Testosteron und Estrogenen, bei Frauen Besserung der Befindlichkeit abhängig vom Gesundheitszustand und Körpergewicht möglich, bei Männern mit grenzgradig niedrigem DHEA-Spiegel keine Wirkung. Keine arzneimittelrechtliche Zulassung in Deutschland. Risiko einer Induktion hormonabhängiger Tumoren, Veränderung der Stimmlage bei Frauen.

Postmenopausale Hormontherapie bei der Frau: Bedarf einer medizinischen Indikation und sollte bei beschwerdefreien Frauen und Frauen ohne Osteoporoserisiko nicht generell zum Einsatz kommen. (Weitere Warnhinweise dieser Serie siehe Ausgaben 4/2003 und 6/2003).

Melatonin: Sinnvolle Indikationen sind Verkürzung des sog. Jet-lags und Schlafstörungen (z.B. bei Blinden). Keine arzneimittelrechtliche Zulassung in Deutschland.

Testosteron beim Mann: Nur bei nachgewiesenem Testosteron-Serumspiegel am Morgen unter der Norm, d.h. < 12 nmol/l, wobei tages- und jahreszeitliche Schwankungen zu beachten und unterschiedliche Meßwerte je nach Labor möglich sind. Ein Testosteronmangel durch zusätzliche Grunderkrankungen und medikamentöse Therapien muß ausgeschlossen werden. Weiterhin darf die Gabe von Testosteron nur in Kombination mit klinischen Symptomen eines Androgenmangels (Hypogonadismus) erfolgen. Eine regelmäßige Überwachung des Hämatokrits und Kontrolle der Prostata ist notwendig.

Wachstumshormon: Die Gabe von Wachstumshormon im Alter entbehrt einer wissenschaftlichen Grundlage und ist nicht durch eine zugelassene Indikation gedeckt. Als unerwünschte Wirkungen können auftreten: Carpal-

tunnelsyndrom, Gynäkomastie, mögliche Tumoraktivierung.

Anmerkungen: Bei anderen Hormonen, die als Anti-Aging-Kandidaten in Frage kommen könnten (z.B. Schilddrüsenhormone, Cortisol), liegen lange Erfahrungen mit physiologischen und supra-physiologischen Dosen vor. Sie werden daher in den fraglichen Indikationen nicht eingesetzt. Aufgrund aktueller Informationen wird insbesondere darauf hingewiesen, daß es nach der Berufsordnung Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet ist, für eine Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln vom Hersteller eine Vergütung zu fordern oder anzunehmen (z.B. eine prozentuale Beteiligung am verordneten Umsatz).

Quelle: Therapie mit Hormonen und Antihormonen, Symposium des 109. Kongresses der DGIM 2003

Pantoprazol

Hepatitis

Eine 46jährige Frau wurde nach einer 8tägigen Einnahme des Protonenpumpeninhibitors (PPI) Pantoprazol (Pantozol®, rifun®) wegen krampfartiger Oberbauchbeschwerden stationär aufgenommen. Fehlende Hinweise auf andere Ursachen der stark erhöhten Leberwerte führten zur Diagnose einer medikamentös-toxischen Hepatitis. Symptomatische Therapie über circa acht Tage normalisierte die Laborbefunde und das Befinden der Patientin. Die Autoren empfehlen bei unklaren Hepatitiden eine Überprüfung der aktuellen Medikation, insbesondere auch der Medikamente, die „allgemein als gut verträglich“ bezeichnet werden.

Anmerkungen: Bei allen PPI, die in den empfohlenen Tagesdosen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit keine klinisch relevanten Unterschiede aufweisen, wird auf mögliche Leberenzym erhöhungen hingewiesen. Derzeit im Handel sind: Esomeprazol (Nexium®), Lansoprazol (Agopton®, Lanzor®), Omeprazol (Antra®, viele Generika), Rabeprazol (Pariet®).

Quelle: Dtsch.med.Wschr. 2003; 128: 611

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 5/2003

APO-Bank: Erfolgreiches Geschäftsjahr

Größte genossenschaftliche Primärbank trotz Börsen- und Konjunkturflaute

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank kann erneut ein erfolgreiches Geschäftsjahr verzeichnen. Auf der Vertreterversammlung der Bank am 27. Juni 2003 in Neuss erklärte Vorstandssprecher Werner Wimmer, das Institut wolle zwar nicht selbstzufrieden auf das Erreichte zurückblicken. Angesichts der Rahmenbedingungen könne man aber von einem sehr zufriedenstellenden Jahresabschluß sprechen.

So sei der Zinsüberschuß um 13,8 Millionen Euro auf 361 Millionen Euro angestiegen, wozu neben dem kräftig wachsenden Kreditgeschäft auch zinsstabilisierende Treasury-Maßnahmen beigetragen hätten. Der Anstieg des Provisionsüberschusses um 3 Millionen auf 80,3 Millionen Euro sei ebenfalls sehr erfreulich, insbesondere angesichts der Börsensituation. Die Ausweitung des Verwaltungsaufwands um 11,7 Millionen auf 267,7 Millionen Euro sei in vertretbarem Umfang und hinsichtlich der Personalkosten vor allem auf Tarifierhöhungen sowie Neueinstellungen zurückzuführen. Der Anstieg der Sachkosten resultiere aus der Flutopfer-Spende und den Jubiläumsaufwendungen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Instituten sei aufgrund dieser Entwicklung das Betriebsergebnis vor Risikovorsorge angestiegen – und zwar um 11,7 Millionen auf 177,4 Millionen Euro.

Bei den Erläuterungen zur Risikovorsorge betonte Wimmer, daß sich die vergleichsweise günstige Risikorelation der Bank nicht verändert habe. Dies unterstreiche die Qualität des Risikomanagements im Kreditgeschäft.

Vom Betriebsergebnis in Höhe von 108,1 Millionen Euro seien insgesamt 49,6 Millionen Euro für Steuern aufzuwenden. Aus dem Bilanzgewinn in Höhe von 58,5 Millionen Euro (Vorjahr 56,8 Millionen Euro) würden 25 Millionen Euro für die vergleichsweise hohe Dividende von sechs Prozent ausgeschüttet. Die übrigen 33,5 Millionen Euro seien als Rücklage zur Stärkung des Eigenkapitals vorgesehen.

Mit Blick auf die Volumenentwicklung erklärte Wimmer, daß die APO-Bank mit einer Steigerung der Bilanzsumme um 2,15 Milliarden auf 22,9 Milliarden Euro einem stabilen Wachstumstrend folge. Die Bank habe im abgelaufenen Jahr 12.500 neue Kunden begrüßen können. Die Gesamtkundenzahl erreiche inzwischen 248.200. Ein Grund für den anhaltenden Zugang an Neukunden sei sicherlich, daß die Heilberufsangehörigen gerade in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten die Begleitung und das berufsspezifische Know-how einer erfahrenen Bank schätzten.

Dies werde unterstrichen durch die Ausweitung der Kundenkredite um 1,8 Milliarden auf 15,3 Milliarden Euro. Bei den Neuausleihungen im Darlehensbereich, die mit 2,6 Milliarden Euro um rund 550 Millionen Euro höher als im Vorjahr lagen, sei neben der Immobilienfinanzierung der kräftige Zuwachs an Existenzgründungsfinanzierungen bemerkenswert. Im vergangenen Jahr habe die APO-Bank mehr als 60 Prozent aller Existenzgründungsfinanzierungen in ihrem Marktsegment übernommen.

Das Einlagenvolumen insgesamt sei gegenüber dem Vorjahr um 1,4 Milliarden auf 15,8 Milliarden Euro angestiegen. Zur Refinanzierung des Kreditgeschäfts würden die Einlagen der Kunden schon seit mehreren Jahren nicht mehr ausreichen. Die Bank refinanziere sich deshalb auch über den internationalen Kapitalmarkt.

Ein eher düsteres Bild zeichnete Wimmer hingegen von dem derzeitigen Zustand der Deutschland AG. Besonders deutliche Worte fand er hinsichtlich der aktuellen Diskussion über die Ausgestaltung der Gesundheitsreform. Hier sei das Chaos perfekt. Die Vorschläge der Gesundheitsministerin würden Ansätze zur Entengung und Gängelung miteinander verbinden. „Was der Bevölkerung als solidarisch verkauft wird, ist in Wirklichkeit sozialistisch“, betonte Wimmer unter Beifall der Delegierten.

Unter einem anderen Punkt der Tagesordnung begründete Vorstandsmitglied Günter Preuß den Antrag auf Eigenkapitalbeschaffung über eine Stille Beteiligung. Da die Bank ihr wachsendes Kreditgeschäft auf dem internationalen Kapitalmarkt refinanzieren, sei sie auf ein gutes Rating angewiesen. Die Rating-Agenturen erwarteten im Hinblick auf die zunehmenden Risiken im Bankgeschäft nach internationalem Standard eine Kernkapitalquote von sechs bis sieben Prozent. Der Vergleichswert der APO-Bank belief sich zum Jahresbeginn auf 5,35 Prozent bei einer gesetzlichen Untergrenze von vier Prozent. Um die Kernkapitalquote kurzfristig zu erhöhen, solle neben der Zuführung aus eigenen Mitteln und der Zeichnung von Mitgliedsanteilen das Instrument der Stillen Beteiligung genutzt werden. Die Vertreterversammlung stimmte dieser Stillen Beteiligung in Höhe von bis zu 150 Millionen Euro zu. Als Kapitalgeber kommen vor allem die Versorgungswerke der Freien Berufe infrage. Die Mindeststückelung beträgt 5 Millionen Euro.

Mit dem Übergang auf einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat mußten alle Mitglieder dieses Gremiums neu gewählt werden. Die Vertreterversammlung entsandte auf Vorschlag der jeweiligen Berufsstände die Herren Dr. med. dent. Dieter Dahlmann, Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Apotheker Hans-Günter Friese, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Apotheker Hermann Stefan Keller, Dr. med. Ulrich Oesingmann, Dr. med. dent. Wilhelm Osing, Apotheker Gerhard Reichert, Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm und Dr. med. Wolfgang Wesiack. Die zehn Vertreter der Arbeitnehmer im Aufsichtsrat der Bank waren bereits am 11. Juni gewählt worden.

Bei der Konstituierenden Sitzung des Aufsichtsrats im Anschluß an die Vertreterversammlung wurde Dr. med. dent. Wilhelm Osing einstimmig im Amt des Aufsichtsratsvorsitzenden bestätigt.

Schlüsselwörter

APO-Bank – Vertreterversammlung – Jahresabschluß – Zinsüberschuß – Provisionsüberschuß – Betriebsergebnis – Bilanzsumme – Existenzgründungsfinanzierungen – Kreditgeschäft – Gesundheitsreform – Stille Beteiligung

Aktiv die eigene Lebensqualität verbessern

Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislauf-erkrankungen in Hessen e.V.

Sie führen unverändert die Statistik der Todesursachen in Industriegesellschaften an: Die koronare Herzkrankheit und der Herzinfarkt sind trotz großer Fortschritte in der kurativen Medizin noch immer lebensbedrohliche Erkrankungen. Allerdings kann eine vielseitige, wirksame Therapie die Lebenserwartung und Lebensqualität der Betroffenen inzwischen entscheidend verbessern.

In der Kardiologie setzte vor einem Vierteljahrhundert ein entscheidendes Umdenken ein: An die Stelle dauerhafter Schonung rückte Aktivität in den Mittelpunkt der Therapie. Seither wird der Patient beim Auftreten der koronaren Herzkrankheit oder nach dem Infarkt nicht mehr permanent ruhig gestellt, da dies die körperliche und seelische Leistungsfähigkeit nur noch weiter mindert. Vielmehr können vor allem Menschen mit Koronarerkrankungen in Gruppentherapien durch Bewegung, Entspannungsübungen und gemeinsamen Gesprächen ihr Risikoprofil senken und ihr Leben wieder lebenswerter gestalten.

Heute ist es sogar möglich, Patienten mit Herzerkrankungen in der Akutphase so zu behandeln, daß sie durch Anschlußheilverfahren rasch wieder in die Lage versetzt werden, ihren normalen Lebensrhythmus aufzunehmen. Die Herzgruppe leistet dabei in vielen Fällen eine wichtige Hilfe zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

In Deutschland gibt es mittlerweile 5.000 Herzgruppen. Doch es fehlen noch mindestens weitere 2.000, um allen dafür geeigneten Herzpatienten Hilfe anbieten zu können. Die Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislaufkrankungen hat sich zum Ziel gesetzt:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, da wir den Herzpatienten geeignete Hilfen anbieten wollen, benötigen wir in ganz Hessen Herzgruppen - nicht nur in den Städten, sondern dort, wo die Patienten leben und Sie arbeiten! Wir möchten Sie deshalb aufrufen:

Gründen Sie eine Herzgruppe! Die Hessische Gesellschaft unterstützt Sie!

- Träger der Bewegungstherapie und des Sports bei Aufbau und Organisation von Herzgruppen zu beraten
- Ärzte und Therapeuten für die Betreuung ambulanter Herzgruppen zu gewinnen und ihre Aus-, Fort- und Weiterbildung zu unterstützen
- Information über Vor- und Nachsorge, sowie der Gesundheitsbildung und individuellen Gesundheitsberatung bei Herzerkrankungen zu fördern
- Erfahrungen mit Wissenschaftlern, kardiologischen Abteilungen und Zentren der Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Sanatorien und Kurationskliniken auszutauschen und mit diesen zusammenzuarbeiten
- Mit den Arbeitsgemeinschaften anderer Länder und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislaufkrankungen in Hessen e.V. zusammenzuarbeiten
- Eine dem Bedarf angemessene Zahl ambulanter Herzgruppen flächendeckend zu organisieren

Auch in Präventivgruppen können die Risiken einer Erkrankung gesenkt werden; die Gesellschaft für Präven-

tion und Rehabilitation von Herz-/Kreislaufkrankungen hilft Ihnen dabei, betroffene Personen in geeignete Gruppen zu vermitteln.

Professor Dr. med. Ingeborg Siegfried
Am Hain 2
35444 Biebertal
Tel. 06409/7872
Fax 06409/ 2222354
Vorsitzende der Hess.Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/kreislaufkrankungen

Geschäftsstelle:
K.H. Müller
Präsident des Behindertensportverbandes
Mierendorffstraße 4
36037 Fulda
Tel. 0661/ 62743, Fax 0661/ 62721

Schlüsselwörter

Herzgruppe – Herzinfarkt – Herzpatienten – Kardiologie – Koronare Herzkrankheit – Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislaufkrankungen

28. Wissenschaftlicher Kongreß

25. - 28. September 2003

Kurhaus Bad Salzuffen

Frauen in den besten Jahren: Hormone - Gewicht - Gefühl

Schirmherrin
Bundesfamilienministerin Renate Schmidt

Das komplette Porgramm kann angefordert werden:

Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln
Tel.: 0221 / 4004-540

eMail: aerztinnenbund@aerztinnenbund.de



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Eleonore Taufertshöfer, Nauheim, am 22. September.

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. med. Walter Dittmar, Hofheim, am 3. September,
Dr. med. Manfred Sievert, Frankfurt, am 10. September.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Anzeige

Michael Oelmüller

Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte

Arztrechte
Vertragsarztrecht
Krankenhausrecht

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

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

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

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Rudolf Mauler, Marburg, am 9. September.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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



Wir gedenken der Verstorbenen

- Dr. med. Joachim Adermann, Bad Nauheim
* 11.4.1931 † 4.2.2003
- MUDr. Alois Cuprunov, Rüsselsheim
* 17.6.1931 † 18.4.2002
- Dr. med. Johannes Eckhard, Rüsselsheim
* 16.11.1923 † 16.3.2003
- Dr. med. Hans Stefan Eigel, Frankfurt
* 27.2.1936 † 10.5.2003
- Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Hans-Dieter Gail, Bad Homburg
* 21.9.1927 † 13.3.2003
- Dr. med. Karl Gercke, Frankenberg
* 14.12.1912 † 9.6.2003
- Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
* 5.2.1938 † 16.6.2003
- Dr. med. Lebrecht Kaiser, Hessisch Lichtenau
* 27.12.1920 † 24.5.2003
- Dr. med. Curt Klega, Hochheim
* 12.2.1945 † 4.6.2003
- Dr. med. Eberhard Köbele, Maintal
* 19.11.1932 † 3.6.2003
- Dr. med. Konrad Köster, Hilden
* 2.7.1921 † 22.5.2003
- Dr. med. Werner Kreisler, Griesheim
* 10.6.1951 † 23.5.2003
- Dr. med. Klaus Löhner, Freiburg
* 24.2.1934 † 22.6.2003
- Dr. med. Otto Matzner, Heppenheim
* 19.6.1913 † 14.4.2003
- Dr. med. Eva Berta Mittelbach, Taunusstein
* 19.1.1932 † 4.6.2003
- Dr. med. Liesel Mohr, Friedrichsdorf
* 5.11.1912 † 22.11.2002
- Dr. med. Dr. med. dent. Otto Müller-Driver, Darmstadt
* 19.4.1944 † 7.6.2003
- Dr. med. Guenther Osieka, Hamburg
* 8.10.1916 † 6.5.2003
- Dr. med. Bernd Saubier, Gudensberg
* 13.6.1946 † 1.6.2003
- Dr. med. Sieghart Schmid, Großenlüder
* 8.12.1916 † 15.6.2003
- Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Hartmut Siener, Bad Nauheim
* 28.10.1925 † 21.5.2003
- Obermedizinalrat Dr. med. Gabriel Steyer, Bad Emstal
* 5.7.1919 † 28.5.2003
- Lothar Storck, Laubach
* 7.12.1924 † 23.5.2003
- Dr. med. Hans Stück, Meinhard
* 23.4.1915 † 27.5.2003
- Dr. med. Ursula Süsse, Schmitten
* 27.10.1922 † 21.5.2003
- Dr. med. Manfred Uhlendorff, Kassel
* 8.5.1920 † 3.6.2003
- Dr. med. Heinz Günter Hermann Wachsmuth-Melm, Marburg
* 7.7.1932 † 21.6.2003
- Dr. med. Elisabeth Winkelhake, Witzenhausen
* 6.7.1952 † 1.4.2003
- Dr. med. Walter Wussow, Marburg
* 17.10.1943 † 3.6.2003

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/M 36/1995, ausgestellt am 24.3.1995, für Dr. med. Martin Just, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/F/7762, ausgestellt am 26.6.1996, für Dr. med. u. Chir.Med.Fak.Bukarest Raymond Lupescu, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 47586, ausgestellt am 27.12.2000 durch die Ärztekammer Berlin, für Thomas Osei-Agyemang, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/F/9368, ausgestellt am 12.1.2000, für Dr. med. Tobias Schuster, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/7006, ausgestellt am 14.12.1994, für Achim Wanner, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/D/3786, ausgestellt am 4.7.2001, für Frank Wenner, Seeheim-Jugenheim.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Sonja Mazur, tätig bei Dr. med. univ. W. Gimbel und Dr. med. G. Gimbel, Borken

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

Birgit Kindl, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. V. Brandstetter, Frankfurt

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

Zum **25jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin,

Waltraud Jugold, tätig bei Dr. med. A. Otterbein, Schlitz

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

Anzeige

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

Besuchen Sie unsere moderne,
eigene Möbel- und Geräte- Ausstellung!

Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen
aller Fachrichtungen

VEFORG. -Einrichtungsberater

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: info@keil-kistler.de



PC gestützte cardiopulmonale
Diagnostik

eigener techn. Service



Neue Amtsperiode des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen vom 16. März 2003 bis 15. März 2007

In der konstituierenden Sitzung des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen am 25. Juni 2003 wurde

Dr. med. Detlev Steininger (Arbeitgeber-Vertreter)

als Vorsitzender und

Renate Schwarz (Arbeitnehmer-Vertreterin, ver.di)

als stellvertretende Vorsitzende einstimmig gewählt.

Es handelt sich um einen alternierenden Vorsitz, d.h. es findet ein jährlicher Wechsel zwischen Vorsitzendem und stellvertretender Vorsitzender statt.

Eine Liste der Mitglieder im Berufsbildungsausschuß finden Sie nachstehend.

Berufsbildungsausschuß der Landesärztekammer Hessen

Amtsperiode vom 16. März 2003 bis 15. März 2007

Arbeitgeber-Vertreter

Ordentliche Mitglieder

Dr. med. Karlhans Baumgartl, Pfungstadt

Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt

Dr. med. Birgit Drexler-Gormann, Mühlheim

Dr. med. Lothar Hofmann, Kassel

Dr. med. Bernd Regler, Bad Nauheim

Dr. med. Gottfried von Knoblauch, zu Hatzbach, Stadtallendorf

Stellvertretende Mitglieder

Dr. med. Margareta Frank, Marburg

Dr. med. Rudolf Nagel, Gießen

Dr. med. Dieter Conrad, Neumental

Dr. med. Edgar Pinkowski, Pohlheim

Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg

Dr. med. Helmuth Klotz, Darmstadt

Arbeitnehmer-Vertreter

Ordentliche Mitglieder

Claudia Siebert, Wildeck-Bosserode

Martina Irrgang, Wiesbaden

Ilse Oppermann, Kronberg

Magdalena Bawej, Wiesbaden

Renate Schwarz, Kassel

Gunda Specht, Neu Anspach

Stellvertretende Mitglieder

Christiana Kiefer, Groß-Zimmern

Gabriele Humbert, Raunheim

Ingrid Gerlach, Hadamar

Sabine Forbach-Braun, Gießen

Barbara Schneider, Gemünden

Heidrun Thierold, Merenberg

Lehrer-Vertreter

Ordentliche Mitglieder

OStD Peter Greß, Käthe-Kollwitz-Schule, Wetzlar

StD Heinz-Ulrich Spengler, Julius-Leber-Schule, Frankfurt

OStR Karl-Hermann Löber, Willy-Brandt-Schule, Kassel

Nina Müller-Rohde-Widmer, Louise-Schroeder-Schule, Wiesbaden

OStD Günther Häfner, Martin-Behaim-Schule, Darmstadt

StD Wolfgang Kollmeier, Konrad-Adenauer-Schule, Kriefel

Stellvertretende Mitglieder

StR Dr. med. Frank Starke, Hans-Viessmann-Schule, Bad Wildungen

OStD Jürgen Weste, Julius-Leber-Schule, Frankfurt

StD z. A. Volkmar Weber, Eduard-Stieler-Schule, Fulda

StD Dietrich Egner, Kaufm. Schulen I, Hanau

Elisabeth Acker-Kemmer, Ärztin Berufl. Schule des Landkreises Hersfeld-Rotenberg, Bad Hersfeld

StR'in Dr. med. Ilona Ludwig, Kaufm. Schulen, Marburg

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen macht darauf aufmerksam, daß entsprechend § 4 der Unfallverhütungsvorschriften VBG 103 der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) der Arzt als Arbeitgeber verpflichtet ist,

- ▶ sicherzustellen, daß die Beschäftigten, insbesondere auch die **Auszubildenden**, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen in verständlicher Form unterrichtet werden,
- ▶ im Einvernehmen mit dem Arzt, der die arbeitsmedizinischen Vorseorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall geboten sind und
- ▶ bei gegebener Indikation (Personenkreis, Expositionssituation) die Impfungen kostenlos anzubieten.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung empfehlen den gefährdeten Beschäftigten im Gesundheitsdienst dringend, von der Möglichkeit der für sie kostenlosen aktiven Schutzimpfung gegen Hepatitis B Gebrauch zu machen.

Wir bitten eindringlich, diese Vorschrift zu beachten. Nähere Angaben dazu entnehmen Sie dem von der BGW ausgegebenen Merkblatt **M 613 = Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B**. Die vorgeschriebene Schutzimpfung wird auch Gegenstand der neuen betriebsärztlichen Betreuung sein.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

ZUM BEGINN DES NEUEN AUSBILDUNGSJAHRES MÖCHTEN WIR SIE GERNE AUF EINIGE WICHTIGE AUSBILDUNGSBESTIMMUNGEN HINWEISEN:

1. Wollen mehrere Praxen miteinander kooperieren, indem sie gemeinsam Auszubildende einstellen oder ihre Auszubildenden rotieren lassen, ist ein Ausbildungsverbund zu schließen. (Vertrags)Unterlagen und Auskünfte zu Fördervoraussetzungen und -höhe sind bei der zuständigen Bezirksärztekammer erhältlich.
2. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt ist verpflichtet, die/den Auszubildenden zum Besuch der Berufsschule anzuhalten und sie/ihn dafür freizustellen (§ 2 c Berufsausbildungsvertrag (BAV)).

An einem Berufsschultag mit mehr als 5 Unterrichtsstunden von je 45 Minuten darf die/der Auszubildende nicht mehr in der Praxis beschäftigt werden (§ 9 Abs. 1 Ziff. 2 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)). Liegen in einer Kalenderwoche zwei Berufsschultage mit mehr als 5 Unterrichtsstunden von je 45 Minuten, kann die/der Auszubildende wahlweise an einem der langen Berufsschultage beschäftigt werden.

Ein langer Berufsschultag wird mit 8 Stunden auf die Arbeitszeit angerechnet. Ein Berufsschultag unter 6 Unterrichtsstunden oder ein zweiter langer Berufsschultag werden nur hinsichtlich der Unterrichtszeit einschließlich der Pausen auf die Arbeitszeit angerechnet (§ 9 Abs. 2 Ziff. 1, 3 JArbSchG).

Nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts werden auch die Wegezeiten zwischen Praxis und Berufsschule als Arbeitszeiten angerechnet.

Für die Feststellung der betrieblichen Ausbildungszeit (nach Abzug der Berufsschulzeit) ist folgendes zu beachten:

Hinter der Anrechnung des langen Berufsschultages mit 8 Stunden steht die Absicht des Gesetzgebers, die/den Auszubildende/n vor zeitlichen Nachteilen als Folge des Schulbesuches zu bewahren. Er stellt zu diesem Zwecke auf die täglich zulässige Höchstarbeitszeit ab, ungeachtet der tatsächlichen Ausfallzeit in der Praxis. Um den Auszubildenden dadurch keinen Zeitvorteil zu geben, müssen die 8 Stunden aber im Zusammenhang mit der gesetzlichen regelmäßigen Wochenarbeitszeit (= 40 Std.) gesehen werden. Wenn der Gesetzgeber bei der Anrechnung von 8 Stunden die tatsächliche Ausbildungszeit pro Tag außer acht läßt, kann andererseits nicht die durch den Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen reduzierte wöchentliche Ausbildungszeit als Bezugsgröße herangezogen werden.

Beispiel:

Erster (langer) Berufsschultag: 40 Std. - 8 Std. = 32 Std.
Zweiter Berufsschultag: 32 Std. - 4 1/4 Std. = 27 3/4 Std.

27 3/4 Std. verbleiben (im o.g. Beispiel) für die betriebliche Ausbildungszeit.

Die o.g. Ausführungen gelten hinsichtlich Beschäftigungsverbot und Anrechnungsregelung seit 1. März 1997 wegen einer Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr für volljährige Auszubildende. Die volljährigen Auszubildenden müssen an jedem Berufsschultag in die Praxis. Die Unterrichtszeit einschließlich der Pausen und Wegezeiten wird konkret auf die Arbeitszeit angerechnet.

3. In § 4 Abs. 3 des Berufsausbildungsvertrages hat sich die/der ausbildende Ärztin/Arzt dazu verpflichtet, die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung tritt dadurch ein, daß das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das 1. Schuljahr.

Die Kostenübernahme durch das Land Hessen erfolgt nicht automatisch, sondern muß über die jeweilige Berufsschule **beantragt** werden. Die Auszubildenden werden i. d. R. in der Berufsschule darüber informiert.

4. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 38,5 Stunden (§ 6 Abs. 1 Manteltarifvertrag (MTV)).

Über diese wöchentliche Arbeitszeit geleistete Stunden gelten als Überstunden (§ 7 Abs. 1 MTV). Jede Überstunde muß mit einem 25 %igen Zuschlag angerechnet werden (§ 6 Abs. 2 a Gehaltstarifvertrag (GTV)), sofern nicht innerhalb eines Zeitraums von 4, längstens 12 Wochen entsprechende Freizeit gewährt wird. Der Freizeitanspruch gleich hat mit dem entsprechenden Zeitzuschlag zu erfolgen.

Für Jugendliche gelten die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Nach der tarifdispositiven Regelung des § 21 a JArbSchG wurde im neuen Manteltarifvertrag folgendes vereinbart: Die maximale Arbeitszeit wird auf bis zu 9 Stunden täglich verlängert, die erste Pause muß spätestens nach 5 Stunden gewährt, die Schichtzeit (tägliche Arbeitszeit unter Hinzurechnung der Ruhepausen) wird bis auf 11 Stunden täglich verlängert, die Arbeitszeit wird auf bis zu 5 1/2 Tage verteilt. Dabei darf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 40 Stunden nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht überschritten werden (§ 6 Abs. 5 MTV).

5. Die Probezeit muß gemäß § 13 Berufsbildungsgesetz (BBiG) mindestens 1 Monat und darf höchstens 3 Monate betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zuungunsten der/des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre deshalb gemäß § 18 BBiG nichtig. Die Verlängerung der 3monatigen Probezeit kann deshalb nicht wirksam vereinbart werden. Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit ermöglicht, gilt insoweit nicht für Auszubildende.

Eine Probezeit findet auch bei Wechsel der Ausbildungspraxis statt.

6. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt ist verpflichtet, die/den Auszubildende/n für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich Internats- und notwendiger Fahrtkosten zu übernehmen (§ 19 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen, § 4 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 2 a BAV). Abweichungen davon müssen vereinbart werden!

7. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt stellt die notwendige Schutz- und Berufskleidung, mindestens zwei Berufskittel im Jahr, unentgeltlich zur Verfügung. Er trägt die Reinigungskosten (§ 14 MTV).

Die Schutz- und Berufskleidung verbleibt jedoch im Eigentum der/des Ärztin/Arztes und ist nach Ausscheiden aus der Praxis zurückzugeben, es sei denn, es sind andere Vereinbarungen getroffen worden.

8. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt hat sicherzustellen, daß die/der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen **Hepatitis B** zu Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. Merkblatt M 613 „Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).



9. Die/Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen sowie an dem Arbeitstag, der der schriftlichen Abschlußprüfung unmittelbar vorangeht, freizustellen. Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlußprüfung, die Prüfung im Fach „Praktische Übungen“ und die Mündliche Ergänzungsprüfung (§ 2 k BAV).

Die Freistellung für die Teilnahme an den Prüfungen erstreckt sich grundsätzlich auf die Zeit, die der/die Auszubildende für eine ordnungsgemäße Teilnahme benötigt.

Geht dem Tag der schriftlichen Abschlußprüfung unmittelbar ein Berufsschultag voran, ist die/der Auszubildende an dem Arbeitstag unmittelbar vor dem Berufsschultag freizustellen. Eine Freistellung vom Berufsschulunterricht am Tag vor der Abschlußprüfung kann dagegen nicht verlangt werden.

10. Nach dem Manteltarifvertrag hat die/der Auszubildende Anspruch auf Auszahlung eines 13. Monatsgehaltes. Das 13. Monatsgehalt bemißt sich nach der Höhe des letzten vollen Monatsgehaltes.

Das 13. Monatsgehalt wird auch anteilig für das Jahr gewährt, in dem die Ausbildung beginnt oder endet. Für jeden angefangenen Monat des Ausbildungsverhältnisses ist ein Zwölftel des 13. Monatsgehaltes zu zahlen. Ein angefangener Monat wird bei der Berechnung des 13. Monatsgehaltes dann voll einbezogen, wenn die/der Auszubildende mindestens 15 Kalendertage im Ausbildungsverhältnis stand. Hat das Ausbildungsverhältnis in einem Monat weniger als 15 Kalendertage bestanden, ist dieser anteilig zu berücksichtigen (1/30 pro Kalendertag) (§ 12 Abs. 3 MTV).

Eine Verpflichtung zur Rückzahlung des 13. Monatsgehaltes bei (vorzeitigem) Ausscheiden aus der Praxis ist nach dem Manteltarifvertrag zu keinem Zeitpunkt vorgesehen.

11. Nach dem Manteltarifvertrag hat die/der Auszubildende monatlich Anspruch auf € 15,00 vermögenswirksame Leistungen, allerdings erst ab dem 2. Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV).

12. Der ausbildende Arzt ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von 3 Kalendertagen zu verlangen (§ 3 k BAV).

Um der Ausbildung einen rechtmäßigen Rahmen zu geben, bitten wir um Beachtung der genannten Vorschriften. Für Rückfragen steht Frau Assessorin R. Hoerschelmann, Landesärztekammer Hessen, Telefon: 069/97672 – 154/155 gerne zur Verfügung.

Eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung seitens des Arbeitsministeriums ist weder für den Manteltarifvertrag noch für den Gehaltstarifvertrag erfolgt. Die Tarifverträge gelten deshalb nur für Tarifgebundene infolge der Mitgliedschaft beim tarifschließenden Verband oder durch Bezugnahme auf die Tarifverträge im Berufsausbildungsvertrag.

Mantel- und Gehaltstarifvertrag erstrecken ihren persönlichen Geltungsbereich auch auf Auszubildende, so daß sie für Auszubildende kraft der in § 10 Abs. 1 des Berufsausbildungsvertrages enthaltenen Bezugnahme gelten.

Die Ausführungen beziehen sich auf den Manteltarifvertrag vom 12. September 1997 und den Gehaltstarifvertrag vom 1. Januar 2002.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Korrektur des Einschulungstermins in der Berufsschule in Marburg

Bitte beachten Sie, daß sich der Einschulungstermin in den Kaufmännischen Schulen der Universitätsstadt Marburg geändert hat.

Neuer Termin: **2. September 2003, 8.00 Uhr.**

Hessischer Diabetesbeirat am 2. Juli 2003 in Wiesbaden gegründet

Diabetes auf dem Vormarsch: 260.000 Erkrankte in Hessen – Anstieg um 25 Prozent erwartet

Angesichts der Zunahme bei den Diabeteserkrankungen in Hessen, die sich aufgrund der Altersentwicklung der Bevölkerung noch verstärken wird, hat die Landesregierung einen Diabetesbeirat gegründet. Er soll die Landesregierung beraten und weichenstellend bei der Verbesserung der Versorgung der Erkrankten sowie dem Ausbau der Vorbeugung und Früherkennung mitwirken. Sozialministerin Silke Lautenschläger hat acht Experten als Vertreter der Bereiche, die in unterschiedlicher Weise mit dem Diabetes mellitus vertraut sind, in dieses Gremium berufen. Es nahm Anfang Juli in Wiesbaden die Arbeit auf und wird vom Staatssekretär im Sozialministerium, Gerd Krämer, geleitet.

Mitglieder des Hessischen Diabetesbeirates

Professor Dr. Klaus-Henning Usadel,
Hessischen Fachvereinigung Diabetes (HFD), Frankfurt

Professor Dr. Heiner Laube,
Diabetes-Schulungszentrum Universitätsklinikum Gießen

Dr. Christian Klepzig,
Arzt für Allgemeinmedizin, Offenbach

Professor Dr. Hermann von Lilienfeld-Toal,
Deutscher Diabetiker Bund (DDB), Landesverband Hessen e.V.,
Gelnhausen

Dr. Gerd W. Zimmermann,
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Frankfurt

Dr. Michael Popović,
Landesärztekammer Hessen, Frankfurt

Sören Schmidt-Bodenstein
Verband der Angestelltenkrankenkassen, Landesverband Hessen,
Frankfurt

Professor Dr. Jost Bauch
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE),
Marburg

Hessisches Sozialministerium

VERSORGUNGSWERK der Landesärztekammer Hessen

Änderung der Satzung und Versorgungsordnung

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in der Sitzung am 29. März 2003 mit der in § 4 A) Abs. (1) a) der Satzung vorgeschriebenen Zweidrittelmehrheit aller gewählten Mitglieder die nachfolgenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung beschlossen, die das Hessische Sozialministerium mit Schreiben vom 7. Mai 2003 unter dem Geschäftszeichen IV 2.2 - 54 g 3105 genehmigt hat:

Änderung in § 15 der Versorgungsordnung

Der Rechnungszins der ab 1. Januar 2004 eingehenden Beiträge zum Versorgungswerk wird von 4,0 % auf 3,5 % abgesenkt.

Die Beitrags- und Leistungstabelle in § 15 der Versorgungsordnung wird mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 geändert und lautet neu wie folgt:

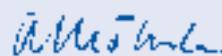
EA	B	R	EA	B	R	EA	B	R
20	1,727	57,914	35	3,566	28,041	50	9,527	10,496
21	1,805	53,367	36	3,763	26,572	51	10,397	9,618
22	1,889	52,950	37	3,978	25,153	52	11,403	8,770
23	1,978	50,597	38	4,205	23,780	53	12,580	7,949
24	2,069	48,306	39	4,454	22,450	54	13,978	7,155
25	2,168	46,134	40	4,725	21,164	55	15,649	6,300
26	2,272	44,016	41	5,020	19,020	56	17,687	5,664
27	2,383	41,971	42	5,342	18,719	57	20,218	4,946
28	2,500	39,998	43	5,695	17,560	58	23,441	4,266
29	2,625	38,093	44	6,082	16,441	59	27,685	3,612
30	2,758	36,258	45	6,510	15,362	60	33,557	2,980
31	2,899	34,489	46	6,983	14,320	61	42,248	2,387
32	3,050	32,785	47	7,511	13,314	62	56,625	1,766
33	3,211	31,145	48	8,102	12,342	63	65,251	1,173
34	3,382	29,564	49	8,770	11,403	64	170,940	0,585

Die Änderung gilt für Beiträge, die ab dem **1. Januar 2004** entrichtet werden.

Die Änderungen treten am 1. Januar 2004 in Kraft.

Die vorstehenden Änderungen der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, den 4. Juni 2003



Dr. med. Alfred Möhrle
Präsident der
Landesärztekammer Hessen



Dr. med. Brigitte Ende
Vorsitzende des Aufsichtsrates

Einladung zu einer Sondersitzung der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,
sehr geehrte Damen und Herren,

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

27. September 2003, 10.00 Uhr s.t.

in das Verwaltungsgebäude der KVH-Landesstelle,
Georg-Voigt-Straße 15,
60325 Frankfurt, Dr. O. P. Schaefer Saal (1. OG)

zu einer Sondersitzung der Abgeordnetenversammlung einzuladen.

Vorläufige Tagesordnung:

Eröffnung und Feststellung der Beschlußfähigkeit

1. **BERICHT DES VORSITZENDEN**
2. **NACHWAHLEN ZUM VORSTAND DER KV HESSEN**
3. **GRUNDSÄTZE DER ERWEITERTEN HONORARVERTEILUNG**
- Fortführung der Diskussion vom 7.5.2003 (1. Lesung)
4. **NICHTERLEDIGTE TAGESORDNUNGSPUNKTE AUS DER VORANGEGANGENEN ABGEORDNETENVERSAMMLUNG AM 11.6.2003**
5. **VERSCHIEDENES / FRAGESTUNDE**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. C.-J. Stoecker
Sprecher der Abgeordnetenversammlung

**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.



Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Dieburg
Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Odenwaldkreis

Erbach
Höchst
Chirurgin/Chirurg
Internistin/Internist
-hausärztlich-

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Berg-Enkheim
Frankfurt/M.-Innenstadt
Frankfurt/M.-Sachsenhausen
Frankfurt/M.-Höchst
Frankfurt/M.-Westend
Frankfurt/M.-Bornheim
Frankfurt/M.-Ostend
Anästhesistin/Anästhesist
Chirurgin/Chirurg
HNO-Ärztin/HNO-Arzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Neurologin und Psychiaterin/
Neurologe und Psychiater
Orthopädin/Orthopäde
Fachärztin/Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin
Urologin/Urologe

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg v.d.H.
Friedrichsdorf/Ts.
Oberursel/Ts.
prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Internistin/Internist
-hausärztlich-
Internistin/Internist
-hausärztlich-

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Dietzenbach
Radiologin/Radiologe
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Brachtal-Schlierbach
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 Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen
Pohlheim-Dorf-Güll
Ärztin/Arzt für
Neurologie und Psychiatrie
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin/
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeut

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar
Wetzlar
Wetzlar
Internistin/Internist
-fachärztlich-
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Internistin/Internist
-hausärztlich-
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Karben-Okarben
prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld
prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim
Büdingen
prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Kinderärztin/Kinderarzt

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 Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bebra
Bebra
HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/
Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel
Kassel
Internistin/Internist
-hausärztlich- oder
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/
Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen
Korbach
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist -hausärztlich-
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Witzenhausen
Eschwege
HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Internistin/Internist
Schwerpunkt Nephrologie

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

Bad Camberg
Fachärztin/Facharzt für
Kinderheilkunde

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

Marburg
Marburg
Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

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 Wiesbaden

Wiesbaden
Wiesbaden
Wiesbaden
Fachärztin/Facharzt für Radiologie
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Orthopädin/Orthopäde
Hausärztin/Hausarzt

Planungsbereich Untertaunus

Taunusstein
Augenärztin/Augenarzt

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.