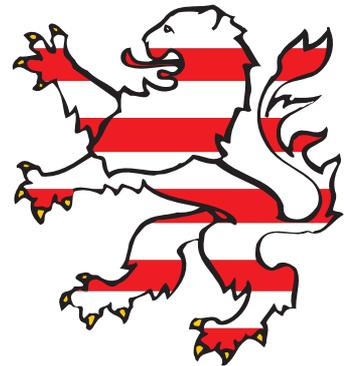


Hessisches Ärzteblatt

9/2003

September 2003
64. Jahrgang



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

Frankfurter
Herzinfarktregister

150.000 Unterschriften
für eine sinnvolle
Gesundheitsreform

Rezeptfreie Medikamente
werden Privatsache

Organspende –
dran denken und handeln

Junge Ärzte –
Ausstieg aus der
Patientenversorgung?



Foto:ddp

AND



Ihre Teilnahme wird mit 15 Punkten zertifiziert!

Symposium für Praktische Diabetologie und Kirchheim-Forum Diabetes

30.10.–1.11.2003 Kurhaus Wiesbaden



- Therapie des Typ-2-Diabetes
- Disease-Management-Programme Diabetes
- Hausärztetag am 1. 11. 2003: Diabetes im Praxisalltag
- Die Gesundheitsreform 2003

In Zusammenarbeit mit:



BvKD



Bitte senden Sie diesen Coupon an:

Kirchheim-Verlag
Postfach 25 24, 55015 Mainz
Fax-Nr.: 0 61 31 / 9 60 70 70

Tagungsgebühren:

a) Teilnehmer	185
b) ermäßigt* (s. Coupon)	55
c) Tageskarte	95
d) Presse	frei

Stornierung:

Änderungen und Stornierungen der Anmeldung bedürfen der Schriftform. Bei Stornierung der Tagungsteilnahme bis zum 30.9.2003 wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 25,00 € einbehalten. Bei Stornierungen ab dem 1.10.2003 werden keine Gebühren zurückerstattet.

Symposium für Praktische Diabetologie und Kirchheim-Forum Diabetes 2003

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich komme vom 30. 10. – 1. 11. 2003. | <input type="checkbox"/> Bitte schicken Sie mir kostenlos das ausführliche Vorprogramm mit allen wichtigen Informationen zu. |
| <input type="checkbox"/> Ich komme am _____ 2003 (Tageskarte). | |
| <input type="checkbox"/> *Ich bin Student, AIP, Arzthelferin, Diät- oder Diabetesassistentin, Krankenschwester oder VDBD-Mitglied (bitte Bestätigung beifügen). | |

Name/Vorname Herr Frau

Institution/Firma (entfällt bei Privatadresse)

Straße/Postfach PLZ/Wohnort/Land

Telefon/Telefax Datum/Unterschrift

Anmeldung

Hessisches Ärzteblatt

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. Telefon (0 69) 9 76 72-0, Internet: www.laekh.de, E-Mail: Laek.Hessen@laekh.de und Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 50 20, Internet: www.kvhessen.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Professor Dr. Toni Graf-Baumann, verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen: Dr. Michael Popović, verantwortlich für Mitteilungen der KV Hessen: Denise Jacoby, verantwortlich für Mitteilungen der Akademie: Professor Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

Christoph Biesing, Justitiar der LÄK Hessen,
Jörg Hoffmann, Justitiar der KV Hessen,
Dr. Felix Meyer, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Anschrift der Redaktion:

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

Verlag: Verlag Kirchheim + Co GmbH

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

Geschäftsführer: Manuel Ickrath

Herstellung: Andreas Kurz

Anzeigendisposition: Ruth Tänni

Telefon (0 61 31) 9 60 70 34
Anzeigentarif vom 1. 1. 2001

Vertrieb: Ute Schellerer

Tel. (0 61 31) 9 60 70 24

Der Bezugspreis im Inland beträgt 93,60 € (12 Ausgaben), im Ausland 100,80 €.

Kündigung des Bezugs sechs Wochen vor Quartalsende. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Bestellungen: 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

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



9/2003 September 2003 • 64. Jahrgang

Editorial

„Modernisierung“ des Gesundheitssystems – und kein Ende? 438

Landesärztekammer Hessen

Jede Minute zählt für das Überleben 439

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

150.000 Unterschriften für eine sinnvolle Gesundheitsreform 440

Jörg Hoffmann neuer Juristischer Geschäftsführer der KV Hessen 441

Rezeptfreie Medikamente werden Privatsache – eine mutige Entscheidung der Politik 442

Fortbildung

>Prähypertensiv< - noch gesund oder schon krank? 444

Landesärztekammer Hessen

Organspende – dran denken und handeln! 446

Fortbildung

Leistungssteigerung im Sport – Ursachen, Methoden, Bewertungen, Lösungen 448

Stellenwert der modernen Pathologie in der Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms 454

Aktuelles

Medizinisches Kreuzworträtsel 460

„Löschungsliste“ nicht mehr verkehrsfähiger Arzneimittel 460

Fortbildung Sicherer Verordnen

Landesärztekammer Hessen 461

Landesärztekammer Hessen

Junge Ärzte – Ausstieg aus der Patientenversorgung? 462

Arzt- und Kassenarztrecht

Verschärfte Haftung des neu in die Gesellschaft bürgerlichen Rechts eintretenden 465

Gesellschafters nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 467

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 471

Landesärztekammer Hessen

MedProtect – Risikovorsorge mit Sicherheitsgarantie 477

Bad Nauheimer Gespräch 479

Sicherheitshinweis für Träger implantierter Neurostimulatoren 479

Konzept zum „Medizinischen Katastrophenschutz“ sorgt für bestmögliche 480

medizinische Versorgung im Schadensfall

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten 482

Mit meinen Augen

Ein entscheidungsträchtiger Monat: Der September 483

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 484

Bücher 490

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 492

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.

„Modernisierung“ des Gesundheitssystems – und kein Ende?

Nun ist also seit Mitte Juli die Katze aus dem Sack: Die Bundesregierung hat, nach monatelanger Gerüchteküche und ausgiebiger Kungelei mit der Opposition, ihre „Eckpunkte“ für ein Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz verkündet. Allerdings hat damit die Diskussion kein Ende gefunden, sondern scheint erst jetzt richtig loszugehen. Jeder hat etwas an den bisher bekannten Plänen auszusetzen, Unterschiedliches, je nach politischer Couleur und Verpflichtung gegenüber den jeweiligen Mitgliedern. Daß die Ärzteschaft sich relativ ruhig verhält und die vorgesehenen Maßnahmen per saldo begrüßt, legt man so aus, daß sie Dank der Lobbyistenarbeit ungeschoren davongekommen sei. Dabei war es doch diesmal weniger ein Erfolg standespolitischer Arbeit als vielmehr ein unerwarteter Sieg der Vernunft bei den Politikern, daß Maßnahmen (zumindest zunächst) unterbleiben sollen, die eindeutig die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung verschlechtern hätten. Als Beispiel sei nur die Herauslösung der Fachärzte aus dem kollektiven Vertragssystem genannt. Auch haben die Ärztinnen und Ärzte seit mindestens zehn Jahren einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung unseres Gesundheitssystems in Form von ausbleibenden Vergütungssteigerungen, ja erheblichen Einkommensverlusten, erbracht. Aber, wie gesagt, noch hat der Bundestag nichts beschlossen.

Wieso eigentlich „Katze“? Der Berg hat gekreißt und, wieder einmal, nur ein jämmerliches Mäuslein geboren! Auch wenn Horst Seehofer kurz nach Abschluß der Verhandlungen mit der Regierungskoalition den ausgehandelten Kompromiß als „die größte Reform des Gesundheitssystems der Nachkriegszeit“ bezeichnete (und er muß dies dank mehrerer von ihm selbst zu verantwortender Reformen ja eigentlich wissen!),

sind sich doch fast alle Beteiligten und Unbeteiligten darin einig, daß das bisher Vorgesehene nicht ausreichen wird, eine dauerhafte Stabilisierung unseres Gesundheitssystems zu bewirken.

Dazu wird es nicht ausreichen, in bewährter Manier an unserem derzeitigen System herumzubasteln und mal hier, mal dort ein vorhandenes oder vermeintliches Loch zu stopfen. Zumal, wenn man dabei an anderen Stellen unseres sozialen Sicherungsnetzes neue Löcher aufreißt. Nein, wirkliche Änderungen am System müssen her. Aber welche?

Es liegen zahlreiche Vorschläge von verschiedenen Seiten auf dem Tisch, von Einzelmaßnahmen bis hin zu einem kompletten Systemwechsel. Verstehen Sie meine nachfolgenden Vorschläge bitte als das, was sie sind: Eine Zusammenfassung bereits vorhandener Ideen und meine private Meinung (denn eine allseits konsentrierte Meinung der deutschen Ärzteschaft gibt es wohl nicht).

Als Prämisse ist festzuhalten, daß, wie bisher, auch künftig jeder Bürger gegen die Risiken einer ernsten Erkrankung abgesichert sein muß, daß ihm eine optimale Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft zuteil wird, und daß diese Versorgung jedem zusteht, unabhängig von seinem sozialen Status oder seinem Alter. Eine Rationierung von Leistungen, in welcher Form auch immer, ist aus ärztlicher Sicht nicht hinnehmbar. Hingegen muß in Kauf genommen werden, daß jeder die Risiken, die er dem Umfang nach selbst tragen kann, auch selbst übernimmt oder selbst zusätzlich versichert.

Einer der Hauptgründe für die Finanzierungsprobleme der solidarischen Krankenversicherung ist die lohnabhängige Beitragserhebung. Hohe Arbeitslosigkeit und sinkende Lohnquote machen diese ungeeignet für die Finanzierung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Auch die Erweiterung der Bei-

tragsbemessung auf andere Einkommensarten löst das Problem nicht, würde jedoch die Krankenkassen mit erheblichem Verwaltungsaufwand belasten, sie quasi zu einem zweiten Finanzamt machen. Als Lösung bietet sich eine einkommensunabhängige Kopfpauschale an. Diese muß lebenslang kostendeckend kalkuliert sein, d.h. in jungen Jahren zahlt man mehr, als das System kostet, um im Alter mehr Kosten verursachen zu können, als man einzahlt. Das kann mit dem Aufbau eines individuellen Deckungsstocks ebenso funktionieren wie im Rahmen eines solidarischen Ausgleichs innerhalb einer Versichertengemeinschaft. Diese Kopfpauschale würde irgendwo in der Gegend von 200 € pro Kopf und Monat liegen. Die Subvention dieses Beitrags für Personen, bei denen sonst ein bestimmter Prozentsatz des Einkommens überschritten würde, kostet nach Berechnungen von Fachleuten ca. 20 Milliarden € pro Jahr. Würde der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung festgeschrieben und steuerpflichtig ausgezahlt, würden hierdurch ca. 15 Milliarden € an zusätzlicher Lohn- bzw. Einkommensteuer eingenommen, so daß am Ende etwa 5 Milliarden € aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Das müßte sich doch wohl machen lassen. Auch böte die Kopfpauschale zusätzlich die Möglichkeit, durch einen geringen Aufschlag zur Finanzierung dieser Summe beizutragen. Sicher müßte jedoch die kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen stark eingeschränkt werden.

Ein zweiter Eckpunkt müßte anstelle einer Pflichtversicherung bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe eine Versicherungspflicht für eine zu definierende Grundversorgung für alle sein. Die jetzigen gesetzlichen Krankenkassen sind in privatwirtschaftliche Strukturen zu überführen und treten in Konkurrenz zu den jetzigen privaten Versicherungen.

Auch hierdurch entsteht ein erhöhtes Steueraufkommen, wohingegen eine Reduktion der Verwaltungskosten zu erwarten ist. Jeder kann sich entscheiden, bei welcher Gesellschaft er die Grundversorgung versichern will. Gewünschte Zusatzleistungen, wie Chefarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer, Kuren, Psychotherapie, bestimmte Heil- und Hilfsmittel etc. können zusätzlich versichert werden.

Notwendig ist ein Übergang vom Sachleistungssystem zu einem Kostenerstat-

tungssystem. Neben erhöhter Transparenz und einem erzieherischen Effekt zur Sparsamkeit böte dies z.B. die Möglichkeit einer sozial gestaffelten Erstattung. Ein Gremium aus Patientenvertretern, Leistungserbringern, Versicherern und Politik muß über die Mittelverwendung, die Aufnahme neuer Methoden in den Leistungskatalog der Grundabsicherung und andere Fragen entscheiden. Daneben sind weitere flankierende Einzelmaßnahmen nötig, die aufzuzählen den Rahmen dieses Artikels sprengen würde.

Dies alles bedarf mutiger Schritte, doch ohne sie bleiben alle Reparaturversuche Flickschusterei. Die Verantwortung für die Einleitung wirksamer Maßnahmen bleibt der Politik vorbehalten, und niemand kann und wird sie ihr abnehmen.

Dr. med. A. Möhrle
Präsident

Landesärztekammer Hessen



Jede Minute zählt für das Überleben

Das Frankfurter Herzinfarktregister soll die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten verbessern.

Am 1. Juli 2003 ging das Frankfurter Herzinfarktregister an den Start. Unter der Leitung der Bezirksärztekammer Frankfurt beteiligen sich die Rettungsleitstelle und alle kardiologisch-internistischen Abteilungen der Frankfurter Krankenhäuser an der auf ein halbes Jahr befristeten Datenerhebung.

Warum ist dieses Register notwendig? Ein Hauptanliegen der Landesärztekammer Hessen, die die Schirmherrschaft für das Projekt übernommen hat, ist die Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität in Hessen. Bereits 1994/1995 engagierte sich die Kammer für eine Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten. Mit der Einrichtung von Stroke Units an Frankfurter Kliniken wurde in der Mainmetropole 1999 ein erster Weg beschritten.

In dem jetzt eingeführten Frankfurter Herzinfarktregister werden auf freiwilliger Basis im Frankfurter Stadtgebiet Daten von Patienten mit kardial verursachten Schmerzen in der Brust und akutem Herzinfarkt erhoben. Ziel ist es, die Qualität der klinischen Versorgung und der Transportwege über einen Zeitraum von sechs Monaten zu untersuchen und gegebenenfalls zu verbessern.

Wieviele Herzinfarkte gibt es in Frankfurt? Wann wird die Diagnose gestellt?

Wie sieht die Frühversorgung aus, und wie schnell kommt der Betroffene ins Krankenhaus? Dr. med. Lothar Born, Kardiologe und 2. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, erklärt, daß die Erhebung zum einen gesicherte Erkenntnisse über die Herzinfarkt-Häufigkeit innerhalb des genannten Zeitraums in Frankfurt liefern soll. Zum anderen erhoffe man sich exakte Informationen über die Rettungstransportwege und die Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern.

In das Register werden sowohl der Zeitpunkt der Notarztverständigung, der Transport im Rettungsfahrzeug und die Aufnahme in der Klinik als auch die Symptome der Erkrankung, die Diagnose und die Therapie aufgenommen. Gemeinsam haben Bezirksärztekammer, Rettungsleitstelle und Kardiologen zwei Fragebögen entwickelt: Bogen Nummer 1 (gelb) erfaßt alle Daten, die bei der Rettungsleitstelle auflaufen, insbesondere die Zeit der Erstalarmierung, Zeiten des Eintreffens der Rettungskräfte, des Notarztes und der Ankunft in der Klinik. Auch die Erstmaßnahmen werden dokumentiert.

Bogen Nummer 2 (rot) ist für die Klinikaufnahme bestimmt. Hier werden die Abläufe der Therapie und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten dokumentiert. Vor allem beim Herzinfarkt („Zeit rettet Herzmuskel“) ist es notwendig,

die Schnelligkeit bestimmter Therapieformen zu prüfen und zu bewerten. Die Daten beider Fragebögen werden zusammengeführt; Born ist für ihre Anonymisierung verantwortlich. Die Erfassung und Auswertung erfolgt durch die Landesärztekammer (Dr. med. Roland Kaiser). Im Februar 2004 sollen erste Ergebnisse der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Dann werden die an dem Projekt Beteiligten auch über die praktischen Konsequenzen der Erhebung entscheiden.

„Der Herzinfarkt ist ein Wettlauf mit der Zeit“, betont Born. Je früher das durch ein Blutgerinnsel verschlossene Herzkranzgefäß via Herzkatheter dilatiert werde, desto höher sei die Wahrscheinlichkeit, zu überleben. Jede Minute, um die sich die Behandlung im Krankenhaus verzögere, zähle. „Alles hängt davon ab, daß der Patient so schnell wie möglich in die Klinik kommt“. Daher soll das Projekt „Herzinfarktregister“ die Bevölkerung auch sensibilisieren und dazu bewegen, bei Verdacht auf Herzinfarkt sofort den Notruf 112 oder die örtliche Notrufnummer zu wählen.

Katja Möhrle

Schlüsselwörter

Frankfurter Herzinfarktregister – Herzinfarkt – Herzkatheter – Kardiologe – Kardiologisch-internistische Abteilung – Medizinische Versorgungsqualität – Rettungsfahrzeug – Rettungstransportwege

Deutliches Votum der Patienten in Hessen:

150.000 Unterschriften für eine sinnvolle Gesundheitsreform

Dr. Horst Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender des Vorstandes der KV Hessen, übergibt Unterschriften an Gudrun Schaich-Walch, stv. Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion

Mehr als 150.000 Patienten haben mit ihrer Unterschrift die Forderung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Hessen nach einer sinnvollen Gesundheitsreform unterstützt. „Dies ist ein klares Votum der Patienten für die Beibehaltung der wohnortnahen und flächendeckenden ambulanten Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte“, so Dr. Horst Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen). Am Freitag, den 1. August 2003, hat der KV-Vorsitzende die gesammelten Unterschriften an Gudrun Schaich-Walch, die stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, übergeben.

Die KV Hessen hatte sich in der Reformdiskussion der vergangenen Monate eindeutig positioniert und diese Positionen auch im Rahmen einer Wartezimmerkampagne deutlich artikuliert. Gemeinsam mit ihren Patienten hatten sich die in der KV Hes-

sen organisierten Ärzte und Psychotherapeuten in dieser Kampagne vor allem gegen Einschränkungen bei der freien Arztwahl, bei der Verschreibung von Arzneimitteln sowie bei der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung ausgesprochen.

Dr. Rebscher-Seitz begrüßt, daß eine Reihe von Forderungen in den Eckpunkten der geplanten Gesundheitsreform berücksichtigt wurden und im Rahmen der Konsensgespräche explizit festgestellt wurde, daß eine flächendeckende und wohnortnahe, haus- und fachärztliche ambulante Versorgung inklusive Notfalldienst nur in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden kann. Der geforderten Umstrukturierung der Kassenärztlichen Vereinigung wird sich die KV Hessen stellen.

„Wichtig ist doch in erster Linie, daß unser gut funktionierendes, hochqualifiziertes Gesundheitssystem beibehalten werden soll.“

Auch einen stärkeren, fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem wertet



Dr. Rebscher-Seitz: „Die große Zahl der Unterschriften ist ein klares Votum der Patienten für die Beibehaltung der wohnortnahen und flächendeckenden ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.“

Dr. Rebscher-Seitz positiv. „Dem Wettbewerb um die beste Versorgung sehe ich gelassen entgegen. Qualitätswettbewerb ist für die KV Hessen schon lange eine Selbstverständlichkeit. Mit ihren knapp 700 Qualitätszirkeln weist die KV Hessen die höchste Qualitätszirkeldichte in Deutschland auf“, so der KV-Vorsitzende. Für ihre vorbildliche Qualitätszirkelarbeit wurde die KV Hessen im vergangenen Jahr mit dem „Deutschen Preis für Qualität im Gesundheitswesen“ ausgezeichnet.

Kritisch betrachtet Dr. Rebscher-Seitz die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung. „Es gibt meines Erachtens zur Zeit keine Anhaltspunkte dafür, daß die Krankenhäuser personell in der Lage sind, Teile der ambulanten Versorgung zu übernehmen. Auch war die Anzahl der am Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen bislang - im Vergleich zur Zahl der ambulanten Opera-



Die Übergabe von 150.000 Unterschriften an Gudrun Schaich-Walch fand eine beispiellose Medienresonanz in der Geschichte der KV Hessen.

tionen durch niedergelassene Ärzte - verschwindend gering.“ Vielmehr haben sich in Hessen in der jüngeren Vergangenheit vernetzte Strukturen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bestens bewährt. „Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit werden wir fortsetzen.“

Zurückhaltend steht Dr. Rebscher-Seitz der geplanten Einführung einer Patientenquittung gegenüber. Schon seit 15 Jahren haben Patienten in Hessen die Möglichkeit, einen Beleg über die vom Arzt erbrachten Leistungen und deren Kosten zu erfragen. Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat aber gezeigt, daß auf Grund der komplizierten Abrechnungssystematik der

entstehende Verwaltungsaufwand sehr groß und das Interesse von Seiten der Patienten sehr gering ist.

Auch ob die Praxisgebühr für Patienten in Höhe von 10 Euro pro Quartal ein vernünftiger Vorschlag ist, muß sich erst noch zeigen. Dr. Rebscher-Seitz sieht die Gefahr, daß Patienten den Arztbesuch zu lange hinauszögern könnten und Krankheiten möglicherweise verschleppt werden. Außerdem bedeutet die Praxisgebühr eine unsolidarische Belastung der Kranken. Nicht zu vernachlässigen ist auch der Verwaltungsaufwand, der in den Praxen durch die Gebühr entsteht. „Hierfür dürfen nicht unnötig die ohnehin knappen Gelder verschwendet werden“, so Dr. Rebscher-Seitz.

Von der höheren finanziellen Belastung für die Patienten erwartet Dr. Rebscher-Seitz insgesamt eine spürbare Senkung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung. „Es wäre unzumutbar, von den Patienten höhere Zuzahlungen zu verlangen, ohne gleichzeitig die Beitragssätze deutlich zu senken. Hier verstehe ich mich in erster Linie als Anwalt der Patienten.“

Denise Jacoby

Schlüsselwörter

Wartezimmerkampagne – Gesundheitsreform – Konsensgespräche – Unterschriftenübergabe – Sicherstellungsauftrag

Jörg Hoffmann neuer Juristischer Geschäftsführer der KV Hessen

Michael Steinbring zum stellvertretenden Juristischen Geschäftsführer ernannt

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) hat den bisherigen stellvertretenden Juristischen Geschäftsführer der KV Hessen, Jörg Hoffmann, zum 1. August 2003 zum neuen Juristischen Geschäftsführer ernannt. Jörg Hoffmann tritt damit die Nachfolge von Dr. jur. Karin Hahne an, die sich nach langjähriger Zugehörigkeit zur KV Hessen auf eigenen Wunsch neuen beruflichen Aufgaben in selbstständiger Tätigkeit widmen wird. Nachfolger Hoffmanns als stellvertretender Juristischer Geschäftsführer wird mit Michael Steinbring der bisherige Assessor der Juristischen Geschäftsführung der KV Hessen.

Jörg Hoffmann begann seine Tätigkeit bei der KV Hessen als Assistent der Juristischen Geschäftsführung im Jahr 1991. Im März 1998 übernahm der 42jährige Volljurist die Personalleitung der KV Hessen, bevor er zu Beginn des Jahres 1999 zum stellvertretenden Juristischen Geschäftsführer ernannt wurde. Mit der Berufung zum Juristischen Geschäftsführer zum 1.

August 2003 würdigt der Vorstand der KV Hessen das langjährige, außerordentliche Engagement von Jörg Hoffmann.

Mit Michael Steinbring übernimmt der bisherige Mitarbeiter der Juristischen Geschäftsführung den Posten des stellvertretenden Juristischen Geschäftsführers. Der 37jährige, der in Hamburg Jura studiert hat, arbeitet seit 1999 als Assessor in der Juristischen Geschäfts-

führung der KV Hessen. Anfang 2002 wurde er zum IT-Sicherheitsbeauftragten der KV Hessen ernannt, bevor er mit Wirkung vom 1. August 2003 zum stellvertretenden Juristischen Geschäftsführer berufen wurde.

Karl Matthias Roth

Schlüsselwörter

Juristische Geschäftsführung – Jörg Hoffmann – Michael Steinbring – KV Hessen

Anzeige

E | K | B
HAFT VERB. BÜRO
Rechtsanwälte

Uwe Ehler
Rechtsanwalt

Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit

Vertragsarztrecht
ist mein Tätigkeitschwerpunkt

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

Rezeptfreie Medikamente werden Privatsache – Eine mutige Entscheidung der Politik

Dr. med. Jürgen Bausch

Vor einigen Jahren, als die Welt noch in Ordnung war, kommt eine alte Bauersfrau in die Praxis und wünscht sich Korodin-Tropfen auf „Kasse“. Die täten ihr nach einem kräftigen Essen immer so gut ums Herz. Auf den Hinweis, daß – wenn überhaupt ein solches alkoholhaltiges Medikament in Frage käme – der eigene Geldbeutel für die Bezahlung zuständig sei, erfolgte eine prompte Reaktion: „Dann brauche ich es auch nicht.“

Rezeptfreie Medikamente haben diesen Status wegen ihrer Unbedenklichkeit im alltäglichen bestimmungsgemäßen Gebrauch. Prinzipiell haben sie diesen Status nicht, weil sie weniger wichtig oder weniger wirksam für die Arzneimittelversorgung der Bürger sind. Aber sie sind im Schnitt erheblich billiger als rezeptpflichtige Medikamente und sie werden – von einigen wichtigen Ausnahmen abgesehen – sowohl in der Selbstmedikation, als auch auf ärztliche Verordnung hin konsumiert.

Großzügige Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung

Der Durchschnittspreis zu Endverbraucherpreisen 2002 betrug für rezeptfreie Arzneimittel 8,28 Euro pro Packung. Im Gegensatz dazu lag der vergleichbare Preis für rezeptpflichtige Arzneimittel bei 35,52 Euro. Dieses niedrige Preisniveau war schon bisher der Grund, weswegen sich Patienten, die keine Zuzahlungsbefreiung hatten, z.B. ihr ASS 100 und vergleichbare notwendige Präparate in der Praxis nicht rezeptieren ließen, sondern selbst kauften. Offenbar hielten sie dies bislang für zumutbar. Allerdings änderte sich dieses Verhalten sofort, wenn es dem Patienten gelungen war, eine Zuzahlungsbefreiung zu bekommen. Immerhin waren durch die bisherigen sehr großzügigen Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung in vielen KV-Berei-

chen mehr als 50 % der Arzneimittelpatienten zuzahlungsbefreit. Ein Tatbestand, der dem GKV-System jahrelang Mittel in Milliardenhöhe entzogen hat. Niemand weiß, wie viele solcher „Befreiungen“ großzügig unter Marketingaspekten gehandhabt wurden.

Das alles soll nach dem Ergebnis der Konsensverhandlungen ab 1. Januar 2004 anders werden. Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung werden verschärft. Rezeptfreie Medikamente sind nicht mehr erstattungsfähig und die Zuzahlungen für rezeptpflichtige Medikamente werden erhöht. Zugleich wird die Arzneimittelpreisverordnung dramatisch, aber längst überfällig, verändert, so daß niedrigpreisige Medikamente teurer werden und hochpreisige sich erheblich verbilligen. Die Preise für die rezeptfreien OTC-Präparate werden freigegeben.

Horrorszenarien

Alle Regelungen greifen ineinander und je nach Standort werden bereits die tollsten Horrorszenarien aufgebaut, um diesen Teil des Konsenspapiers noch bevor der Gesetzestext geschrieben wird, zu torpedieren.

Apotheken und Arzneimittelhersteller behaupten, ohne daß es dafür irgendeinen Beleg gibt, daß diese Regelung dazu führen würde, daß die Ärzte dann für ihre Patienten sofort statt eines mild wirksamen billigen rezeptfreien Arzneimittels ein teureres rezeptpflichtiges Mittel verordnen würden, wodurch die Ausgaben gleich in Milliardenhöhe nach oben gingen. So wird in diesem Zusammenhang beispielsweise bei den Thrombozytenaggregationshemmern glatt behauptet, daß statt des preiswerten und bewährten ASS 100 für einen Tagestherapiepreis im Cent-Bereich das teure Clopidogrel im Euro-Bereich substituiert würde.

Diese durchsichtige und interessengesteuerte Schwindelei übersieht allerdings dreierlei:

1. Ist ab 1. Januar 2004 eine Verschärfung der Individual- und Kollektivbudgetierung vorgesehen, die jeden Arzt zum Hasardeur machen wird, der ohne Not auf teure Behandlungen umstellt.
2. Bewirkt die Änderung der Zuzahlungsordnung in Verbindung mit der Preisfreigabe im OTC-Markt eine deutliche Änderung im Preisgefüge, die auch für Patienten interessant werden könnte.
3. Unter Budgetdruck samt KV-Informationen ist der Anteil umstrittener Arzneimittel, das ist das Hauptkontingent unter den „Rezeptfreien“ durch Verordnungsenthaltsamkeit der Ärzte binnen sieben Jahren von 25 % auf 6 % abgesunken. Es gibt keinen ersichtlichen Grund, daß die Ärzte in einem Akt kollektiver Unvernunft dieses über Jahre jetzt eingeübte Verhalten wieder ändern könnten.

Das Eckpunktepapier sieht unter 3.11. klar vor: „Zur Steuerung des Ordnungsverhaltens werden Honorare und veranlaßte Leistungen (das sind u.a. Arzneimittel) enger miteinander verknüpft.“ Jeder kundige Thebaner weiß, was die Gesundheitsexperten damit meinen: Budgetverantwortung für Honorar plus Arzneimittelausgaben. Steigen die Ausgaben, sinken die Honorare. Ob die angedachten Bonuszahlungen in diesem Kontext bei sinkenden Ausgaben auch zum Zuge kommen werden, sei einmal dahin gestellt. Wer aber angesichts dieser perfiden Verknüpfung von Honorar und Arzneimittelausgaben glaubt, die Ärzte würden teuer substituieren, weil es dem Gesetzgeber gefallen hat, billige rezeptfreie Arzneimittel dem Eigenbedarf und der Eigenverantwortung der Versicherten zuzuordnen, überschätzt das Helfer-

syndrom der Ärzte, deren Neigung, sich derart zu ruinieren, stark begrenzt ist.

Es wird im wesentlichen um die OTC-Präparate gehen, die bislang sowohl als Eigenbedarf gekauft, als auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet wurden (u.a. Husten und Erkältungsmittel, Schmerzmittel, Magen- und Verdauungspräparate sowie topische Antirheumatika und rezeptfreie Schlafmittel). Bei diesen Medikamentengruppen wird die Preisbindung fallen. Apotheken, Drogerien und Verbrauchermärkte werden in diesem Marktsegment in den Preiswettbewerb eintreten. Dies dürfte nicht zum Nachteil der Versicherten ausgehen, wenn sie sich in Zukunft diese Präparate ohne Rezept besorgen. Deutschland, das Land der Schnäppchenjäger, wird um ein Feld des Wettbewerbs erweitert. Für Apotheken wird es wohl dadurch ein kleines Problem geben, daß die Erstattungspflicht der Krankenkassen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr erhalten bleibt. (Bisher lag die Grenze bei 18 Lebensjahren für verschiedene Indikationsbereiche.)

Finanzielle Dimension noch offen

Welche finanziellen Dimensionen die ausgehandelten Maßnahmen der „Berliner Lahnstein 2-Runde“ haben wird, ist noch offen. Rezeptfreie Medikamente, die von Ärzten 2002 verordnet wurden, umfaßten 278 Mio. Packungseinheiten, was einem Volumen von knapp 3 Mrd. Euro entspricht. Da Kindern bis zum 12. Lebensjahr von der Neuregelung nicht betroffen sind und als Hauptkonsumenten von Erkältungsmitteln im GKV-System erhalten bleiben werden, und darüber hinaus einige Medikamentengruppen (z.B. ASS etc.) im Bundesausschuß eine Sonderregelung erfahren sollen, stehen diese 3 Mrd. keinesfalls als Sparvolumen in Gänze zur Verfügung.

Und zu befürchten ist, daß eine spezielle parteiübergreifende „Bachblütenlobby“ im deutschen Bundestag weitere Befreiungen von dem Zuzahlungsausschuß der rezeptfreien Präparate zumindest für die Homöopathika und ähnliche Substanzen durchpauken wird (Stichwort: Binnenanerkennung).

Die Änderung der Arzneimittelpreisverordnung ist grundlegender Natur. „Die Apotheker erhalten künftig je Packung ein Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis.“ (Beispiel: Kostet ein Arzneimittel bei Lieferung in die Apotheke 100 Euro, dann erhält der Apotheker 11,10 Euro und schlägt diesen Preis auf den Apothekenverkaufspreis auf. Ist das Medikament nur 10 Euro wert, dann werden als Abgabehonorar nur 8,40 Euro verlangt. Allerdings mindern sich diese Beträge bei GKV-Versicherten um den Apothekenrabatt in Höhe von 2 Euro, die derzeit diskutiert werden.) Diese Regelung wird im Kontext mit der 10 % Zuzahlung der Patienten bewirken, daß die meisten Patienten – soweit sie nicht zuzahlungsbefreit sind – 5 Euro in der Apotheke pro Präparat abliefern müssen. Erst ab 50 Euro steigt bei der 10 %-Regel der Zuzahlungsbeitrag. Die Nachfrage nach preiswerteren, aber wirkungsgleichen Medikamenten durch die Patienten in der Praxis, um nicht mehr als 5 Euro zuzahlen zu müssen, beginnt also erst bei Packungen, die über der 50 Euro-Grenze im Apothekenabgabepreis liegen werden. Wir werden alsbald von den ABDA-Experten hören, wie sich die begrüßenswerte Kippung der Preisspannenverordnung, die auch ein Wunsch vieler Apotheker war, tatsächlich auswirken wird.

Vergleicht man die Regelungen im eher niedrigpreisigen rezeptfreien Marktsegment mit dem rezeptpflichtigen Markt, dann ergibt sich aus Sicht der Kostenträger dann eine Ausgabenminderung, wenn nicht erstattet wird. Da, wo die billigen, rezeptfreien Medikamente erstattet werden müssen (z.B. Kinder bis 12 Lebensjahre und angedachte Ausnahmeregelungen über den Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen) verteuert sich die Ausgabensituation gegenüber heute. Denn statt eines Hustensaftes von bisher 6 Euro kommt alsbald das Abgabehonorar von 8,10 Euro plus 3 %, allerdings gemindert um den Apothekenrabatt.

Hersteller befürchten Umsatzeinbußen

Da ist es ganz verständlich, wenn die

Forderung laut auftaucht, daß rezeptfreie Präparate weiter erstattet werden sollen, und zwar nicht deswegen, um die Bevölkerung mit mild wirksamen und preiswerten Medikamenten zu Lasten der Kassen beglücken zu können, die Therapieviefalt zu erhalten und die teure Substitution der verordnenden Ärzte zu unterlaufen, wie überall behauptet wird, sondern wegen eines beachtlichen wirtschaftlichen Interesses an der Beibehaltung der Erstattung. Denn die Hersteller dieser Präparate befürchten zu Recht Umsatzeinbußen und in den Apotheken wird eine geminderte Zahl von verkauften Packungen auf den Erlös negative Auswirkungen haben können. Bisher wurde durch den kontinuierlichen Rückgang der Zahl der Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten 10 Jahren eine wirtschaftliche Kompensation in den Apotheken durch die Preisspannenverordnung über die Hochpreispräparate erzielt, die im wesentlichen zu dem erheblichen Ausgabenanstieg der Arzneimittel in Deutschland beigetragen haben.

Das gesamte komplizierte Regelwerk, welches durch die große Gesundheitskoalition angepackt wurde, wird über die Minderung der Distributionskosten und die Ausgliederung der Erstattungspflicht für rezeptfreie Medikamente zu einer deutlichen Bremse für den Ausgabenanstieg im Arzneimittelsektor werden. Der Bremseffekt wird jedoch umso geringer werden, je mehr man bei den jetzt anstehenden Formulierungen des Gesetzestextes Ausnahmeregelungen für diesen und jenen und klientelbezogene Aufweichungen einfügt. Denn es liegt in der Natur der Dinge, das hat schon Machiavelli vor 500 Jahren formuliert, „daß man nicht ein Übel beseitigen kann, ohne nicht zugleich an einer anderen Stelle ein neues Übel hervorzurufen“.

Schlüsselwörter

Rezeptfreie Medikamente – Zuzahlung – Konsensgespräche – Budgets – Apotheker



»Prähypertensiv« – noch gesund oder schon krank?

Professor em. Frank P. Meyer, Groß-Rodensleben

Aus dem Jahr 2002 stammt das folgende Zitat von Dörner: „Der Wettbewerb zwingt zur Erschließung neuer Märkte. Das Ziel muß die Umwandlung aller Gesunden in Kranke sein, also in Menschen, die sich möglichst lebenslang sowohl chemisch-physikalisch als auch psychisch für von Experten therapeutisch, rehabilitiv und präventiv manipulierungsbedürftig halten, um »gesund« leben zu können. Das gelingt im Bereich der körperlichen Erkrankungen schon recht gut“.

1. Gesunde werden in die Nähe von Krankheit und Therapiebedürftigkeit gerückt

Es vergingen nur knapp neun Monate, als die pessimistische Zukunftsvision Dörners durch das US National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) Coordinating Committee dramatisch bestätigt wurde. Im JNC 7 Report (Chobanian et al. 2003) wurden Patienten, deren Blutdruck 1997 noch optimal eingestellt war, in die Kategorie »normal« eingeordnet. Patienten, die 1993 (JNC V) und 1997 (JNC VI) als »normal« und »hoch normal« recht gut und ohne Angst als Gesunde leben konnten, wurden 2003 per Federstrich zu »prähypertensiven« Patienten gemacht (Tabelle 1).

Auch die Hochdruckstadien wurden von

1993 bis 2003 von vier auf zwei reduziert. Besonders makaber sind diese »Grenzwertspielereien« deshalb, weil die Grenzwerte für alle Menschen zwischen 18 Jahren und 100 Jahren gelten, was völlig unbiologisch und unphysiologisch ist. Mögliche Geschlechtsunterschiede spielen auch keine Rolle, ethnische Aspekte werden vernachlässigt. Wir können gespannt sein, ob deutsche Fachgesellschaften auch diesmal mitziehen.

2. Die neue Kategorie der »Prähypertensiven«

Im JNC 7 Report wird zwar für diese Gruppe noch keine medikamentöse Therapie gefordert. Aber es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, bis sich die »Medikamenten-Freaks« im US National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) durchsetzen. Immerhin hat das NHLBI auch die ALLHAT (Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial)-Studie (2002) finanziert.

Prähypertensiven Patienten wird eine Modifikation ihres Lebensstils empfohlen, z.B. Gewichtsreduktion (Body-Maß-Index 18.5 bis 24.9), DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)-Diät (viel Obst und Gemüse, fettarme Produkte, weniger tierisches Fett), Kochsalzreduktion (2.4 g Natrium oder 6 g

NaCl), körperliche Aktivität (flottes Gehen mindestens 30 Minuten täglich an den meisten Tagen der Woche), moderater Alkoholkonsum (maximal 2 Glas täglich bei Männern und 1 Glas täglich bei Frauen).

Natürlich unterliegt es keinem Zweifel, daß eine gesunde Lebensweise empfehlenswert ist. Jede dieser Maßnahmen führt auch zu einer gewissen Reduktion des systolischen Blutdrucks von 2 mm Hg bis 20 mm Hg. Der Einfluß auf klinisch relevante Endpunkte ist nicht für alle Maßnahmen unumstritten.

So reduziert z.B. die DASH-Diät den Blutdruck im Vergleich zur Normalkost bei Normotonikern um 4/2 mm Hg und bei Hypertonikern um 11/6 mm Hg. Die Untersuchung erfolgte über sechs Wochen. Der Einfluß auf die Morbidität und Mortalität war über diesen Zeitraum nicht zu untersuchen.

Eine individuelle Kochsalzreduktion kann allenfalls um 25 % erfolgen, 75 % sind durch die Herstellung in den Lebensmitteln enthalten und nicht zu beeinflussen. Der systolische Blutdruck konnte über 13 – 60 Monate um 1–2 mm Hg reduziert werden. Ob kardiovaskuläre Ereignisse verhindert wurden, ist unklar, die Mortalität wurde nicht reduziert (Hooper et al. 2002). Wir sollten uns auch an die alte pathophysiologische Regel erinnern, daß Na-Mangel zu einer Kontraktion des extrazellulären Flüssigkeitsvolumens führt. Das bedeutet: Dehydrierung bis zu abhebbaren Falten der Haut, Bluteindickung mit Thrombose-neigung, Ausschwemmung von Emboli mit konsekutiver Todesfolge, Verwirrtheit als Zeichen einer sekundären Demenz, Verminderung der Konzentrationsfähigkeit, des Kurzzeitgedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Besonders gefährdet sind ältere Patienten mit Flüssigkeitsdefizit, verstärkt bei heißem Wetter oder Temperatursteigerungen (Fieber).

»Stop smoking« ist den Autoren des

Tabelle 1: Einteilung des Blutdrucks bei Erwachsenen im Alter ≥ 18 Jahre

Blutdruck (mm Hg)		Kategorie 1993	Kategorie 1997	Kategorie 2003
Systolisch	diastolisch	JNC V	JNC VI	JNC 7
< 120	und < 80		Optimal	Normal
< 130	und < 85	Normal	Normal	Prähypertensiv
< 140	oder < 90	Hochnormal	Hochnormal	Prähypertensiv
< 160	oder < 100	Stadium 1	Stadium 1	Stadium 1
< 180	oder < 110	Stadium 2	Stadium 2	Stadium 2 **
< 210	oder < 120	Stadium 3	Stadium 3 *	
≥ 210	oder ≥ 120	Stadium 4		

* systolisch ≥ 180, diastolisch ≥ 110
 ** systolisch ≥ 160, diastolisch ≥ 100



JNC 7 Report nur noch eine Fußnote wert. Wird NHLBI / NHBPEP vielleicht von der Zigarettenindustrie gesponsert?

3. Blutdrucksenkung ist ein Surrogatparameter – welcher Benefit ist zu erwarten?

In einer frühen großen Meta-Analyse (Collins et al. 1990) wurden die Leser schlichtweg gelinkt. Die Autoren schrieben in der Zusammenfassung: „...Stroke was reduced by 42 % (95 % confidence interval 33-50 %; 289 vs 484 events, 2p < 0.0001)...CHD was reduced by 14 % (95 % CI 4 –22%; 671 vs 771 events, 2p < 0.01) ...“.

In den Köpfen der Ärzte blieben zwei Zahlen haften: 42 %ige Reduktion der Schlaganfälle und 14 %ige Reduktion der koronaren Herzkrankheit durch eine antihypertensive Therapie. Das führte über ein Jahrzehnt zu einer geradezu zwanghaften Anwendung von Antihypertensiva. Wie groß war der Benefit tatsächlich ? (Tabelle 2)

Bei genauer Betrachtung ist das Ergebnis ernüchternd. Aus den 42 % und 14 % von Collins et al. werden 1,07 % bzw. 0,56 %. Das entspricht NNT-Werten von 93 bzw. 178! Mit anderen Worten, wenn 93 Patienten oder 178 Patienten über fünf Jahre antihypertensiv behandelt werden, läßt sich nur ein Schlaganfall bzw. eine koronare Herzkrankheit verhindern!

In allen großen Hypertoniestudien der letzten 10 Jahre sind die Ergebnisse nicht viel besser.

Aus der sehr häufig zitierten HOT (Hypertension Optimal Treatment)-Stu-

die (Hansson et al. 1998) geht eindeutig hervor, daß bei 50- bis 80-jährigen Frauen und Männern eine Senkung des Blutdrucks < 160/<90 mm Hg keinen zusätzlichen Benefit (große kardiovaskuläre Ereignisse, nicht tödliche und tödliche Herzinfarkte und Schlaganfälle, kardiovaskuläre Mortalität) mehr bringt. Bei Werten ≤ 120/75 mm Hg nehmen in dieser Altersgruppe die Risiken sogar wieder zu. Das ist seit 1998 bekannt. Die Daten interessieren aber nicht. Pharmakologen, Internisten, Marketingexperten machen weiter wie vorher.

Als Port et al. (2000) bei einer Neubewertung der Daten der Framingham-Studie unter Zugrundelegung eines horizontal-logistischen-spline-Modells fanden, daß es alters- und geschlechtsabhängige Schwellenwerte des systolischen Blutdrucks gibt, die erst überschritten werden müssen, damit das Risiko für den Patienten zunimmt, nahm auch davon kaum jemand Kenntnis.

Die Faustregeln zur Berechnung der Schwellenwerte lauten für Männer: 120 + 2/3 des Alters und für Frauen: 114 + 5/6 des Alters.

Danach muß ein 60jähriger Mann ohne besondere Komorbidität (z.B. Diabetes mellitus) mit einem systolischen Blutdruck von 160 mm Hg nicht sofort mit Antihypertensiva belastet werden. Es bleibt Raum für differentialtherapeutische Erwägungen.

Bei der Einführung der »Prähypertension« beriefen sich die Autoren des JNC 7 Report vor allem auf die epidemiologischen Aussagen von Vasan et al. (2001) zu den Framingham-Daten. Entgegen al-

len Regeln der Epidemiologie (Immich 1991) wurden keine Altersklassen von fünf Jahren Breite gebildet, sondern lediglich zwei Gruppen »35 bis 64 Jahre« und »65 bis 94 Jahre«, damit war der Einfluß des Alters auf den Blutdruck praktisch eliminiert. Auf andere Limitationen ihrer Aussage wiesen Vasan et al. selbst hin. Die Anmerkungen von Port et al. wurden völlig ignoriert.

4. Schlußfolgerungen

Häufigere Blutdruckkontrollen vor allem bei Patienten mit Übergewicht oder Adipositas sind angezeigt, um Entwicklungen in den pathologischen Bereich frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls entgegensteuern zu können. Dazu reichten aber die Differenzierungen von 1993 (JNC V) und 1997 (JNC VI) aus. Die Schaffung von »Prähypertensiven« ist m.E. der erste Schritt, um aus Gesunden »Präpatienten« zu machen, die bei passender Gelegenheit zu Patienten mutiert und pharmakotherapiert werden. Diese Entwicklung ist vor allem auch deshalb bedenklich, da wir aus allen Studien wissen, wie gering der Benefit einer antihypertensiven Behandlung ist – selbst bei Patienten, deren Blutdruck tatsächlich sehr hoch ist.

Literatur

ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attac Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-2997

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al., and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289: 2560-2572

Collins R, Peto R, Mac Mahon S et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. *Lancet* 1990; 335: 827-838

Dörner K. Gesundheitssystem – in der Fortschrittsschleife. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A 2462-2466 [Heft 38]

Hansson L, Zanchetti A Carruthers SG et al., for the HOT Study Group. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998; 351: 1755-1762

Tabelle 2: Blutdruck, Schlaganfall und koronare Herzkrankheit (Collins et al. 1990)

Meta-Analyse aus 14 randomisierten Studien (vorwiegend mit Diuretika und Beta-Blockern), die im Mittel etwa 5 Jahre dauerten. Eingeschlossen wurden etwa 37.000 Patienten.

Ereignis	Kontrollgruppen (N = 18.407)	Therapiegruppen (N = 18.487)	Ereignisreduktion %	NNT n	Risiko-reduktion %
Schlaganfall (%)	2,63	1,56	1,07	93	42
Koronare Herzkrankheit (%)	4,19	3,63	0,56	178	14

Ereignisreduktion (auch: absolute Risikoreduktion, ARR)

NNT: number needed to treat (100 dividiert durch Ereignisreduktion)

Risikoreduktion (auch: relative Risikoreduktion, RRR). Collins et al. verschwiegen das Wert »Risiko« und sprachen nur von Reduktion.



Fortbildung

Hooper L, Bartlett C, Smith GD, Ebrahim S. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ* 2002; 325: 628-632

Immich H. Paradigma Epidemiologie. St. Peter-Ordning 1991

Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med.* 1993; 153: 154-183

Joint National Committee on Detection, Evalua-

tion, and Treatment of High Blood Pressure.

The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med.* 1997; 137: 2413-2446

Port S et al. Systolic blood pressure and mortality. *Lancet* 2000; 355: 175-180

Vasan RS et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001; 358: 1682-1686

Anschrift des Verfassers:

Professor em. Dr. Frank P. Meyer

Klinischer Pharmakologe

Magdeburger Str. 29

39167 Groß Rodensleben

Schlüsselwörter

Hypertonie – Prähypertonie – Medizinbetrieb



Landesärztekammer Hessen

Organspende – dran denken und handeln!

Bericht über Fortbildungsveranstaltung bei der LÄK Hessen am 2. Juli 2003

Wie schon 2001 und 2002 veranstaltete die Akademie der LÄK Hessen in Zusammenarbeit mit der Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Initiative Organspende Hessen unter der Leitung und Moderation von Professor Dr. Winfried Fassbinder, Fulda, auch in diesem Jahr eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Organspende.

Die Fortbildung richtete sich an interessierte Klinik- und Hausärzte, sowie an interessiertes Pflegepersonal. Man hätte sich insgesamt eine größere Beteiligung gewünscht - zumal nach einer Forsa Umfrage aus dem Jahr 2001 der Hausarzt für viele Patienten der Hauptansprechpartner auch zu Fragen der Organspende ist und auch bei Ärzten zu Fragen der Hirntoddiagnostik, den Verteilungskriterien für Organe und den gesetzlichen Grundlagen teilweise erhebliche Wissensdefizite bestehen.

So wurde in einem Übersichtsartikel in der Fachzeitschrift „Anästhesie und Intensivmedizin“ im Juli 2003 eine Studie zur Einstellung des medizinischen Personals auf Intensivstationen vorgestellt. Danach steht die überwiegende Mehrheit der Ärzte und Pflegenden auf Intensivstationen der Organspende grundsätzlich positiv gegenüber. 56 % der Befragten besitzen einen Organspendeausweis. Ein sehr interessantes Ergebnis dieser Studie ist, daß viele Ärzte

und auch Pflegenden sich nicht ausreichend geschult fühlen; über 70 % der Befragten äußerten den Wunsch nach Schulung in den Aspekten Hirntod, Angehörigenbetreuung und Intensivtherapie des Organspenders.

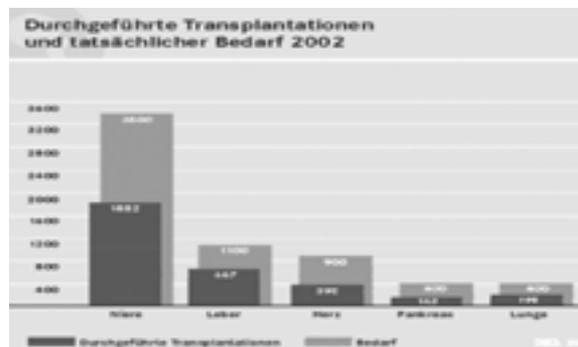
Die Wissensvermittlung in diesen Bereichen und auch die Vorstellung von transplantierten Patienten, sowie die Möglichkeit zum Gespräch mit An-

gehörigen von Organspendern war Ziel der Fortbildungsveranstaltung im Juli, die unter der Schirmherrschaft der Hessischen Sozialministerin stand.

Wie Professor Fassbinder in seiner Einleitung darstellte, stehen derzeit mehr als 11.500 Patienten auf der Warteliste für ein Organ. Jeden Tag werden in Deutschland elf lebensrettende Transplantationen durchgeführt, aber es sterben auch jeden Tag drei Patienten auf der Warteliste, weil Sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan bekommen konnten.

Die Zahlen der Graphik zeigen, daß sich Organtransplantationen in den letzten 40 Jahren erfolgreich etabliert haben und vielen Menschen dadurch geholfen werden konnte. Trotz der guten Entwicklung wird der Bedarf aber bei weitem nicht gedeckt. Fast doppelt so viele Organe wie tatsächlich vorhanden, werden benötigt, um den Menschen auf der Warteliste zu helfen.

Auf das Transplantationsgesetz und die gesetzlichen Grundlagen ging PD Dr. Dietmar Mauer, geschäftsführender Arzt der DSO Region Mitte, in seinem Vortrag ein. Die DSO ist seit dem Juli 2000 die verantwortliche Koordinierungsstelle für die Organspende in Deutschland. Sie stimmt die Zusammenarbeit zwischen den ca. 1.400 Krankenhäusern mit Intensivstationen und den ca. 50 Transplantationszentren bundesweit ab. Das deutsche Transplantationsgesetz schafft eine gute Basis für die Organspende. Es sorgt für Rechtssicherheit, gerechte Organverteilung und Transparenz im Organ spendeprozess. Doch ein Gesetz alleine kann die Situation nicht verbessern. Hier ist insbesondere die Mitarbeit der Krankenhäuser gefragt. Nach wie vor werden in den Krankenhäusern noch nicht alle Organspender erkannt und uns mitgeteilt. Trotz der umfangrei-





chen Fortbildungsaktivitäten der DSO im Jahr 2002 - es wurden insgesamt mehr als 200 Fortbildungsveranstaltungen in den Krankenhäusern der Region durchgeführt - werden häufig potentielle Organspender nicht gemeldet, obwohl für die Krankenhäuser nach dem Transplantationsgesetz eine Meldepflicht für alle am primären oder sekundären Hirntod Verstorbenen und somit für alle potentiellen Organspender besteht.

Die Verfasserin dieses Artikels, Fachärztin für Innere Medizin und Koordinatorin bei der DSO, widmete sich in ihrem Referat den Themen Akutsituation Organspende, Spendererkennung und der Frage, ob Organe gerecht verteilt werden: Häufig werden potentielle Spender von den Krankenhäusern nicht gemeldet, weil bei den Kollegen im Krankenhaus die Annahme besteht, das beispielsweise ein an einer cerebralen Massenblutung verstorbener 70jähriger Patient für eine Organspende nicht mehr in Frage kommt. Hier können wir immer nur wieder darauf verweisen, erklärte Moos, daß das Alter eines Patienten grundsätzlich keine Kontraindikation für eine Organspende darstellt; entscheidend ist immer der Funktionszustand der zur Transplantation vorgesehenen Organe. Es gibt ein spezielles ESP Programm bei Eurotransplant: ESP steht für European Senior Transplantprogram und wurde für Patienten über 65 Jahre entwickelt. Hierbei werden Organe von Spendern über 65 Jahre an Empfänger im Alter über 65 Jahre mit großem Erfolg vermittelt. Vorher hatten diese älteren Patienten auf der Warteliste kaum eine Chance.

Auch die Logistik der Organspende, Organtransporte sowie Kosten der Organspende wurden auf der Veranstaltung ausführlich behandelt. Um die Krankenhäuser zu entlasten, hat die DSO eine kostenlose 24 Stunden Service Nummer eingerichtet, über die 24 Stunden Informationen rund um die Organspende eingeholt werden können. Nach der Meldung eines Organspenders kümmert sich ein Koordinator der DSO vor Ort nach Absprache

und in Zusammenarbeit mit den Kollegen im Krankenhaus um die Spendertherapie, notwendige Diagnostik für die Meldung und auch um das Angehörigengespräch.

Häufig erfahren die DSO-Koordinatoren, daß die Frage nach der Organspende gar nicht von den behandelnden Kollegen, sondern von den Angehörigen selbst angesprochen wurde. Bei vielen Kollegen im Krankenhaus bestehen immer noch Bedenken bei einem am Hirntod Verstorbenen die Frage nach der Organspende zu stellen. Kann ich bei all dem Leid, das dieser Familie zugestoßen ist, auch noch diese Frage stellen?. Ja - man kann. Nein man muß sogar! Für viele Angehörige, insbesondere bei Angehörigen von Kindern, ist es sogar ein großer Trost, trotz allem Leid noch eine Sinnhaftigkeit über den Tod hinaus zu sehen.

Im Rahmen der Fortbildung berichtete auch eine Angehörige, die ihren 40jährigen Ehemann vor zwei Jahren durch eine plötzliche Hirnblutung verloren hatte, von ihren Erfahrungen auf der Intensivstation. Der verstorbene Ehemann hatte mit ihr zu Lebzeiten über seine Einstellung zur Organspende gesprochen und einen Organspendeausweis ausgefüllt. Sie berichtete über die Betreuung auf der Intensivstation und darüber, wie wichtig es für sie war, daß mehreren Patienten durch diese Organspende das Weiterleben ermöglicht wurde. Angehörige, die einer Organspende zugestimmt haben, werden von Seiten der DSO ca. 4-6 Wochen nach der Organspende darüber informiert, ob die Organe, - die entnommen und transplantiert wurden, auch ihre Funktion aufgenommen haben und - natürlich ohne Personendaten weiterzugeben - wie es den Empfängern geht. Außerdem haben die Angehörigen Gelegenheit, an einem Angehörigentreffen teilzunehmen.

Ziel dieser Treffen ist es, die Angehörigen in ihrer Entscheidung zu bestärken, offene Fragen zu klären und ihnen für ihre Entscheidung Dank zu sagen.

In seinem Vortrag über Hirntod und Hirntoddiagnostik arbeitete Dr. med. Michael Janka, Neurochirurg aus Fulda, heraus, daß es sich bei der Hirntoddiagnose um eine einfache und sichere Diagnose handelt. Grundbedingung ist jedoch immer, daß sie mit der entsprechenden Expertise und Erfahrung durchgeführt wird. Der letzte Teil der Veranstaltung beschäftigte sich mit den ethischen Fragen der Organspende.

Dr. Bodo Peter aus Bayreuth setzte sich mit dem Konflikt zwischen dem Interesse das Leben kranker, noch zu rettender Individuen zu erhalten und dem Interesse, die Unverletzlichkeit der Würde des Menschen und die Wahrung von Individualrechten zu garantieren, auseinander.

Organspende ist, wie bereits eingangs erwähnt, eine Gemeinschaftsaufgabe und kann nur durch die Beteiligung aller im Gesundheitswesen Beschäftigten etabliert und realisiert werden. Ärzte, Pfleger und Schwestern sind wichtige Mediatoren und Anlaufstelle für Fragen zu allen Aspekten der Organspende. Nur wenn wir selber gut informiert sind, können wir auch kompetent Auskunft geben.

Sabine Moos

Ärztliche Koordinatorin bei der DSO

Schlüsselwörter

Organspende - Organmangel - Organtransplantation - Transplantationsgesetz - Allokation - old for old Programm - Angehörigenbetreuung - Hirntod und Hirntoddiagnostik

Anzeige

Ihre Praxisabgabe – mit uns ein Erfolg!



- Vorrusschauende Abgabeplanung
- Vorauswahl der Interessenten
- Sicherung der Kaufpreiszahlung

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!



Leistungssteigerung im Sport – Ursachen, Methoden, Bewertungen, Lösungen

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

Diese Fragen wollte die Veranstaltung „Leistungssteigerung im Sport – Ursachen, Methoden, Bewertungen, Lösungen“ des Arbeitskreises Sportmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (Professor Dr. med. Gerd Hoffmann, Professor Dr. med. Ingeborg Siegfried) und des Hessischen Ärzteblattes (Professor Dr. med. Toni Graf-Baumann) in Zusammenarbeit mit der Sektion Breiten-, Freizeit- und Alterssport der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP), der Verbände mit besonderer Aufgabenstellung, Verbände für Wissenschaft und Bildung und Förderverbände (VmbAWBF) im Deutschen Sportbund (DSB) und dem FIFA Medical Assessment and Research Center (F-MARC) in einer bevölkerungsoffenen Informationsveranstaltung am 9. Mai 2003 und einer Fort- und Weiterbildungsveranstaltung am 10. Mai 2003 beantworten.

In seinen Eröffnungsworten wies der Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, Dr. Michael Popović (Frankfurt am Main), auf die guten infrastrukturellen Voraussetzungen für die Sportmedizin in Hessen hin. Dazu gehört auch eine weitgehend sachgerechte Auseinandersetzung mit

dem Aspekt Leistungssteigerung im Breitensport über die Vereine sowie das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“. Die EU-Kommission habe vor 1 ½ Jahren 16 Projekte gegen Doping ins Leben gerufen und auch der Weltärztebund empfiehlt 13 Punkte gegen Doping. Angesichts einer großen Fülle von zum Teil fragwürdigen Internetangeboten (einschließlich gesundheitsgefährdender Substanzen) sind aber immer wieder klare Stellungnahmen erforderlich.

Der hessische Minister des Innern und für Sport, Volker Bouffier, sprach sich für eine grundsätzliche Würdigung des Leistungsbegriffs und der Leistungsbereitschaft aus, was gerade im Sport gut vermittelt werden kann und bereits im Kindergarten beginnen könne. Der Focus solle aber nicht nur auf den Spitzensport, wie er im Fernsehen zu sehen sei, gelegt werden. Vielmehr seien Angebote von fachlich qualifizierten und vertrauenswürdigen Betreuern (Übungsleitern) in der Fläche zu machen. Für die sportmedizinische Betreuung stehen das Sportmedizinische Institut in Frankfurt am Main sowie in Hessen als einzigem Flächenbundesland sportmedizinische Untersuchungsstellen zur Verfügung.

Der Vorsitzende der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch (Bad Nauheim), zeigte sich über das präsentierte gute, aktuelle Wissen

beeindruckt und sprach sich dafür aus, daß Fortbildung weiterhin freiwillig bleiben solle, zumal die Fortbildungsangebote intensiv genutzt würden: so nehme in Hessen jeder zweite Arzt an Qualitätszirkeln teil.

Dr. med. Udo Schreiber (Frankfurt am Main) referierte über „Ursachen für Leistungssteigerung im Sport und Lösungsansätze“. Ursache für eine angestrebte Leistungssteigerung nach einer Verletzung ist der empfundene Zwang zur Beschleunigung des Heilprozesses: Der Sportler ist nach Verletzungen bemüht, möglichst schnell das Training wieder aufnehmen zu können,



Referenten der Veranstaltung

(bild zürndorf/pop)

um keine großen Trainingsrückstände zu erleiden. Der Zwang (Druck) zur schnellen Erlangung der Sportfähigkeit wird dabei von verschiedenen Seiten ausgeübt: a) vom Sportler selbst: Angst um den Stammpplatz, sportlich überbetonter Ehrgeiz (Anerkennung), Karrierebestreben, Profitbestreben; b1) vom Umfeld: Mitspieler nehmen den Stammpplatz ein, Mitspieler verharmlosen die Verletzung, es wird Aggravation unterstellt, Konkurrenzdenken; b2) vom Umfeld: Fans, Presse, Zuschauer: Erwartung von Wunderheilung binnen kürzester Zeit, Bericht



über Wunderheilung bei anderen Sporttreibenden, bewußte oder unbewußte falsche Darstellung oder Interpretation von medizinischen Verläufen oder Heilprozessen. c) von der Vereinsführung (Manager, Trainer): hier spielen Faktoren wie Tabellenplatz, Geld, Zuschauerresonanz, Werbung, Bagatellisierung oder Ignoranz einer Verletzung (Verletzung wird immer als störend, fast als Unverschämtheit empfunden), skeptische Einstellung zum Arzt oder Therapeuten, Suche nach einem „Wunderheiler“, Kranken- oder Verletztengeld eine Rolle. Der primäre und sekundäre Genesungsdruck auf den Sportler kann zu ungünstigen bis falschen Heilverläufen führen. Dieser Prozeß wird begünstigt durch mangelnde Erkenntnis und Erfahrung des Sportlers und des Vereins über Rehabilitationsverläufe und den Trainingsaufbau nach Verletzungen: Die Individualität der Verletzung wird nicht realisiert, Bagatellisierung der Verletzung und der Glaube an eine Wunderheilung spielen eine Rolle.

Wesentlich ist, sich nicht zu überfordern, auch nicht in der Rehabilitation, denn die Hauptursache für Folgeverletzungen oder sogenannte Rezidive einer Verletzung oder eine ganze „Verletzungskette“ bei Sportverletzungen ist die unzureichende Rehabilitation (temporär, psychisch, physisch) sowie zusätzlich das „Loch“ in der Rehabilitationskette im Bereich der sportartspezifischen Rehabilitation nach Abschluß der medizinischen Rehabilitation.

Lösungsansätze gemäß dem Spruch „Lieber Grips als Gips“ bestehen darin, das folgende Fazit im entsprechend sinnvollen Handeln zu berücksichtigen: Folgeverletzungen entstehen durch zu frühen Beginn mit der sportartspezifischen Vollbelastung. Zuviel eigener oder fremder Leistungsdruck oder Erfolgsdruck mit unzureichender Rehabilitation sind die Kinderstube von Folgeverletzungen. Auch im Bereich der Ursachen einer Überlastung ohne vorausgegangene Verletzung ist ein Lösungsansatz darin zu sehen, Sportler über alle schädigenden lei-

stungssteigernden physischen wie psychischen Vorgänge aufzuklären und ihnen die individuelle Schwelle von erlaubten Leistungszuwächsen zu verdeutlichen: physiologische Grenzen, wie der Zeitbedarf für Regeneration und Rehabilitation, können nicht ungestraft übersprungen werden.

In einem weiteren Beitrag sprach *Dr. med. Udo Schreiber* (Frankfurt am Main) über „**Training, Übertraining, Regeneration, Rehabilitation - Grundsätzliche Überlegungen unter spezieller Berücksichtigung des Bewegungssystems**“.

Training ist eine Anpassungsreaktion von Organsystemen, Hormonen, Nervensystem, Psyche und Stoffwechselsystem.

Training ist ein Übungsprozeß mit dem Ziel der Verbesserung im angestrebten Bereich.

Training ist ein Wechselspiel zwischen Ermüdung und Regeneration.

Das Prinzip der biologischen Anpassung besteht in der Abfolge von Trainingsreiz, Ermüdung (Absinken des Leistungsniveaus) und Regenerationsphase am Trainingsende. Die Regeneration benötigt unterschiedlich viel Zeit, am Ende wird ein höheres Leistungsniveau erreicht (sogenannte Superkompensation). Ohne weiteres Training kommt es zur Rückkehr auf das Ausgangsniveau.

Übertraining stellt einen fehlerhaften Trainingsprozeß dar. Mögliche Ursachen für ein Übertraining sind: Falsche Lebensweise (Ernährungsdefizit, Nikotin, Alkohol, Schlafdefizit), psychische „Streß“-Belastung (Schule, Familie, Partner, Trainer), Krankheit (Herderkrankungen, Infekte, Magen-Darm-Störungen).

Hauptfehler im Trainingsprozeß, die zu Übertraining führen können, sind: Vernachlässigung der Regeneration („Wer nicht regeneriert, der verliert“), zu schnelle Steigerung der Anforderungen, zu großer Belastungsumfang, zu hohe Intensität im Ausdauertraining, zu rasche Erhöhung der Belastung, zu starke Techniks Schulung ohne aktive Erholung, Übermaß an Wett-



Staatsminister Volker Bouffier

(Bild zürndorf/pop)

kämpfen, Häufung von Mißerfolgserlebnissen, übersteigerte Zielsetzung.

Symptome des Übertrainings zeigen sich als Fehlfunktion nachfolgender Systeme: Steuersysteme (Zentralnervensystem, vegetatives Nervensystem, Hormonsystem), Muskel-/Energiesystem, Herz-/Lungen-System. Eine Störung in einem oder mehreren Systemen führt zu einem Leistungsabfall. Was ist Regeneration? Regeneratio ist die Heilung, biologisch die Wiederherstellung. „Regenerationsstoffwechsel ist der Teil, der den durch Krankheit geschwächten Organismus bzw. das betroffene Organ zu regenerieren versucht.“ Ein Teil der Regeneration ist die Tertiärprävention als Vorbeugung gegen Erkrankungsrückfälle (Rezidivprophylaxe). Training (Belastung) und Regeneration sind im Interesse der Leistungssteigerung und der Gesundheit komplex zu planen.

Maßnahmen der Regeneration sind physikalische Verfahren und Therapien (wie Auslaufen/Ausschwimmen (Cool down), Dehnungsgymnastik, Entmüdungsbad, Sauna, Unterwassermassage, Entmüdungsmassage) und z.B. Nahrungsmittelsubstitution (Vitamine, Spurenelemente, Mineralien, Flüssigkeit), Rehabilitation ist die Wiederherstellung eines höchstmöglichen Grades an Erwerbsfähigkeit bzw. Lebentüch-



tigkeit und (Wieder-) Eingliederung in das gesellschaftliche Leben für physisch und psychisch geschädigte Menschen.

Rehabilitation erstreckt sich auf medizinische, pädagogische, arbeitspsychologische, technische, ökonomische und soziale Gebiete.

Ein optimales Training verbunden mit einer optimalen Regeneration unter Vermeidung eines Übertrainings sind die besten Grundlagen für eine optimale Leistungssteigerung im Sport.

Das Profitstreben im Leistungssport führt zur Katastrophe in der Tertiärprävention und damit zur Leistungsinvolution statt Steigerung.

Durch die ständige Zunahme der Wettbewerbe bleibt die Regeneration und die Rehabilitation auf der Strecke!

Professor Dr. med. Gerd Hoffmann referierte über „**Training, Übertraining, Regeneration, Rehabilitation - sportmedizinisch-internistische Aspekte: Wirkung körperlicher Aktivität auf verschiedene Organsysteme**“.

Mit dem Vortrag sollte die breite Palette an erlaubten und alltäglichen Möglichkeiten der Leistungssteigerung im Sport erläutert werden, so daß keinerlei Notwendigkeit für die Anwendung unerlaubter Methoden und Substanzen besteht.

Der Bogen des Dargestellten reicht von Begriffsinhalten über Auswirkungen von Bewegungsmangel und von körperlicher Aktivität bis zu Argumenten gegen unerlaubte Methoden der Leistungssteigerung im Sport.

Sport soll im weiten Wortsinn (körperliche Aktivität, Sport, Spiel, Bewegung, „Physical activity“) verstanden werden.

Leistung: ist physikalisch „Arbeit pro Zeit“, Aspekte der Leistung im Sport sind absolute vs. relative Leistung, objektive vs. subjektive Leistung, Individual- vs. Mannschaftsleistung, Gesamtleistung vs. Einzelfähigkeiten, Labortest vs. Feldtest, aerobe vs. anaerobe Leistung, z.B. absolute objektive Messung einer Individualleistung im Labortest.

Training: im engeren Wortsinn setzt

dies eine zielgerichtete, regelmäßige Aktivität voraus, in dem hier präferierten weiten Begriffssinn ist es die „Summe der Adaptation auslösenden Aktivitäten“, wobei ein überschwelliger, aber nicht zerstörender Reiz dann in der Phase der Regeneration (Zeitbe-



Prof. Dr. Gerd Hoffmann (bild zürndorf/pop)

darf!) zur Adaptation führt. Diese Sichtweise erlaubt es, ein Kontinuum von „Bettlägerig“ über „Untrainiert“ bis „Hochtrainiert“ zu betrachten, wobei dann auch bereits der sogenannte „Untrainierte“ ein höheres Leistungsniveau als der Bettlägerige aufweist.

Übertraining: stellt die Überforderung der Anpassungsprozesse des Organismus durch zu hohe und/oder zu umfangreiche Belastung (zu intensiv/zu extensiv) mit zu wenig Regenerations- und Adaptationszeit dar. Konsequenz: es ist belastungsfreie Zeit erforderlich. Es gibt verschiedene Formen des Übertrainings (sympathikotone vs. parasympathikotone Form).

Regeneration: ist nach körperlicher Aktivität erforderlich, benötigt Zeit und dient dem Halten oder Modifizieren eines Adaptations- und Trainingszustandes (trifft auch für den sogenannten „Untrainierten“ zu).

Rehabilitation: läuft nach einer Erkrankung ab und benötigt ebenfalls Zeit. Adaptation (Anpassung): bei gesteigertem Leistungsbedarf erfolgt zunächst

eine funktionelle und dann eine morphologische Adaptation. Die Adaptation läuft - aufgrund des Belastungsreizes in der Belastungsphase - in der Phase der Regeneration ab (s.o.): auch dies belegt die Bedeutung der Regeneration (und von regenerativen und Trainingspausen) für das Erreichen eines Trainingseffekts!

Gesundheit: Definition als „In einem dynamischen Geschehen gerade vorliegende Situation des subjektiven körperlichen und geistigen Wohlbefindens bei auch objektiv fehlenden Zeichen einer Störung des Organismus“. (Diese Definition vermeidet zwei kritische Punkte der WHO-Definition: die WHO-Definition schließt „soziales Wohlbefinden“ ein und schließt dabei viele „Gesunde“ aus = zu enger Begriff; WHO-Definition berücksichtigt nur das subjektive Wohlbefinden und schließt einige „Kranke“ mit ein = zu weiter Begriff.)

Fitneß: Gesundheit mit vorhandener großer Anpassungsbreite (= mit vorhandener großer Leistungsbreite, großer Leistungsfähigkeit).

Bewegungsmangel vs. Körperliches Training:

Auswirkungen von Bewegungsmangel: Abnahme der maximalen Sauerstoffaufnahme und der kardialen Leistungsfähigkeit; Erhöhung der Ruher Herzfrequenz, der Arbeitsherzfrequenz und des Sauerstoffbedarfs des Herzmuskels bei vorgegebener submaximaler Belastungsintensität; Verkürzung der Blutgerinnungszeit; Verschlechterung der Fließeigenschaften des Blutes; Erhöhung des LDL und Verminderung des HDL; Verminderung der Rezeptorsensibilität z.B. für Insulin mit Anstieg der Insulinkonzentration; Abbau der Skelettmuskulatur mit Abnahme der Muskelkraft.

All diesen unerwünschten Auswirkungen von Bewegungsmangel können die Effekte eines körperlichen Trainings, insbesondere Ausdauertrainings, und damit dessen Bedeutung gegenübergestellt werden: Gäbe es den Sport nicht, so müßte er gerade heute erfunden werden (Hollmann):



Trainingsbedingte Adaptationen im Bereich der Skelettmuskulatur: Vergrößerung der intramuskulären Glykogendepots, Zunahme der Oxydation freier Fettsäuren bei submaximalen Belastungsintensitäten, Zunahme von Zahl und Oberfläche der Kapillaren, Senkung des peripheren Widerstandes durch Eröffnung von Kapillaren und durch Kapillarenneubildung.

Trainingsbedingte Adaptationen am Herzen: Verminderung der Herzfrequenz in Ruhe und bei submaximalen Belastungsintensitäten, Vergrößerung des Schlagvolumens, Verlängerung der Diastolendauer, Verminderung des lebensnotwendigen Sauerstoffbedarfs am Herzen, Vergrößerung des Sauerstoffangebots, antiarrhythmischer Effekt, Verminderung des peripheren Widerstandes.

Trainingsbedingte Adaptationen im Blut: Verbesserung der Fließeigenschaften, Anstieg der Elastizität der Erythrozytenmembran, Abnahme von Fibrinogenkonzentration, Thrombozytenaggregabilität und -adhäsivität.

Trainingsbedingte Adaptationen im Lipidstoffwechsel: Vermehrung von HDL, insbesondere von HDL₂, Senkung des LDL-/HDL-Quotienten, Steigerung der Enzymaktivität von Lipasen.

Trainingsbedingte Adaptationen im hormonellen Bereich: Abnahme der Insulin-, Adrenalin- und Noradrenalinkonzentrationen bei gegebenen submaximalen Belastungsstufen.

Trainingsbedingte Adaptationen im Bereich des Gehirns: Förderung der globalen und regionalen Gehirndurchblutung und der Stoffwechselaktivität bei dynamischer Arbeit, Zunahme zahlreicher Neurotransmitter und Vermehrung entsprechender Enzymaktivitäten, Förderung des Nervenwachstumsfaktors und von Synapsen.

Trainingsbedingte Adaptationen im Bereich des Immunsystems: Steigerung der Abwehrkompetenz (z.B. Anstieg der Konzentration von NK-Zellen). Gäbe es ein Medikament, das all dies leistet, würde es sicher als „Medika-

ment des Jahrhunderts“ bezeichnet - es gibt es bereits: Sport, körperliche Aktivität (Hollmann).

Präventiv genutzt werden kann ein Training von vier der fünf motorischen Hauptbeanspruchungsformen („Prävention durch Leistungssteigerung“): Ausdauer (s.o.), Koordination, Flexibilität und auch Kraft (gehört heute dazu!).

Ein Krafttraining zum Erhalt der Muskulatur kann z.B. so aussehen, daß die entsprechende Muskulatur mindestens fünfmal täglich je fünf Sekunden mit 70 % der Maximalkraft statisch beansprucht wird.

Umfang der Leistungssteigerung: Beim Gesunden (jüngeren Menschen) ist bereits im untrainierten Zustand eine Verzehnfachung der Stoffwechsellistung während akuter maximaler Ausdauerbelastung möglich, Training kann die maximale Ausdauerleistung nochmals verdoppeln (d.h.: +100 %) (zum Vergleich: zusätzliches Höhentraining bringt nur einige weitere Prozent Leistungssteigerung).

Leistungssteigerung kann auch (kausal umgekehrt zum Vorstehenden) durch Prävention erfolgen, z.B. durch Prävention einer Verletzung, Prävention eines Übertrainings oder Prävention einer Fehl-Ernährung.

Individuelle Leistungssteigerung kann auch durch die Therapie einer Erkrankung und die dadurch bedingte Leistungsminderung erfolgen. So kann eine Hypertonie auch durch Ausdauertraining therapiert werden (wahrscheinliche Komponenten der blutdrucksenkenden Wirkung eines Ausdauertrainings sind dabei: Senkung des peripheren Gesamtwiderstandes, Senkung der Sympathikusaktivität, Erhöhung der Vagusaktivität, Senkung des systolischen und diastolischen Blutdrucks, Senkung der Herzfrequenz und des Blutdruck-Herzfrequenz-Produktes, Ökonomisierung der Herzarbeit, Anpassungsreaktionen im Bereich der Skelettmuskulatur, Gewichtsabnahme (bei vorbestehendem Übergewicht), Psychische Entspannung, günstiger Einfluß auf metabolische Störungen

(„Metabolisches Syndrom“) mit Erhöhung der zellulären Insulinsensitivität, Verbesserung der Glukosennutzung, Minderung der Risikofaktoren der Arteriosklerose (z.B. Verbesserung der HDL/LDL-Relation)).

Unerlaubte Leistungssteigerung wird heute anhand von Listen definiert und umfaßt Substanzen und Methoden.

Argumente gegen unerlaubte Leistungssteigerung im Sport sind (in aufsteigender Gewichtigkeit): a) Nicht alles wirkt bzw. nicht alles wirkt leistungssteigernd (z.B. Unsinnigkeit von Katecholaminen im Fußball durch Verlust der regenerativen Pausen zwischen einzelnen Spielzügen), b) gesundheitliche Gefährdung und vor allem c) Verstoß gegen das Fairneßgebot (Erwartung, sich fair miteinander messen zu wollen und zu können). Die Ausführungen zeigen außerdem, daß sehr viel mit erlaubten und alltäglichen Methoden (z.B. Training) zu erreichen ist. Durch Minderung des Erwartungsdrucks aus dem Umfeld des Sporttreibenden sollte der Anreiz genommen werden, das sonst Unmögliche durch Unerlaubtes zu erreichen!

Im Mittelpunkt von Sport sollte immer die Freude am Sport und an der eigenen Leistung stehen: Auch wenn die Leistung objektiv klein sein mag, so hat sie ihren großen Wert für den einzelnen, insbesondere als Freude über eine selbst erzielte Leistung.

Dr. med. Kurt-Reiner Geiß (Mörfelden) referierte über „Nahrungsergänzungsmittel zur Leistungssteigerung im Sport“.

Grundsätzlich unterschieden werden sollte zwischen 1.) Substitution, d.h. dem Ausgleich eines bestehenden Mangels (legal), zum Beispiel Nudelparty gegen Kohlenhydratmangel oder Substitution eines bestehenden Eisenmangels; 2.) Supplementierung, d.h. die über den eigentlichen Bedarf respektive über den Ausgleich eines Mangels hinausgehende Zufuhr eines Nährstoffes (legale Manipulation), zum Beispiel nehmen Sportler häufig mehr als ihnen im Rahmen einer Substitution geraten wird; 3.) Doping (ille-



gale Manipulation). Hat ein Nährstoffmangel zu einer Leistungsminderung geführt, so kann diese Leistungsminde- rung durch eine Substitution wieder ausgeglichen werden. Weder Substitution noch Supplementierung führen jedoch über die 100prozentige Leistungsfähigkeit bei ausgeglichenem Energiehaushalt und optimaler Versorgung mit allen Nährstoffen hinaus!

Von Interesse sind einige lebensmittelrechtliche Definitionen: „Functional food“ hat eine lebensmittelrechtliche Zweckbestimmung in der Reduktion von Gesundheitsrisiken oder der Verbesserung physiologischer Funktionen durch gesundheitsfördernde Substanzen oder Weglassen von gesundheitsabträglichen Inhaltsstoffen. Nahrungsergänzende Substanzen werden als „Nahrungsergänzungsmittel“, als „diätetische Lebensmittel“, als „Schlankheitsprodukte“ oder als „bilanzierte Diäten“ geregelt:

„Nahrungsergänzungsmittel“ werden nach den §§ 17 und 18 des Lebensmittelbedarfs-gesetzes geregelt (dies ist restriktiv hinsichtlich Werbemöglichkeit). Nahrungsergänzungsmittel sollten EU-weit geregelt werden, die interessanten Stoffe wurden aber in die EU-Regelung nicht einbezogen.

„Diätetische Lebensmittel“ (z. B. Sporternährungsprodukte) werden geregelt nach § 1 der Diätverordnung (dies erlaubt Werbung zur Zweckbestimmung, zum entsprechenden diätetischen Lebensmittel erfolgt nur eine Meldung, keine Prüfung, entsprechend können „trojanische Pferde“ sich hierunter verbergen). „Schlankheitsprodukte“ werden nach § 14a der Diätverordnung geregelt. „Bilanzierte Diäten“ werden nach § 14b der Diätverordnung geregelt (diese werden nur angezeigt, eine Einstufung als bilanzierte Diät erlaubt sogar Angaben einer Indikation!).

Die wichtigsten Nahrungsergänzungsmittel im Kontext „Leistungssteigerung im Sport“ sind: Kreatin: Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland hiervon ca. 40-60 Tonnen verkauft, Kreatin ist gewissermaßen „in

aller Munde“: Es handelt sich um eine körpereigene Substanz, die unter bestimmten Bedingungen nicht in optimaler Konzentration im Körper vorliegt. Kreatin ist als Kreatinmonohydrat als Sportprodukt in der Bundesrepublik Deutschland geduldet (nicht im engeren Wortsinne zugelassen), in den Formen Citrat und Pyruvat ist das Kreatin in der Bundesrepublik Deutschland derzeit noch verboten. Kreatin bewirkt bei oraler Zufuhr eine Erhöhung der Phosphokreatinkonzentration, wodurch (bis auf wenige Non-Responder) die Kraftleistung steigt. Gesichert ist eine positive Korrelation zwischen der Zunahme der Kreatinkonzentration und der Steigerung der Kraftleistung. Ältere Menschen haben eine Kreatinkonzentration von ca. 20-30 millimol Kreatin pro kg Muskel-trockenmasse, jüngere Leute von ca. 60-90 und jüngere sporttreibende Menschen von ca. 140-150, bei einem leveling off von 160: Hochleistungssport-treibende profitieren daher kaum von einer oralen Kreatinzufuhr, während bewegungsarme Menschen hiervon profitieren können. Ein (z.B. in Bodybuildingkreisen) praktiziertes Zufuhrschema besteht in bis zu 20 Gramm pro Tag für fünf bis sieben Tage (mit hierdurch bedingten ca. 5 kg Gewichtszunahme durch Wassereinlagerung, was einen Teil der Vorteile zunichte macht), schonender sind zwei bis vier bis fünf Gramm Zufuhr pro Tag über vier bis sechs Wochen (was als weniger problematisch angesehen werden kann). Durch Überdosierung in der Erhaltungsphase oder auch generell durch falsche Anwendung ist ein Anstieg des Muskeltonus (mit entsprechenden Verletzungsrisiken) sowie die genannte Gewichtszunahme durch Phosphat und Wassereinlagerung möglich. Kreatin macht keine Muskelhypertrophie, aber eine höhere Energiebelastung. Als Hypothesen zum Kreatin können genannt werden: Zufuhr mit Kohlehydraten vermindere den Prozentsatz der Non-Responder, Koffein habe eher antagonistische Wirkung. Phosphatidylserin: Gesichert ist eine Verbesserung der Hirnleistung im Bereich der Lernfähigkeit und Erinnerung

(„Age Associated Memory Impairment“ „AAMI“ und „Age Related Cognitive Decrease“) sowie erste Studie bei „Attention Distressed Syndrome“. Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit in der zweiten Lebenshälfte von der Food and Drug Administration FDA anerkannt. Enthalten zum Beispiel in IQ PLUS®.

L-Theanin: Stellt die quantitativ häufigste Aminosäure im grünen Tee dar (Hälfte der Aminosäuren, die im grünen Tee enthalten ist): Gesichert ist eine zentralnervöse Wirkung, wirkt entspannend, regenerationsfördernd. Über die Förderung der Regeneration kann dies auch die Leistungsfähigkeit von Sport-treibenden verbessern.

Taurin: eine (zum Beispiel in Energiedrinks enthaltene) Aminosäure, die im Säuglingsalter essentiell ist (für die geistige Entwicklung notwendig) und im Erwachsenenalter bei hohen körperlichen Belastungen nicht mehr ausreichend gebildet wird. Gesichert ist eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (4-6 %) durch Steigerung der maximalen Sauerstoffaufnahmekapazität und niedrigerer Katecholaminwerte (zentralnervöser oder peripherer Effekt?) mit Änderung der Hämodynamik am Herzen (Anstieg von Schlagvolumen und Ejektionsfraktion). Dies ist von Relevanz zum Beispiel bei Ausdauerbelastungen (wie z.B. Triathlon). Taurin wirkt stabilisierend auf die Zellmembran (ein Lachs enthält soviel Taurin wie ein Mensch). Verschiedene kardiochirurgische Zentren verwenden Taurin in ihren kardioplegischen Lösungen.

Bikarbonat: Gesichert ist die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei anaeroben Belastungen. Sinnvoll ist zum Beispiel die Verwendung von Mineralwasser mit hohem Bikarbonatgehalt.

Konjugierte Linolsäure CLA (eine Omega-6-Fettsäure): In Deutschland nicht zugelassen; hoher antioxidativer Effekt, bei höherer Dosierung anaboler Effekt. Offen sind die Fragen einer Förderung oder Steigerung der Fettverbrennung, einer Förderung des Aufbaus der Muskulatur (anaboler Effekt?) und einer antikanzerogenen Wirkung. Produktion



und Verbrauch von ca. fünf bis sechs Tonnen pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland (Versandhandel via Internet).

Carnitin: Ändert nichts an der Leistungsfähigkeit (Werbung mit Steigerung der Leistungsfähigkeit wurde untersagt); eventuell bestehen aber Effekte bei vorbestehendem Carnitin-Mangel bei rezidivierenden Infekten.

Q 10 (Ubichinon): Bewirkt außer bei vorbestehendem Mangel keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit.

Koffein: Vom Körper nicht selbst gebildet, regt zentralnervöse Tätigkeit an; wer an Koffein regelmäßig gewöhnt ist, zeigt ohne Koffein akut schlechtere Leistungsfähigkeit; umgekehrt: wer kein Koffein gewöhnt ist, bei dem verschlechtert sich die Leistung unter akuter Koffeinzufuhr. Koffein in grünem Tee konterkariert großteils die L-Theanin-Wirkung durch den Tee.

Bei allen Ausführungen über Einzelsubstanzen sollten Sporttreibende optimal hinsichtlich einer sinnvollen Sporternährung beraten und betreut werden.

In einer von *Dr. med. Dierk Heilmann* (Mainz) geleiteten Podiumsdiskussion „**Brauchen wir leistungssteigernde Verfahren? Lösungsansätze**“ mit Referenten der Veranstaltung wurde kritisch darauf hingewiesen, daß es den Dammbuch durch legale Substanzen bereits gegeben habe, daß auch von jugendlichen Breitensportlern nach Doping-Substanzen gefragt werde und präventives Wissen über Doping gering sei und daß die Doping-Kontrollen dem Problem Doping weit hinterher laufen. Andererseits gab es von Referentenseite aber auch das klare Bekenntnis: wir brauchen (auch angesichts der großen Möglichkeiten der Trainierbarkeit des Menschen) keine - über die medizinisch begründete Substitution eines Mangels (Mineralien, Eisen etc.) hinausgehenden - leistungssteigernden Substanzen oder Verfahren! Die Fairneß im Sport sollte erhalten bleiben! Lösungsansätze bestehen in der Wegnahme eines zu hohen Leistungsdrucks auf Sporttreibende, in der Vermittlung von Wissen zur

primären Prävention (auch wenn dies in den Medien nicht einfach zu vermitteln ist) und vor allem in der Freude an der Sportausübung und an der dabei erzielten persönlichen Leistung, auch wenn sie objektiv klein sein mag.

*Der vollständige Bericht über die Veranstaltung erscheint im Internet-Journal „German Medical Science“ der „Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften AWMF“, des „Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information DIMDI“ und der „Zentralbibliothek für Medizin ZB Med“ frei zugänglich unter www.eGMS.de. Dort sind neben dem hier Dargelegten auch ausführlich dargestellt die Vorträge über „**Muskulatur und Muskelphysiologie**“ von *Dr. med. Udo Schreiber* (Frankfurt am Main), „**Auswirkungen körperlicher Aktivität auf das Immunsystem**“ von *Professor Dr. med. Reinhard Bretzel* (Gießen), „**Sport trotz Medikamenten und Medikamente wegen Sport**“ von *Professor Dr. med. Bernd Waldecker* (Gießen), „**Ernährung und Sport einschließlich sportartspezifischer und trainingsphasenspezifischer Aspekte**“ von *Professor Dr. med. Gerd Hoffmann* (Frankfurt am Main), „**Flüssigkeitssubstitution im Sport**“ von *Diplom-Oecotrophologin Dr. Annette Hauenschild* (Gießen), „**Leistungssteigernde Mittel und Methoden im Sport**“ sowie „**Grenzen zur verbotenen Leistungssteigerung im Sport - Doping im Sport**“ von *Professor Dr. med. Eide-Dittmar Lübs* (Kassel) und „**Ethische und rechtliche Aspekte verbotener Leistungssteigerung**“ von *Professor Dr. med. Toni Graf-Baumann* (Teningen).*

Professor Dr. med. Gerd Hoffmann
Frankfurt am Main

Schlüsselwörter

Leistungssteigerung - Sport - körperliche Aktivität - Training - Übertraining - Regeneration - Rehabilitation - Adaptation - Gesundheit - Fitneß - Nahrungsergänzungsmittel - Substitution - Supplementierung - Fairneß - German Medical Science

Trilucent-Brustimplantate-Kostenübernahme für Explantationen nur noch bis 31. Dezember 2003

Das Hessische Sozialministerium hat die Landesärztekammer unterrichtet, daß die Firma Lipomatrix Inc. angekündigt hat, die Kosten für die Explantation von ihr hergestellter Trilucent-Brustimplantate nur noch bis zum **31.12.2003** zu übernehmen.

Hintergrund: Der Vertrieb des Medizinproduktes Trilucent-Brustimplantat wurde bereits im Jahre 1999 eingestellt. (In Deutschland waren bis zu diesem Zeitpunkt ca. 3.500 dieser Produkte implantiert worden.) Der Grund dafür waren grundsätzliche toxikologische Bedenken, daß potentiell (geno-)toxische Abbauprodukte im Füllmaterial der Implantate entstehen und bei Undichtigkeiten der Hülle eventuell zu Schädigungen bei den Implantatträgerinnen, Feten und ggf. gestillten Säuglingen führen könnten. Konkrete Fälle solcher Schäden waren bis 2000 allerdings noch keine bekannt geworden. Seitens der Überwachungsbehörden wurden seinerzeit die Explantation bzw. die Erwägung einer solchen Maßnahme und die Vermeidung einer Schwangerschaft und des Stillens bei Implantatträgerinnen empfohlen. Die ärztlichen Fachkreise wurden deshalb in Zusammenarbeit des HSM und der Landesärztekammer sowohl über Pressemitteilung als auch durch direkte Ansprache über diesen Sachverhalt unterrichtet. Lipomatrix Inc. erklärte sich bereit, die Kosten für die Explantation solcher Transplantate zu übernehmen. **Hinsichtlich der grundsätzlichen Risikoeinschätzung hat sich nach unseren Informationen seit 2000 keine Veränderung ergeben, und uns sind auch keine zwischenzeitlich eingetretenen Schädigungen bekannt geworden.**

Sollten es unter Ihren Patientinnen noch Fälle geben, in denen eine Explantation vorgesehen ist oder erwogen wird, sollten diese Frauen über die neuen finanziellen Gesichtspunkte informiert und solche Eingriffe ggf. noch vor dem 31.12.2003 vorgenommen werden. - Neue medizinische Gesichtspunkte zur Indikation für eine Explantation gibt es nicht!

R. Kaiser, LÄKH



Stellenwert der modernen Pathologie in der Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms

Professor Dr. Helmut Bonkhoff, Frankfurt

Das Prostatakarzinom stellt ein signifikantes gesundheitspolitisches Problem dar. Jeder dritte Mann über 50 Jahre trägt in seiner Prostata ein histologisch zweifelsfreies Karzinom. Die meisten dieser Tumoren treten aber klinisch nie in Erscheinung und werden erst nach dem Tode anlässlich einer Obduktion entdeckt. Die Inzidenz dieser latenten und klinisch letztlich unbedeutenden Karzinome ist weltweit gleich und zeigt keine regionale Unterschiede. Ganz anders verhält es sich mit dem zu Lebzeiten diagnostizierten Prostatakarzinom. In den westlichen Industrieländern steht das Prostatakarzinom mittlerweile hinter dem Bronchialkarzinom an zweiter Stelle der männlichen Krebsmortalität. Im gesamten asiatischen Raum ist die Inzidenz des klinisch manifesten Prostatakarzinoms gering, was sicherlich auf die unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen ist. Über die Hälfte der klinischen Prostatakarzinome befindet sich zum Zeitpunkt der Diagnose in einem lokal fortgeschrittenen oder systemischen Stadium, in dem eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist. Das organbegrenzte Karzinom ist dagegen durch die Prostatektomie heilbar. Die

Detektion dieses Tumors in einem asymptomatischen Frühstadium hat deshalb höchste Priorität. Für die Früherkennung ist der rektale Tastbefund nicht mehr ausreichend. Weitaus sensibler ist die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) im Serum. Eine PSA-Erhöhung über den altersgewichteten Grenzwert hinaus macht eine stanzbiopsische Abklärung erforderlich bei der heute die ultraschallgestützte Sextantenbiopsie als Standard gilt. Erst die histologische Untersuchung der Stanzbiopsien durch den Pathologen erlaubt dann eine definitive Diagnose und die Entscheidung über die Dignität des für die PSA-Erhöhung verantwortlichen Krankheitsprozesses in der Prostata.

Die zunehmende Bereitschaft der männlichen Bevölkerung, die Krebsfrüherkennung für das Prostatakarzinom in Form der PSA-Bestimmung in Anspruch zu nehmen, stellt die diagnostische Pathologie vor immer neue Herausforderungen. In der Prostatapathologie geht es schon lange nicht mehr darum, klinisch eindeutige Befunde zu bestätigen, sondern subklinische Stadien des Prostatakarzinoms zu diagnostizieren und dem Kliniker Parameter an die Hand zu geben, die ihm erlauben, seinen Patienten adäquat zu therapieren.

Im Rahmen der primären Diagnostik stehen die folgenden Fragen im Vordergrund:

- ▶ Liegt ein Prostatakarzinom vor oder nicht? Wenn nein, finden sich in den Stanzbiopsien andere Ursachen für den pathologischen PSA-Wert oder einen suspekten Tastbefund?
- ▶ Kann das diagnostizierte Karzinom kurativ behandelt werden? Wenn ja, ist eine potenterhaltende (nervschonende) Prostatektomie aus onkologischer Sicht vertretbar ?

Tabelle 2. Morphologische Korrelate für einen suspekten Tastbefund in Stanzbiopsien

- ▶ postatrophische Hyperplasie
- ▶ granulomatöse Prostatitis
- ▶ Prostatainfarkt
- ▶ postinflammatorische Atrophie
- ▶ postinflammatorische Fibrosklerose

Entkräftung des klinischen Verdachtes auf ein Prostatakarzinom

Der klinische Verdacht auf ein Prostatakarzinom ergibt sich aus einem pathologischen PSA-Wert oder aus einem suspekten Tastbefund. Diese Parameter sind aber keineswegs beweisend für das Vorliegen eines Karzinoms. Es gibt eine Reihe von benignen Befunden bzw. Veränderungen, die einen erhöhten PSA-Wert oder einen suspekten rektalen Tastbefund hervorrufen bzw. erklären können (Tabelle 1 und 2). Im Vordergrund stehen hier die häufigen entzündlichen Veränderungen der Prostata, die je nach Ausdehnung und Intensität erhebliche PSA-Erhöherungen verursachen können, ohne daß ein Prostatakarzinom vorliegt. PSA-Werte >10 ng/ml sind bei ausgedehnten Formen der Prostatitis keine Seltenheit, vor allem, wenn der entzündliche Prozeß das Prostataepithel zerstört. Ein erfahrener Urologe ist durchaus in der Lage abzuschätzen, ob sich in tumorfreien Stanzbiopsien ein adäquates morphologisches Korrelat für den klinisch angegebenen PSA-Wert findet oder nicht. Voraussetzung ist natürlich, daß ihm der Urologe den PSA-Wert auch mitteilt. Durch eine PSA-Verlaufskontrolle

Tabelle 1. Morphologische Korrelate für einen pathologischen PSA-Wert in Stanzbiopsien

- ▶ **Prostatitis***
 - ▶ spezifisch
 - ▶ granulomatös
 - ▶ iatrogen (BCG-induziert)
- ▶ **glanduläre Hyperplasie**
(bei großem Prostatavolumen)
- ▶ **Prostatainfarkt***

*Zerstörung des Prostataepithels



nach antibiotischer Therapie kann dann geklärt werden, in welchem Umfang die PSA-Erhöhung entzündlich bedingt ist.

Ähnlich verhält es sich mit dem suspekten Tastbefund. Eine Reihe von benignen Prostataveränderungen können bei der rektalen Untersuchung einen malignen Befund vortäuschen (Tabelle 2). An erster Stelle ist hier die postatrophische Hyperplasie zu nennen. Diese Läsion entsteht typischerweise in den kapselnahen Abschnitten der peripheren Zone und ist bei entsprechender Ausdehnung von einem Karzinom palpatorisch nicht zu unterscheiden. Wenn größere Herde einer postatrophischen Hyperplasie in Stanzbiopsien erfaßt werden, dann ist dies durchaus ein adäquates Korrelat für einen suspekten Tastbefund. Eine PSA-Erhöhung erklärt diese Läsion jedoch nicht.

In der modernen Diagnostik des Prostatakarzinoms ist ein histopathologischer Befund, der lediglich den fehlenden Nachweis eines Tumors mitteilt, nicht mehr ausreichend. Gefordert wird eine epikritische Stellungnahme bezüglich der Repräsentativität des Materials in Bezug auf den klinischen Befund, damit der Urologe das weitere Procedere mit seinem Patienten besprechen kann. Wenn sich in Stanzbiopsien für die klinisch angegebenen PSA-Werte oder für den Tastbefund kein adäquates morphologisches Korrelat findet, dann ist eine Rebiopsie erforderlich.

Unklare Befunde in Prostatastanzbiopsien

Die diagnostische Schwierigkeit in der Histopathologie des Prostatakarzinoms nimmt in dem Maße rapide zu, je weniger Tumorgewebe in den Stanzbiopsien erfaßt ist. Für eine sichere Krebsdiagnose werden in der Regel mindestens vier bis acht Drüsenazini gefordert, die histoarchitektonische und zytologische Kriterien eines Karzinoms erfüllen. Freilich ist die diagnostische Sicherheit individuell sehr unterschiedlich und hängt von der persönlichen Erfahrung und Entscheidungsfreudigkeit des untersuchenden Pathologen ab. Im Einzelfall genügt für

eine Karzinomdiagnose der Nachweis einer einzigen Drüse, die alle diagnostische Kriterien eines Karzinoms erfüllt.

Aus dieser diagnostischen Unsicherheit entstand der Begriff *ASAP* (atypical small acinar proliferation). Darunter versteht man eine atypische mikroazinäre Läsion, die zwar verdächtig, aber nicht beweisend für ein Prostatakarzinom ist. Für den Urologen bedeutet *ASAP* die Rebiopsie; unter Pathologen ist dieser Begriff nicht unumstritten, denn *ASAP* umschreibt nichts anderes als eine diagnostische Unsicherheit unter dem Deckmantel einer Diagnose. In vielen Fällen kann eine derartige, zunächst nicht mit Sicherheit einzuordnende Läsion durch eine referenzpathologische Zweitbegutachtung eindeutig als benigne oder maligne eingestuft werden. Falls die Dignität auch durch den Referenzpathologen, nicht eindeutig geklärt werden kann, dann erfordert der Befund eine Rebiopsie. Bedauerlicherweise werden etwa 40 % der Patienten mit einer *ASAP* in der Erstbiopsie nicht rebiopsiert.

Diagnostische Standards

Ganz entscheidend für die korrekte Diagnose von Prostataerkrankungen sind folgende Voraussetzungen:

- ▶ Systematische, standardisierte und ultraschall-gestützte Biopsieentnahme durch den Urologen. Prostatastanzbiopsien sollten immer in Form einer Sextanten- oder Oktantenbiopsie oder mehr Biopsien aus festgelegten Regionen beider Prostataseitenlappen entnommen werden (apikal, medial, lateral, zentral; links und rechts).
- ▶ Zusätzlich sollten palpatorisch oder sonographisch auffälligen Regionen zusätzlich biopsiert werden.
- ▶ Dem Pathologen sollten die klinische (Verdachts-)Diagnose, der PSA-Wert, ggf. der PSA-Quotient, das Prostatavolumen und die Lokalisation des suspekten Tastbefundes mitgeteilt werden.
- ▶ Die Prostatastanzen sollten sofort in ausreichend konzentriertem (4 %) Formalin fixiert werden. Wir bevor-

zugen eine vorherige Orientierung und Strecken der Prostatastanzen, um eine optimale Ausrichtung und damit ein vollständiges Erfassen der Stanzzyylinder beim Schneidprozeß zu gewährleisten.

- ▶ Die Prostatastanzzyylinder müssen vom Pathologen sachgerecht und mit hoher Schnittqualität aufgearbeitet werden. Prostatastanzen sollten prinzipiell aufgestuft werden, wobei immer Leerschnitte für eventuelle immunhistochemische Untersuchungen asserviert werden.

Viele Fehldiagnosen oder falsch-negative Diagnosen beruhen auf einer schlechten Schnittqualität oder Fixierungsartefakten, denen auch der Referenzpathologe manchmal hilflos gegenübersteht. Zur Verbesserung der Qualität in der Prostadiagnostik bieten wir für Pathologen im Rahmen der Internationalen Akademie für Pathologie, Deutsche Sektion, regelmäßig Tutorials an, in denen die diagnostischen Kriterien geschult und die aktuellen Standards vermittelt werden.

Bedeutung der Präkanzerosen für die Krebsfrüherkennung

Die high grade prostatiche intraepitheliale Neoplasie (HGPIN) gilt heute als der wichtigste Vorläufer des klinisch relevanten Prostatakarzinoms. Die HGPIN hat klinisch kein Erscheinungsbild und kann nur histopathologisch diagnostiziert werden. Ihre Inzidenz in tumorfreien Stanzbiopsien schwankt in der Literatur zwischen 1 und 30 %. Diese Streubreite verdeutlicht natürlich die diagnostische Schwierigkeit dieser Läsion. Die Differenzialdiagnose umfaßt eine ganze Reihe von benignen Prostataveränderungen (z.B. zentrale Zone und Basalzellhyperplasie) sowie intraduktale Prostatakarzinome. In anerkannten Referenzzentren liegt die Inzidenz von HGPIN in tumorfreien Stanzbiopsien unter 10 %.

Autopsienstudien zeigen, daß die HGPIN in ihrer Inzidenz und Ausdehnung mit dem Alter kontinuierlich zunimmt und durchschnittlich mehr als



zehn Jahre vor dem Karzinom besteht. Als fakultative Präkanzerose rechtfertigt die Diagnose einer HGPIN in einer tumorfreien Stanzbiopsie jedoch keine therapeutischen Konsequenzen. HGPIN besitzt allerdings eine hohe prädiktive Aussagekraft für das gleichzeitige Vorliegen oder spätere Auftreten eines Karzinoms. In mehr als 30 % der Fälle findet man in den Rebiopsien ein zweifelfreies Prostatakarzinom. Der Nachweis einer HGPIN in einer ansonsten tumorfreien Stanzbiopsie erfordert somit die Rebiopsie. Besonders abklärungsbedürftig sind ferner diejenigen HGPIN-Läsionen, bei denen sich in den Stanzbiopsien kein adäquates morphologisches Korrelat für den klinisch angegebenen PSA-Wert finden. Falls in den Rebiopsien kein Karzinom gefunden wird, empfiehlt sich die konsiliarische Mitbegutachtung durch einen Referenzpathologen.

Potenzershaltende Prostatektomie

Das organbegrenzte Prostatakarzinom kann durch die radikale Prostatektomie geheilt werden. Was dennoch viele Männer davor abschreckt, die Krebsvorsorge in Anspruch zu nehmen, hängt wohl damit zusammen, daß man nach dieser Operation definitiv impotent ist. Viele Patienten (und ihre Partnerinnen) sehen darin eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Die nervschonende Prostatektomie bietet diesen Patienten eine Alternative. Diese Operation ist allerdings aus onkologischer Sicht nur dann vertretbar, wenn man präoperativ eine extraprostatiche Tumorausdehnung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen kann. Zu den klinischen Selektionskriterien gehören ein PSA-Wert unter 10 ng/ml und ein klinisch organbegrenzter Tumor. Wie bereits oben dargestellt, können sowohl die Höhe des PSA-Wertes, als auch der Tastbefund durch konkurrierende, benigne Prostataerkrankungen erheblich verfälscht werden. Nicht selten sind Fälle mit stark erhöhtem PSA (>10) und einer ausgedehnten Prostatitis sowie nur randständig erfaßten Tumordrüsen in einer Stanzbiopsie. In solchen Fällen ist der PSA-Wert eher Ausdruck der Entzündung und we-

niger eines zufällig erfaßten Karzinoms. Gerade im Hinblick auf eine geplante Nervschonung ist es wichtig, im pathologischen Befundbericht alle benigne Veränderungen aufzunehmen, die per se zu einer PSA-Erhöhung oder zu einem suspekten Tastbefund führen können (Tabelle 1 und 2) und ihren Anteil an der PSA-Erhöhung bzw. Tastbefund epikritisch zu werten. Mit dieser Information kann der Urologe seine klinischen Parameter relativieren und die Selektionskriterien mehr individuell auf die gegebene Situation bei seinem Patienten abstimmen.

Die wichtigsten Selektionskriterien für die Indikation zur nervschonenden Prostatektomie entnimmt der Urologe allerdings aus den histopathologischen Eigenschaften des in der Stanzbiopsie erfaßten und diagnostizierten Karzinoms. Dazu gehören das erfaßte Tumolvolumen, der Gleason Score und der Nachweis von Nervenscheideninvasionen. Sind in drei ipsilateralen Stanzbiopsien weniger als 15 % der Stanzfläche von Tumor befallen, dann beträgt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines ipsilaterale organbegrenzten Tumor 95 %, wenn weniger als 15 % der gesamten sechs Stanzungen tumorinfiltriert sind. Bei einer solchen Befundkonstellation wäre also eine einseitige Nervschonung aus onkologischer Sicht durchaus vertretbar.

Ein weiterer wichtiger Parameter ist der Anteil der erfaßten dedifferenzierten, also high-grade Tumorformationen. Dazu muß angemerkt werden, daß die Grading der Prostatakarzinome nach dem einfachen dreistufigen Grading System G1 – G3 heute nicht mehr als zeitgemäß angesehen wird. Prognostisch aussagekräftigere Informationen liefert nachgewiesenermaßen das 5stufige Grading-System nach Gleason, das ausschließlich die Tumorarchitektur bewertet. Um die Indikation zu einer nervsparenden Prostatektomie zu rechtfertigen, sollten die primären Gleason-Grade vier und fünf in nicht mehr als einer Stanzbiopsie vertreten sein und in jedem Fall weniger als 10 % des erfaßten Tumolvolumens ausmachen. Dabei muß jedoch immer berücksichtigt werden, daß die

exakte Reproduzierbarkeit des Gleason-Score lediglich mit ca. 50 % angegeben wird. Aus Ringversuchen ist bekannt, daß die Pathologen, welche die meisten radikalen Prostatektomien gesehen haben, den Gleason-Grad am besten reproduzieren können. Wir empfehlen (und führen dies auch so durch), Prostatakarzinome von mindestens zwei Pathologen unabhängig voneinander graden zu lassen, damit abschließend der Befund durch einen breiten Konsens gesichert ist.

Die Nervenscheideninvasion, d.h. der Einbruch von Tumorgewebe in perineurale Spalträume, gilt als eine weitere, relative Kontraindikation für die Nervschonung, obwohl viele organbegrenzte Karzinome Nervenscheideninvasionen aufweisen, die dann auch durchaus in Stanzbiopsien erfaßt werden können. Der Befund einer Nervenscheideninvasion in Stanzbiopsien sollte deshalb immer im Kontext mit dem erfaßten Tumolvolumen und dem Gleason-Score bewertet werden.

Das große Problem beim präoperativen Staging des Prostatakarzinoms ist der „Sampling-Error“, d.h. der biologische relevante Tumorherd wird in den Stanzbiopsien nicht erfaßt. Diese Sampling-Error läßt sich auch in Zukunft nicht vermeiden, kann aber besser eingeschätzt werden, wenn das klinische Stadium (PSA, T-Stadium) eng mit dem pathologischen Stanzbefund korreliert und ggf. relativiert wird. Dies erfordert eine enge Kooperation zwischen Urologen und Pathologen mit ständiger Diskussion im Rahmen uropathologischer Fallkonferenzen. Im Hinblick auf die onkologische Sicherheit, die insbesondere im Rahmen einer nervschonenden Operation gewährleistet sein muß, kann man nur empfehlen, daß diese Operation nur in Zentren durchgeführt wird, in denen die entsprechenden diagnostischen Voraussetzungen sowohl auf Seiten der Urologie als auch der Pathologie gegeben sind.

Postoperatives Staging und Grading des Prostatakarzinoms

Die Aufarbeitung des Prostatektomie-



präparates durch den Pathologen liefert dem Urologen und seinen Patienten die wichtigsten Parameter für das weitere therapeutische Vorgehen und für die Prognose überhaupt. Organbegrenzte Tumoren (\leq pT2c) mit einem Gleason-Score <7 und negativen Schnittträgern (Margins) haben sehr hohe Heilungsraten. Alle organüberschreitenden Tumoren (\geq pT3a,b, pN1) und Tumoren mit einem Gleason-Score ≥ 7 mit positiven Margins haben ein hohes Progressionsrisiko und bedürfen einer weiteren Therapie. Unabdingbare Voraussetzung für ein exaktes Staging und Grading ist allerdings die optimale Aufarbeitung des Operationspräparates. In vielen Fällen ist das Prostatakarzinom makroskopisch nicht abgrenzbar, so daß bei einer lediglich partiellen Einbettung und histopathologischer Untersuchung des Operationspräparates relevante Tumorherde übersehen werden und das Grading und Staging dadurch verfälscht werden. Verlässliche Aussagen über die Tumorausbreitung und -differenzierung lassen sich nur dann machen, wenn das Präparat vollständig und standardisiert eingebettet wird. Dies resultiert in einer Vielzahl von Schnittpräparaten für jede radikale Prostatektomie und in einem erheblichen Aufwand, der in keinsten Weise adäquat vergütet wird. Im Interesse des Patienten sollte jedoch die vollständige Einbettung dem partiellen Sampling vorgezogen werden.

Neben dem Grading und Staging sind das Tumolvolumen und der Marginstatus wichtige Prognosefaktoren. Positive Margins liegen vor, wenn die Tumordrüsen den Absetzungsrand erreichen. Dieser Befund ist aber weder beweisend für eine extraprostatiche Tumorausdehnung, noch gleichbedeutend mit einer R-1 Resektion (Resektion nicht im Gesunden). Viele organbegrenzten Prostatakarzinome zeigen fokale positive Margins und bedürfen nicht unbedingt einer adjuvanten Therapie in Form einer Bestrahlung. Ob eine echte R-1 Situation vorliegt muß im Einzelfall sehr kritisch geprüft werden, weil dieser Befund u.U. therapeutische Konsequenzen nach sich zieht. Fokale positive Margins in einem organbegrenzten, Gleason-Score 6 Tumor sind prognostisch ganz anders zu werten als ausgedehnte positive Margins in einem High-Grade Karzinom. Im ersten Fall würden wir unkommentiert nie von einer R-1 Resektion sprechen, weil dieser Tumor keiner adjuvanten Bestrahlung bedarf. Im zweiten Fall liegt jedoch sicher eine R-1 Resektion vor, die eine adjuvante Therapie nötig macht. Im Befundbericht sollte deshalb prinzipiell der Marginstatus ausführlich dokumentiert und kommentiert werden. Dazu gehören die Ausdehnung des Befundes (fokal oder ausgedehnt, ggf. Größenangabe), die Lokalisation (intra- oder extraprostatic) und der Gleason-Grad im Bereich der positiven Absetzungsänder.

Eine epikritische Wertung bezüglich des R-Status und des Progressionsrisikos hilft dem Urologen bei seiner Entscheidung über eine eventuelle adjuvante Strahlentherapie.

Fazit

Der histopathologische Befund ist für die Früherkennung, Diagnose und stadiengerechte Therapie des Prostatakarzinoms von zentraler Bedeutung. Erst durch die konsequente Nutzung aller pathologischen Faktoren, die Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Form von Qualitätszirkeln und die entsprechende Fortbildung in den jeweiligen Fachgesellschaften kann die Prostatadiagnostik langfristig verbessert werden, um der großen gesundheitspolitischen Herausforderung von Prostataerkrankungen auch in Zukunft gerecht zu werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Helmut Bonkhoff
Gemeinschaftspraxis Pathologie
Ginnheimer Landstraße 94
60332 Frankfurt am Main

Schlüsselwörter

Prostatakarzinom – Pathologie – Diagnostik – präoperatives Staging – potenterhaltende Prostatektomie – postoperatives Staging – Prognosefaktoren.

32. Norddeutsche Psychotherapietage Lübeck

5. – 10. Oktober 2003

(vorangestellte Kurse am 3. und 4.10.2003)

Leitthema: **Psychotherapie in Zeiten knapper Ressourcen**

5 Hauptvorträge: M. Beutel, Gießen; P. Fürstenau, Düsseldorf; E. Jaeggi, Berlin; M. Bassler, Mainz; F.U. Malt, Oslo

Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. G. Jantschek, Lübeck; Prof. Dr. C. Reimer, Gießen; Dr. E. Wilke, Malente-Gremsmühlen.

Programmanforderung:
livingcongress Congress Management International GmbH,
Willy-Bandt-Allee 10, 23554 Lübeck.
Tel. 0451/7904-333,
Fax 0451/7904-100,
Email: kristina.wulf@muk.de, Internet: www.muk.de

Tagung

Evangelische Akademie Hofgeismar

8. – 9. Oktober 2003

Angst essen Seele auf

Psychische Probleme von Flüchtlingen

Leitung: Studienleiter Ass. Michael Goldbach, Ev. Akademie, Hofgeismar; Dekan Peter Gbioreczyk, Langenselbold

Tagungsort: Evangelische Akademie, Schloßchen Schönburg, Hofgeismar

Kooperationspartner: Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Programmanforderung: Ev. Akademie Hofgeismar. Tel. 05671/881-119, Fax: 05671/881-154,
Email: goldbach.akademie.hofgeismar@ekkw.de,
Internet: www.akademie-hofgeismar.de



Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1. Was trifft nicht zu?

- (1) Die Inzidenz des latenten Prostatakarzinoms ist weltweit sehr unterschiedlich.
 - (2) Über 50 % der Prostatakarzinome sind zum Zeitpunkt der Diagnose nicht mehr organbegrenzt.
 - (3) Für die Krebsfrüherkennung ist der Tastbefund immer noch sensitiver als der PSA-Wert.
 - (4) Die Höhe des PSA-Wertes ist altersabhängig und nicht zwangsläufig tumorbedingt
- (a) 1, 2
(b) 1, 3
(c) 3, 4
(d) 4
(e) alle treffen nicht zu

? 2. Welche klinischen Informationen braucht der Pathologe für eine adäquate Befundung von Prostatastanzbiopsie?

- (1) Höhe des PSA-Wertes.
 - (2) Lokalisation des suspekten Tast- bzw. Ultraschallbefundes.
 - (3) Prostatavolumen.
 - (4) Angaben zur familiären Belastung.
- (a) Alle
(b) 2, 3
(c) 1, 2, 3
(d) 1, 3, 4
(e) keine der genannten

? 3. Nennen Sie benigne Prostatastanzbefunde, die einen pathologischen PSA erklären können.

- (1) Prostatitis.
 - (2) Prostatainfarkt.
 - (3) Atrophie.
 - (4) Basalzellhyperplasie.
- (a) 1, 2
(b) Keine der o.g. Befunde
(c) nur 2
(d) 1, 3, 4
(e) alle der o.g. Befunde

? 4. Welche benigne Prostatastanzbefunde können einen suspekten Tastbefund erklären?

- (1) Postatrophische Hyperplasie.
- (2) Granulomatöse Prostatitis.
- (3) Prostatainfarkt.
- (4) HGPIN.

- (a) 1, 3
(b) Alle o.g. Befunde
(c) nur 3
(d) 1, 2, 3
(e) keine der o. g. Befunde

? 5. ASAP (atypical small acinar proliferation). Was trifft nicht zu?

- (1) ASAP ist ein prämaligener Vorläufer des Prostatakarzinoms.
 - (2) ASAP umschreibt eine diagnostische Unsicherheit.
 - (3) Eine referenzpathologische Begutachtung wird empfohlen.
 - (4) ASAP macht eine Rebiopsie erforderlich.
- (a) nur 1
(b) 1, 2
(c) 3, 4
(d) nur 4
(e) alle treffen zu

? 6. Prostatistische intraepitheliale Neoplasie, High grade (HGPIN). Was trifft nicht zu?

- (1) HGPIN ist ein Indikator für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms.
 - (2) HGPIN rechtfertigt eine prophylaktische Prostatektomie.
 - (3) Die Basalzellhyperplasie und normale Drüsen der zentralen Zone sind die wichtigsten Differentialdiagnosen von HGPIN.
 - (4) Eine tumorfreie Rebiopsie nach der Diagnose einer HGPIN in der Erstbiopsie erfordert eine referenzpathologische Begutachtung.
- (a) 1, 2
(b) 2
(c) 3
(d) 3, 4
(e) alle treffen nicht zu

? 7. Wann ist eine Prostatastanzbiopsie nicht repräsentativ?

- (1) Bei fehlendem Tumornachweis.
- (2) Bei Nachweis von altersentsprechendem Prostataparenchym.
- (3) Kein adäquates morphologisches Korrelat für den PSA-Wert oder Tastbefund.
- (4) Erhebliche Diskrepanz zwischen dem erfassten Tumolvolumen bzw. -grad und dem PSA-Wert.

- (a) 1, 2
(b) 2, 3, 4
(c) 3, 4
(d) nur 4
(e) 1, 2, 3, 4

? 8. Was trifft nicht zu?

- (1) Positive Margins sind beweisend für eine extraprostatistische Tumorausdehnung.
 - (2) Positive Margins können einen Artefakt darstellen.
 - (3) Positive Margins sind beweisend für den Verbleib von Resttumor.
 - (4) Positive Margins machen in jedem Fall eine Strahlentherapie erforderlich.
- (a) 1, 2, 4
(b) 1, 4
(c) 2, 3, 4
(d) 1, 3, 4
(e) alle treffen nicht zu

? 9. Welche Faktoren beeinträchtigen ein korrektes postoperatives Grading und Staging?

- (1) Partielle Einbettung des Prostatektomiepräparates.
 - (2) Fehlende Angaben über die Dauer einer präoperativen Androgenentzugstherapie.
 - (3) Tuschemarkierung von Kapsel- oder Substanzdefekten.
 - (4) Eine Lymphadenektomie wurde nicht durchgeführt (Nx).
- (a) 1, 2
(b) 1, 3
(c) 2, 3, 4
(d) 1, 2, 3
(e) keine von allen

? 10. Wann ist die nervschonende Prostatektomie nicht indiziert?

- (1) Bei PSA-Werten >10 ng/ml unabhängig vom Stanzbefund.
 - (2) Über 10 % des erfassten Tumors hat den primären Gleason Grad 4 oder 5.
 - (3) Bei Nachweis einer Nervenscheideninvasion.
 - (4) Bei nicht repräsentativer und standardisierter Biopsieentnahme.
- (a) nur 1
(b) 1, 3
(c) 2, 4
(d) 1, 4
(e) nur wenn 1-4 gleichzeitig vorliegen

Ihre Mitgliedsnummer

/ 0 6

Wenn Ihre Mitgliedsnummer vor dem Schrägstrich weniger als sieben Ziffern aufweist, füllen Sie die verbliebenen Felder vorne bitte mit Nullen auf.

Druckschrift erforderlich

Name:

Straße:

Plz./Ort:

Fax: -

↓ Faxanschlag

Dieser Antwortbogen bezieht sich auf die Fragen des vorausgehenden Weiter- und Fortbildungsbeitrags.

Aus Gründen der korrekten Identifizierung können an dieser Aktion nur Mitglieder der Landesärztekammer Hessen teilnehmen; deswegen ist die Angabe Ihrer Mitgliedsnummer obligatorisch. Ihre Mitgliedsnummer finden Sie auf dem Adressaufkleber des HESSISCHEN ÄRZTEBLATTES. Ihre Mitgliedsnummer besteht aus bis zu sieben Ziffern, einem Schrägstrich und den darauffolgenden Ziffern „06“ (siehe rechts).

(In Ausnahmefällen fragen Sie bei Ihrer zuständigen Bezirksärztekammer).

pan-adress Medien-Service Semmelweisstr.8 82152 Planegg
DPAGs Postvertriebsstück G 3738 Entgelt bezahlt
0023078/06 0*301

Herrn
Dr. med. Roland Muster

Mitgliedsnummer (Beispiel)

Nicht komplett ausgefüllte oder unleserliche Fragebögen bzw. Fragebögen mit falscher Abonnenntenummer bzw. falscher Faxnummer können nicht berücksichtigt werden. Darum sollte auf dem maschinenlesbaren Bogen nichts durchgestrichen oder überschrieben sein.

Die richtigen Antworten erscheinen in der übernächsten Ausgabe des HESSISCHEN ÄRZTEBLATT am Ende der Rubrik „Weiter- und Fortbildung“.

Zur Zusendung Ihrer Auswertung per Fax benötigen wir zwingend Ihre Faxnummer.

Mit dem Absenden des Antwortbogens stimme ich zu, dass meine Daten für die Auswertung der Zertifizierungsbögen gespeichert werden und ich an die angegebene Faxnummer eine Auswertung geschickt bekomme. Der Springer Verlag versichert, dass die Daten nur zu diesem Zwecke verwendet werden. Dieser Auswertungsbogen wird – wie eine Teilnahme-bescheinigung von einer Fortbildungsveranstaltung – für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer gesammelt (s. „Freiwillige Zertifizierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung“ auf den Akademie-seiten in jedem Hessischen Ärzteblatt).

Einsendeschluß ist der 25. 9. 2003

Senden Sie den Fragebogen bitte nicht auf dem Postweg zurück sondern an: Fax-Nummer: 06221/616477

Antwortfeld: (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

	a	b	c	d	e
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				

↓ Faxanschlag

Ort, Datum

Unterschrift

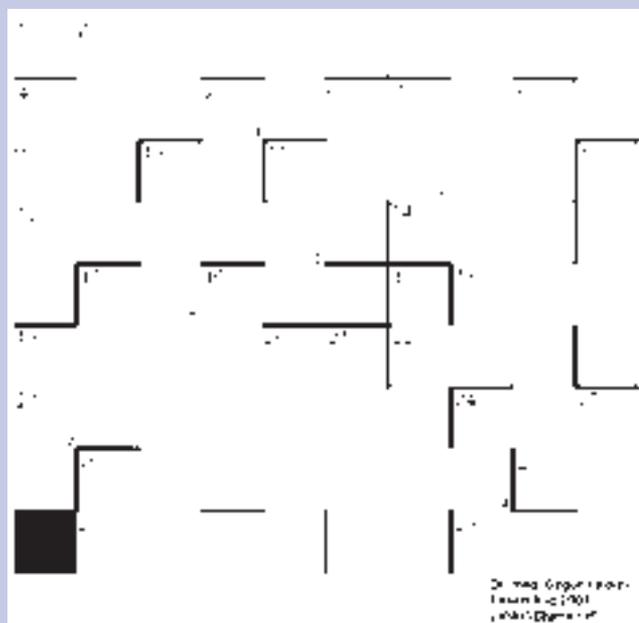
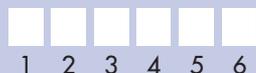
s0000000000017

Kreuzwörterzel

Waagrecht

- 1 Entzündung der Harnröhre • 4 Tochtergeschwülste • 9 Wortteil mit der Bedeutung: das Ohr betreffend • 10 japan. Silbermünze

Lösungswort:



- 11 Lichte Weite eines Gefäßes • 13 HLA-B27 assoziierte Arthritis mit Entzündungen der Harnröhre (Eponym) • 14 Sinusoidale vitaminspeichernde Zellen der Leber (Eponym) • 15 Odontoblastenfortsätze im Dentin • 18 Mukopolysaccharidose (Eponym) • 19 Protease eines mexikanischen Melonenbaums, das zur Fragmentierung von Immunglobulinen dient • 22 Aromatisches Getränk (engl.) • 23 schmerzhafte Blasenentleerung • 24 Ramus • 26 Opioidanalgetikum, das mit Naloxon kombiniert im Handel ist • 27 Ovum • 28 Teil des zweiten Wirbelkörpers • 29 Tumormarker des Prostatacarcinoms (Abk.)

Senkrecht

- 2 Netz (lat.) • 3 Überträger der Schlafkrankheit, ...-Fliege • 4 Frühkindlicher Reflex (Eponym) • 5 Regel bei der Verordnungsung von Arzneimitteln, ...-idem-Regel • 6 Abk. für transurethrale Resektion • 7 frz.: Freund • 8 Enzym der Glykolyse (Phosphopyruvathydratase) • 10 Gewebepunktion • 11 Geburtshilflicher Handgriff (Druck von 2 Fingern seitl. einer Schamlippe) (Eponym) • 12 Nucleus subthalamicus des Zwischenhirns (Eponym), ...-Körper • 15 Amaurotische Idiotie, ...-Sachs-Syndrom (Eponym) • 16 Aphtenkrankheit bei Wildtieren, ...-und-Klauen-Seuche • 17 Polyzystische Ovarien, ...-Leventhal-Syndrom (Eponym) • 19 Zur Analgesie verwendeter rückenmarksnaher Katheter (Abk.) • 20 Regenbogenhaut des Auges • 21 Nebenfluss der Weichsel • 24 Peptid, das in den Vorhöfen des Herzens ausgeschüttet wird (Abk.) • 25 Vorübergehende cerebrale Durchblutungsstörung

© Özgür Yaldizli 7/01 –

Kritik und Anregung bitte an: yaldizli@gmx.net

Übergangsfrist ausgelaufen

„Löschungsliste“ nicht mehr verkehrsfähiger Arzneimittel

Fast 30 Jahre nach Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1976, in dem erstmals Nachweise für Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln gesetzlich vorgeschrieben wurden, lief zum 30. Juni 2003 eine Übergangsfrist für Fertigarzneimittel aus, deren Hersteller auf eine Nachzulassung verzichtet haben. Mehr als 5.000 Präparate sind damit ab 1. Juli 2003 nicht mehr verkehrsfähig und werden aus den Apothekenlagern entfernt, zum Teil auch an die Hersteller zurückgesandt.

Es ist zu begrüßen, daß nach jahrelangen Verlängerungen der Zulassungsfristen endlich – u.a. auch aufgrund von Aufforderungen der Europäischen Union an die Bundesregierung, ihren Arzneimittelmarkt zu regulieren – Arzneimittel aus dem Handel kommen, deren Wirkungen und Risiken nie exakt überprüft wurden.

Für verordnende Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, daß sie möglicherweise auf manche liebgewonnene routinemäßig verordnete Präparate in Zukunft verzichten müssen. Eine Rücksprache in einer Apotheke könnte sich empfehlen, um unnötige Verordnungen zu vermeiden.

Selbst Apotheker wissen oft nicht ganz genau, ob ein Arzneimittel tatsächlich aus dem Handel gezogen wurde oder nicht. Zum Teil sind Arzneimittel unter gleichem Namen oder nur mit minimal geändertem Warenzeichen wieder rechtmäßig im Verkehr (z.B. unter gleichem Namen weiterhin im Handel: Fortecortin 0,5 der Firma Merck). Einige Präparate sind zwar nicht mehr als Arzneimittel verkehrsfähig, jedoch als Kosmetikum oder Nahrungsergänzungsmittel.

Die etwas verworrene Situation wird sich erst dann ändern, wenn alle Hersteller den Status ihres Präparates an die zentrale Datei der Apotheker gemeldet haben. In Anzeigen in entsprechenden Fachblättern haben einige Hersteller bereits darauf hingewiesen, daß ihr Präparat entgegen der Auflistung in der sogenannten „Löschungsliste“ nach wie vor als Arzneimittel zugelassen ist und weiterhin im Handel bleiben wird.

Fazit: Kein Paradebeispiel für das Vorgehen der zuständigen Behörden und für die Informationspolitik einiger pharmazeutischer Unternehmer.

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein



Sicherer Verordnen

Parasympatholytika bei überaktiver Blase

Review

Der in Studien nachgewiesene Unterschied zwischen der Gabe eines Parasympatholytikums (syn. Anticholinergikums) und Placebo bei Symptomen einer überaktiven Blasenfunktion ist zwar statistisch signifikant, oft jedoch von fraglich klinischer Relevanz – mit Ausnahme eines vermehrten Auftretens von Mundtrockenheit bei Verumgabe. Die Autoren der Übersichtsarbeit merken noch an, daß es keine Studien über Langzeiterfolge gibt und ein gezieltes Blasentraining wohl ähnliche Erfolge zeigen würde. Sie fordern vergleichende Untersuchungen zwischen beiden Behandlungsmöglichkeiten.

Verglichene Arzneistoffe: Tolterodin (Detrusitol®), Oxybutynin (Dridase® und viele Generika), Trospium (Spasmex®, Spasmolyt®, Spasmo-Rhoival®, Spasmo-Urgenin®, Trospi 30®), Propiverin (Mictonetten®), Emepronium (Uro-Ripirin®), Propanthelin (in D nicht im Handel)

Quelle: *Brit. med. J.* 2003; 326: 841

Infliximab

Schädigung des Sehnerves

Nach jeweils drei Infusionen Infliximab (Remicade®) entwickelte sich bei drei Rheumapatienten im Alter von 54 und 62 Jahren eine Optikusneuropathie mit Papillenschwellung sowie zentralen Einschränkungen des Gesichtsfeldes und der Sehschärfe. Das klinische Bild unterschied sich von dem Bild einer demyelinisierenden Optikusneuritis (in den Fachinformationen des Herstellers erwähnt) und wurde als toxische anteriore Optikusneuropathie diagnostiziert. Trotz einer Therapie mit Glukokortikoiden blieben die Veränderungen irreversibel.

Anmerkungen: In Deutschland ist Infliximab in der Therapie der rheumato-

den Arthritis nur zugelassen in Kombination mit Methotrexat und nur bei Patienten mit aktiver Erkrankung, die unzureichend auf krankheitsmodifizierende Präparate, einschließlich Methotrexat, angesprochen haben. In Anbetracht des noch nicht vollständig bekannten Risikopotentials und vieler bereits bekannter unerwünschter Wirkungen (z.B. Erhöhung der Infektanfälligkeit), sollten die Indikationseinschränkungen dieses hochwirksamen Arzneistoffes strikt beachtet werden.

Quelle: *Brit. med. J.* 2003; 326: 579

Pantoprazol

Interstitielle Nephritis

Ein Fallbeispiel eines 72jährigen Patienten, bei dem nach vierwöchiger Therapie mit Pantoprazol (Pantozol®) eine interstitielle Nephritis auftrat, nimmt die AkdÄ zum Anlaß, über diese unerwünschte Wirkung auch bei anderen Protonenpumpenhemmern (PI) näher aufzuklären. Zu Omeprazol (Antra®, viele Generika) liegen der AkdÄ drei Verdachtsfälle vor, zu Rabeprazol (Pariet®) ein Fall und zu Esomeprazol (Nexium®) und Lansoprazol (Agopton®, Lanzot) kein Fall. Die AkdÄ vermutet eine Gruppeneigenschaft der PI und verweist darauf, daß nur bei Omeprazol-haltigen Arzneimitteln in den Fachinformationen auf das seltene Auftreten einer interstitiellen Nephritis aufmerksam gemacht wird. Bei Anwendung über einer Woche empfiehlt die AkdÄ, Eiweiß und Leukos im Urin zu überprüfen und gegebenenfalls den Kreatininwert zu bestimmen.

Anmerkungen: In Australien wurden bisher 18 Fälle einer interstitiellen Nephritis unter der Einnahme von Omeprazol, zwei Fälle nach Rabeprazolgabe und keiner unter den anderen PI registriert. Erstaunlich ist, daß in den dortigen Produktinformationen aller PI auf das Auftreten einer interstitiellen Nephritis hingewiesen wird. Bei unspezifischen Krankheitszeichen ohne identifizierbare Ursache empfehlen die Austra-

lier eine Überprüfung der Nierenfunktion bei Patienten, die einen PI einnehmen.

Quellen: *Dt-Ärztebl.* 2003; 100(20): C 1083; *Austr. Adv. Drug React. Bull.* 2003; 22(2): 4

Arzneimittelversorgung

Alten- und Pflegeheime

In einer nicht repräsentativen Zufallsstichprobe (127 Alten- und Pflegeheime in NRW, 381 Heimbewohner) wurden die bereitgestellten und die im Medikamentenblatt dokumentierten Arzneimittel miteinander verglichen. Bei der Hälfte der Heime konnten keine Fehler (Fehlen eines Medikamentes, falsches Medikament, falsche Dosierung, falscher Anwendungszeitpunkt), bei 30 % jeweils ein Fehler und bei circa 20 % der besuchten Heime konnten zwei Drittel aller Fehler festgestellt werden. 24 % der Heimbewohner erhielten 10 - 14 verschiedene Medikamente und 4 % sogar 15 - 19 Präparate.

Anmerkung: Da einzelne Verbände von Heimträgern ihre Mitglieder aufgefordert hatten, nicht an der Untersuchung teilzunehmen, sind die Ergebnisse in der Tat nicht repräsentativ. Ärztinnen und Ärzte sollten bei Arzneimittelverordnungen in Heimen stichprobenhaft überprüfen, ob diese auch ausgeführt werden. Dies gilt insbesondere in Heimen ohne interne zweite Kontrolle der bereitgestellten Medikamente und ohne eine zentrale Medikamentendokumentation. Hinsichtlich der festgestellten Mehrfachverordnungen wären eine Absprache unter den mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten und eine Überprüfung des eigenen Ordnungsverhaltens sinnvoll. Die AkdÄ empfiehlt die Aufstellung einer Rangfolge der zu behandelnden Krankheiten und verweist darauf, daß eine rein symptomatische Therapie im Alter eher schädlich sei und das Absetzen verschiedener Medikamente eine Besserung des Befindens mit sich bringen kann.

Quelle: *Gesundheitswesen* 2003; 65: 236

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 7/2003

Junge Ärzte – Ausstieg aus der Patientenversorgung?

S. Köhler und R. Kaiser

Verfügbare Statistiken der Bundesärztekammer [1] legen nahe, daß immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte in den ersten Berufsjahren aus der klinisch-ärztlichen Tätigkeit ausscheiden. Aber wie viele sind es wirklich? Was wird aus diesen „Aussteigern“? Welche Gründe bewegen sie, nicht (mehr) klinisch oder überhaupt ärztlich tätig sein zu wollen? Welche Unterstützung könnte ihnen möglicherweise die Landesärztekammer anbieten? Über alle diese Fragen konnte bisher nur spekuliert werden, denn fundierte empirische Erhebungen lagen dazu noch nicht vor.

Um diesen Fragen nachzugehen, haben wir in einem ersten Schritt die aktuelle Situation nicht mehr in der Patientenversorgung und/oder ärztlich tätiger hessischer Ärzte analysiert.

1. Methodik

Zielgruppe waren alle bei der LÄKH gemeldeten Ärztinnen und Ärzte des Jahrgangs 1963 und jünger, die Ende März 2003 nicht in der Patientenversorgung tätig waren. Hierzu gehören:

1. nicht ärztlich (berufsfremd) tätige,
2. ärztlich, aber nicht klinisch (in der Patientenversorgung) arbeitende Personen und
3. Ärztinnen¹, die derzeit im Haushalt tätig sind.

426 (50%) wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und erhielten Ende April 2003 per Post an ihre Privatschrift einen standardisierten schriftlichen Fragebogen.

Neben soziodemographischen Merkmalen fragten wir nach beruflicher Entwicklung; derzeitiger Tätigkeit und weiterer Berufsplanung; Arbeitszufriedenheit (sowohl früher in der Patientenversorgung als auch in der derzeitigen Tätigkeit); Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit; Wiedereinstieg; Teilzeittätigkeit. Drei Aussendungen waren nicht zustellbar und 39 entsprachen nicht der Zielgruppendefinition, da diese Personen

bei Erhalt des Fragebogens doch in der Patientenversorgung tätig waren. Dadurch ergibt sich ein Stichprobenumfang von 384. 229 auswertbare Fragebogen erhielten wir zurück. (Rücklaufquote 60%).

Verschiedene objektive soziodemographische Merkmale verteilen sich in den Antworten fast genau wie in der Stichprobe. So betrug beispielsweise bei den Antworten der Anteil der Ärztinnen 76% im Vergleich zu 75% in der angeschriebenen Zielgruppe. In Verbindung mit der hohen Rücklaufquote belegt dies die Repräsentativität der Antworten.

2. Beruflicher Status

Rund ein Viertel der Befragten ist Facharzt, rund zwei Drittel haben die Approbation erhalten; der Rest hat zwar den 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung erfolgreich absolviert, jedoch die AiP-Zeit entweder noch nicht begonnen oder noch nicht abgeschlossen. Da die Gruppen der Oberärzte und niedergelassenen Ärzte sehr klein sind², wurden sie in der weiteren Auswertung nicht berücksichtigt. Den nachfolgenden Ergebnissen liegen somit 222 Antworten zugrunde.

3. Derzeitige Tätigkeit und Geschlecht

Außerhalb der Patientenversorgung arbeiten 104 Personen - davon sind 51% Ärzte und 49% Ärztinnen. Im Haushalt tätig sind 118 Personen³, ausschließlich Ärztinnen. 24% aller Antwortenden sind Ärzte, 76% Ärztinnen.

4. Arbeitszufriedenheit in der Patientenversorgung

Die Befragten wurden gebeten, verschiedene Aspekte der ärztlichen Tätigkeit, so wie sie

diese zuletzt erlebt hatten, mit Noten von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (überhaupt nicht zufrieden) zu bewerten.

Wie **Abb. 1** zeigt, erhielten nur die Kategorien „Arbeitsklima“ und „Sozialprestige“ Durchschnittsnoten (arithmetisches Mittel) besser als 3. Von der Mehrheit mit Note 5 oder 6, also schlecht, bewertet wurden die Merkmale „Zeitdruck“ (45%), „Arbeitszeiten“ (45%), „Karrierechancen“ (46%), „Bezahlung“ (46%) und mit großem Abstand „Umfang an Verwaltungsarbeit“ (57%). Nur ein Sechstel der Befragten beurteilte die Arbeitszufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit insgesamt mit Note 1 oder 2.

Es fällt auf, daß sich in fast allen Bereichen Ärzte negativer äußern als Ärztinnen, mit Ausnahme von „Zeitdruck“ und „Sozialprestige“.

Erwartungsgemäß fällt die Beurteilung der letzten ausgeübten klinischen/ärztlichen Tätigkeit in der Gruppe der Berufstätigen, die sich bereits gegen die Patientenversorgung entschieden haben, insgesamt und in vielen Bereichen deutlich schlechter aus, als bei den im Haushalt Tätigen. Die Durchschnittsnote der Berufstätigen für die Gesamtbeurteilung beträgt 3,9 im Gegensatz zu 3,3 bei den im Haushalt Tätigen. Am deutlichsten ist der Unterschied bei „Karrierechancen“ (4,6 im Gegensatz zu 3,9).





Eine entsprechende Tendenz zeigt sich aber auch in den Kategorien „Bezahlung“, „Arbeitszeiten“, „Arbeitsklima“ und „Weiterbildung“.

Diese Ergebnisse und auch die Angaben zur eventuellen Wiederwahl des Arztberufs (vgl. unten) bestätigen Befunde aus früheren Befragungen [2] von Krankenhausärztinnen und Ärzten in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland.

5. Wiederwahl des Arztberufs¹

Insgesamt 44 % der Befragten würden den Arztberuf wahrscheinlich nicht wieder wählen (9 % „sicher nicht“ und 35 % „eher nicht“), und 56 % würden dies wahrscheinlich wieder tun (44 % „wahrscheinlich ja“ und 12 % „auf jeden Fall“). Wie bei der Arbeitszufriedenheit urteilt auch hier die Gruppe der Berufstätigen negativer: 49 % der Berufstätigen würden sich nicht (davon 13 % „sicher nicht“) wieder für den Beruf Arzt entscheiden. (Bei einer früheren Befragung im Krankenhaus tätiger Ärzte [2] hatten auf exakt die gleiche Frage 42 % der Assistenzärzte angegeben, den Arztberuf wahrscheinlich nicht wieder zu wählen. Der Anteil der „Nicht-wieder-Wähler“ war bei den Ärzten deutlich höher als bei den Ärztinnen.) Von den im Haushalt Tätigen würden nur 39 % nicht (davon 6 % sicher nicht) wieder Ärztin werden wollen. Diese Differenz zwischen dem im Beruf und den im Haushalt Tätigen ist also durch die Kombination der Faktoren „Geschlecht“ und „Ausstieg aus Patientenversorgung“ zu erklären. Interessant ist andererseits, daß sich über die Hälfte (51 %) der Berufstätigen, d.h. der „Aussteiger“, trotzdem erneut für den Arztberuf entscheiden würde.

6. Tätigkeit außerhalb der Patientenversorgung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß die derzeitige Meldesystematik keine wirklich präzise Unterteilung nach Kategorien wie „klinisch tätig“, „in der Patientenversorgung tätig“, „ärztlich tätig“ oder „nicht ärztlich tätig“ erlaubt. Ist z. B. ein Arzt in der klinischen For-

schung oder Arzneimittelsicherheit eines Pharmaunternehmens nicht mehr ärztlich tätig? Diese Problematik macht deutlich, daß alle Statistiken und Zahlenangaben über den Anteil „berufsfremd“ oder „nicht mehr ärztlich tätig“ Mediziner sehr kritisch betrachtet werden sollten.

Die Mehrzahl der außerhalb der Patientenversorgung im obigen Sinne beschäftigten Ärztinnen und Ärzte ist im weiteren Sinne wohl noch ärztlich tätig. Führender Sektor ist die Pharmaindustrie (26 %). Ärzte sind hier in den unterschiedlichsten Bereichen tätig, wie z.B. klinische Forschung und Entwicklung, Arzneimittelzulassung und -sicherheit, Produktmanagement, Marketing, Vertrieb, Med.-Wiss., Gesundheitsökonomie und -politik. Als Funktion wird häufig Projekt-, Abteilungs- oder Bereichsleitung, aber auch Außendienst oder Vorstand genannt.

Auf das sonstige Gesundheitswesen verteilen sich 42 % der Antworten. Dazu zählen Krankenhaus (Management, Verwaltung, Controlling, Qualitätssicherung), Beratung, Forschung und Wissenschaft, Behörden, Transfusion/Transplantation, Lehre/Weiterbildung, Medizinische Informatik, Gesundheitsmanagement, Medizinjournalistik, Medizintechnik. Auch hier reichen die Funktionen von Assistenz über Projekt-, Abteilungs-, und Bereichsleitung bis hin zur Geschäftsführung.

Nur rund 21 % der Antwortenden üben einen Beruf außerhalb des Gesundheitswesens aus und sind damit zweifelsfrei als 'berufsfremd' einzustufen. Vereinzelt wird ein weiteres Studium/Ausbildung angeführt (3 %).

7. Gründe für den Ausstieg aus der Patientenversorgung

Nach den Gründen für den Ausstieg aus der Patientenversorgung befragt, stufen vier Fünftel der Gruppe „Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen“ (79 %) und fast ebenso viele „Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten“ (77 %) als „wichtig“ ein. „Wunsch nach beruflicher Neuorientierung“ wird von 54 % und

„Unzufriedenheit mit Weiterbildung“ von 41 % der Befragten genannt.

Einige weitere, sehr bedeutende Faktoren werden von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich gewichtet: Für Ärzte spielen „Unzufriedenheit mit der Entwicklung der beruflichen Karriere“ (75 % der Ärzte im Vergleich zu 42 % der Ärztinnen antworten mit „wichtig“) sowie „Unzufriedenheit mit der Bezahlung“ (64 % der Ärzte im Vergleich zu 34 % der Ärztinnen) eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung, aus der Patientenversorgung auszusteigen. Ärztinnen betonen dagegen die „Unvereinbarkeit von ärztlicher Tätigkeit und familiären Pflichten“ (56 % der Ärztinnen im Vergleich zu 29 % der Ärzte). Auch „Arbeitslosigkeit/erfolglose Stellensuche“ (24 % der Ärztinnen im Vergleich zu 12 % der Ärzte) spielen bei Ärztinnen eine Rolle.

8. Zufriedenheit in Tätigkeit außerhalb der Patientenversorgung

Wie beurteilen aber die „Aussteiger“ ihre jetzige Tätigkeit, vor allem auch im Vergleich zu ihrer früheren in der Patientenversorgung? In allen untersuchten Bereichen mit Ausnahme des Sozialprestiges wird die derzeitige Tätigkeit nach dem Ausstieg signifikant besser bewertet als die frühere in der Patientenversorgung (vgl. Abb. 2a und 2b). Am deutlichsten äußert sich dies bei den Kategorien „Arbeitszeiten“, „Bezahlung“ und „Karrierechancen“. Die durchschnittliche Gesamtbewertung verbessert sich von 3,9 auf 2,2. Mit ihrer jetzigen Tätigkeit sind 80 % zufrieden oder sehr zufrieden (Note 1 oder 2) im Gegensatz zu nur 9 % bei der Beurteilung der früheren. Der Ausstieg aus der Patientenversorgung verbessert die Arbeitszufriedenheit dieser Ärztinnen und Ärzten offenbar erheblich. Aber auch hier gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Der Wunsch der Ärzte nach höherer Bezahlung und besseren Karrierechancen wird offensichtlich außerhalb der Patientenversorgung in der Regel erfüllt, denn 74 % bzw. 72 % der Ärzte beurteilen

ihre Zufriedenheit in bezug auf diese Punkte nun mit Note 1 oder Note 2 (Ärztinnen vergeben diese Bewertung zu 60 % bzw. 41 %).

In gewissem Widerspruch dazu stehen die Antworten auf die Frage: „Könnten Sie sich vorstellen, Ihre ärztliche Tätigkeit in der Patientenversorgung zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen?“ Etwas mehr als die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte könnte sich dies

aus der Patientenversorgung ausgeschieden sind, zeigt deutlich, daß die derzeitigen Arbeitsbedingungen (Umfang an Verwaltungsarbeit, Bezahlung, Karrierechancen) sowie die ärztlichen Arbeitszeiten die wesentlichen Faktoren für den Berufsausstieg sind. Ärztinnen gewichten dabei finanzielle Aspekte und Karriere-

möglichkeiten deutlich geringer als ihre männlichen Kollegen. Ärzte finden in vielen unterschiedlichen Bereichen und Funktionen außerhalb der Patientenversorgung interessante Beschäftigungsmöglichkeiten und sind damit in der Regel außerordentlich zufrieden. Die „Berufung“ Arzt endet zwar nicht mit dem Ausstieg aus der Patientenversorgung, der Beruf Arzt scheint jedoch unter den gegenwärtigen Bedingungen in vielen Fällen nicht die erhoffte Arbeitszufriedenheit mit sich zu bringen. Es bedarf dringend geeigneter Maßnahmen, um zu verhindern, daß immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte in andere Tätigkeitsfelder abwandern. In Bezug auf die hohe Belastung durch Do-

kumentations- und Verwaltungsaufgaben hat die LÄKH mit der Einführung eines Kurses „Klinikassistent“ für Arzthelferinnen [3] zur Entlastung von Krankenhausärztinnen und -ärzten bereits einen ersten Beitrag geleistet. Auch die Abschaffung der Tätigkeit als Ärztin/Arzt im Praktikum und die damit verbundene adäquate Bezahlung von ärztlichen Berufsanfängern ist ein wichtiger Schritt zur Erhöhung der (verloren

gegangenen) Attraktivität des Arztberufs. Die vorliegende Befragung zeigt aber auch deutlich, daß vor allem hinsichtlich attraktiver Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus noch dringender Handlungsbedarf besteht.

10. Ausblick

Und wie sieht es mit den im Haushalt tätigen Ärztinnen aus, die wegen Kindererziehung befristet oder dauerhaft aus dem Arztberuf ausgeschieden sind? Wollen sie wieder ärztlich tätig sein und wenn ja, wann und unter welchen Bedingungen? Welche langfristigen beruflichen Pläne hegen sie, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Diesen und weiteren Fragen werden wir in einer der nächsten Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes nachgehen.

- ¹ Im Haushalt tätige Ärzte gibt es nur wenige. Die Stichprobe wurde deshalb auf Ärztinnen beschränkt.
- ² Vier Oberärzte, drei niedergelassene Ärzte.
- ³ Ärztinnen, die während der Elternzeit einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, wurden als „im Haushalt tätig“ eingestuft.
- ⁴ Frage: „Würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?“

Literatur:

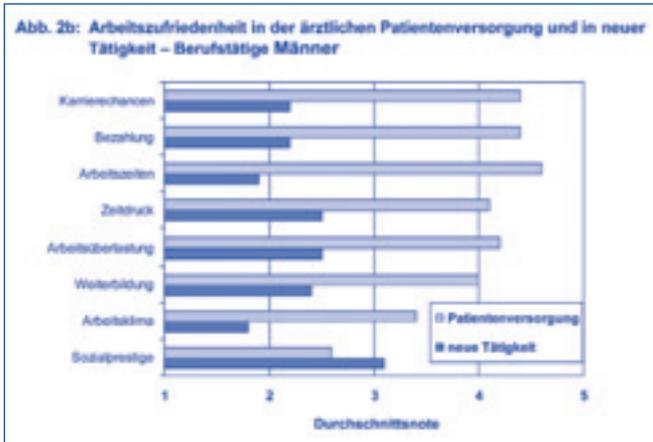
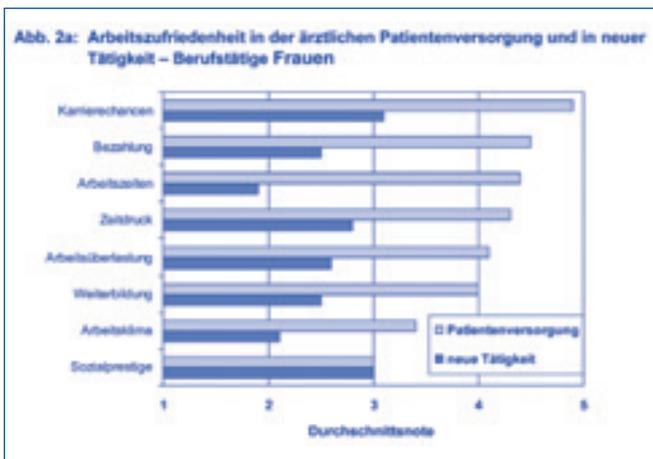
- 1. Bundesärztekammer (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 2001/2002. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2002
- 2. Kaiser, R.: Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2002
- 3. Happel, S. und Kaiser, R.: Arzthelferinnen sollen Krankenhausärzte von Verwaltungstätigkeiten entlasten. *Hessisches Ärzteblatt* 9/2003, S. 393 - 394

Korrespondenzanschrift:

Dr. Susanne Köhler
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt
Tel. (0 69) 97 67 21 42
E-Mail: susanne.koehler@laekb.de

Schlüsselwörter

Arbeitsbedingungen – Arbeitszufriedenheit – Ausstieg – Haushalt – junge Ärzte – Patientenversorgung



vorstellen. Ebenso viele bejahen die Frage, ob sie sich auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden würden (vgl. oben). (Es muß hier offen bleiben, ob damit eine rein theoretische Möglichkeit angegeben wurde, oder ob tatsächlich ein ernsthaftes „Rückkehrpotential“ in die Patientenversorgung besteht.)

9. Fazit

Die Befragung von jungen Ärzten, die



Verschärfte Haftung des neu in die Gesellschaft bürgerlichen Rechts eintretenden Gesellschafters nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes

Auswirkungen auf Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft

Begriff der Gesellschaft

Unter Gesellschaften im weitesten Sinne verstehen wir Personenvereinigungen des Privatrechts, in denen sich die Mitglieder zur Erreichung eines bestimmten gemeinsamen Zwecks rechtsgeschäftlich zusammenschließen. In ihrer engeren Bedeutung sind es personalistisch strukturierte, auf den Personen der Mitglieder beruhende Vereinigungen, im Gegensatz zu den körperschaftlichen, eher auf den Kapitalbeitrag der Mitglieder abstellenden und vom Wechsel der Mitglieder unabhängigen Gesellschaften.

Personengesellschaften

Grundform der *Personengesellschaft*, in der im Gegensatz zur *Kapitalgesellschaft* die Mitgliedschaft der natürlichen Person mit ihren Eigenschaften im Vordergrund steht und der Gesellschaft das Gepräge gibt, ist die Gesellschaft bürgerlichen Rechts - kurz GbR, welcher grundsätzlich keine eigene Rechtspersönlichkeit zukommt. Ihr ist erst in jüngster Zeit seitens der Rechtsprechung überhaupt eine *Teilrechtsfähigkeit*, nämlich nur insoweit sie durch Teilnahme am Rechtsverkehr eigene Rechte und Pflichten begründet, zugesprochen worden.¹ Eben wegen der Hervorhebung der Gesellschafter mit ihren - speziellen beruflichen - Eigenschaften ist die GbR *die Gesellschaftsform* in der Ärzte - neben anderen Freiberuflern auch - sich zur gemeinsamen Berufsausübung entweder in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft zusammenschließen.

Haftung der Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Kehrseite dieser personalistischen Struktur der GbR ist die persönliche Haftung

der Gesellschafter, die nicht auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt ist. Sie haften persönlich mit ihrem gesamtem Vermögen innerhalb oder außerhalb der Gesellschaft befindendem Vermögen für die Schulden der Gesellschaft. Diese persönliche Haftung können die Gesellschafter nicht einseitig ausschließen.² Wird nämlich bei einer Gemeinschaftspraxis in gemeinsamen Räumen und gemeinsamer Einrichtung mit gemeinsamen Namen nach außen aufgetreten, so kommt grundsätzlich ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und allen der Gesellschaft angehörenden Ärzten zustande, unabhängig davon, von welchem Arzt sich der Patient - nach seiner freien Arztwahl - behandeln läßt. Dementsprechend steht der Ertrag aus dieser Behandlung prinzipiell auch allen Ärzten der Gemeinschaftspraxis gemeinsam zu. Folgerichtig haften sie auch gemeinschaftlich dem Patienten gesamtschuldnerisch, d.h., daß der Patient im Schadensfall jeden der Ärzte der Gemeinschaftspraxis bezüglich des Gesamtschadens in Anspruch nehmen kann.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einer neueren Entscheidung die Haftung der Gesellschafter in einer GbR über die vertragliche hinaus sogar auf die Fälle einer gesetzlichen deliktischen Haftung ausgeweitet.³ Danach „haben die Gesellschafter einer GbR grundsätzlich auch für gesetzlich begründete Verbindlichkeiten ihrer Gesellschaft persönlich und als Gesamtschuldner einzustehen“.⁴ Er begründet dies mit Gläubigerschutzgesichtspunkten, die eine persönliche Haftung verlangten. Dies sei den Gesellschaftern zumutbar, weil sie in der Regel auf die Tätigkeit ihrer Geschäftsführung entscheidenden Einfluß nehmen können.

⁵ Anders als zuvor haften daher Ärzte in einer GbR auch für und mit demjenigen ihrer Kollegen, der sich wegen des begründeten Vorwurfs einer unerlaubten Schädigung von Körper und Gesundheit eines Patienten verantworten muß;⁶ und dies „obwohl sie sich an diesem Delikt gar nicht beteiligt haben“.⁷

Haftung des Neugesellschafters einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Nun erhebt sich angesichts der dargestellten Haftungslage in der GbR schließlich die Frage, wie derjenige haftet, der in eine GbR *neu hinzukommt*. Haftet dieser auch für die Versäumnisse, die ein Arzt als Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis vor seinem Eintritt in die Gesellschaft verursacht hat; Fehler der Vergangenheit, die dem neu in die Gemeinschaftspraxis eintretenden Arzt weder mitgeteilt wurden, noch bekannt sind?

Auch hierzu hat der BGH nunmehr seine Rechtsprechung geändert.

In einem charakteristischen Urteil hatte der BGH noch zum Leitsatz erhoben, daß „wer in eine GbR eintritt, für deren vorher begründete Verbindlichkeiten nur kraft besonderer Vereinbarung mit dem Gläubiger haftet“ - *also grundsätzlich nicht haftet* - und mit überzeugender Begründung ausführt, daß „der Altgläubiger regelmäßig nicht den Schutz der Mithaftung des neu eingetretenen Gesellschafters verdient, weil er aufgrund einer Verpflichtung geleistet hat oder leistet, die er (nur) im Vertrauen auf die Leistungsfähigkeit der bisherigen Gesellschafter übernommen hat“.⁸ Der Gläubigerschutz wurde hier also, und noch jüngst insbesondere vom OLG Düsseldorf verneint.⁹ Diese Rechtslage hatte nicht nur für den



Neugesellschafter etwas Beruhigendes, sondern auch den praktischen Vorteil, daß dieser vor Eintritt in die Gesellschaft sich weder über bestehende Gesellschaftsschulden erkundigen mußte, noch wirtschaftliche Vorkehrungen für eine mögliche persönliche Haftung treffen brauchte.¹⁰

Jetzt hat der BGH in seiner Entscheidung vom 7. April 2003 entschieden, daß „der in eine GbR eintretende Gesellschafter für vor seinem Eintritt begründete Verbindlichkeiten der Gesellschaft grundsätzlich auch persönlich und als Gesamtschuldner mit den Altgesellschaftern einzustehen hat“ und im zweiten Leitsatz hervorgehoben, daß „dieser Grundsatz auch für GbR, in denen sich Angehörige freier Berufe zu gemeinsamer Berufsausübung zusammengeschlossen haben gilt“.¹¹ Der BGH folgt damit dem seit seiner Entscheidung vom 29. Januar 2001 vorherrschenden und die bis dahin geltende Doppelverpflichtungslehre endgültig ablösenden *Akzessorietätsprinzip*, welches den Grundsatz postuliert, daß der Gesellschafter stets wie die Gesellschaft haftet.¹² Zur Begründung führt er im wesentlichen aus, daß die GbR kein Haftkapital besitze und daß daher die persönliche Haftung ihrer Gesellschafter das notwendige Gegenstück zum Fehlen jeglicher Kapitalerhaltungsregeln sei. Dabei könne „die Rechtsordnung konsequenterweise nicht bei einer Haftung nur der Altgesellschafter Halt machen“, denn der neu Eintretende begründe mit seinem Gesellschaftseintritt einen Anteil am Gesellschaftsvermögen wie die Altgesellschafter auch, was „sinnvollerweise nur durch Einbeziehung der Neugesellschafter in dasselbe Haftungsregime, dem auch die Altgesellschafter unterliegen, kompensiert werden kann“.¹³ Schließlich argumentiert das Gericht auch wieder mit dem „damit gesicherten Gläubigerschutz“,¹⁴ den es zuvor noch für die Begründung der gegenteiligen Ansicht herangezogen hatte!

Wenigstens stellt der BGH in Aussicht, daß eine Ausnahme dieser verschärften Haftung des Neugesellschaf-

ters dann in Betracht komme, wenn es sich um Verbindlichkeiten aus beruflichen Haftungsfällen handele, da diese auch gem. § 8 Abs. 2 PartGG eine Sonderstellung einnehmen. Diese Norm konzentriert die persönliche Haftung für berufliche Fehler auf den Partner in der Partnerschaftsgesellschaft, der mit der (*schadenstiftenden*) Bearbeitung eines Auftrags befaßt war.

Der BGH will also diesbezüglich zunächst keine Schlechterstellung der weit verbreiteten GbR gegenüber der Partnerschaftsgesellschaft. Mit diesem Urteil hat er im übrigen hinsichtlich der Haftung des Neugesellschafters diese der Haftungslage eines Neugesellschafters einer Partnerschaftsgesellschaft angeglichen. Gemäß § 8 Abs. 1 PartGG i.V.m. § 130 HGB haftet dieser bereits bisher für die vor seinem Eintritt in die Gesellschaft begründeten Verbindlichkeiten.¹⁵ Tröstlich ist auch, daß die verschärfte Haftung eines Neugesellschafters einer GbR aus Vertrauensschutzgründen - wie der BGH betont - erst auf künftige Beitrittsfälle nach diesem Urteil Anwendung findet.

Konsequenzen

Konsequenz der neuen Rechtsprechung ist, daß Ärzte, die ab sofort einer GbR, insbesondere einer bestehenden Gemeinschaftspraxis beitreten, sich vor Unterzeichnung des Gesellschaftsvertrages zunächst alle Unterlagen, aus welchen sich mögliche Gesellschaftsschulden ergeben könnten, vorlegen lassen und von den Altgesellschaftern darüber eine hinsichtlich Vollständigkeit und Richtigkeit verbindliche Erklärung verlangen sollten. Insbesondere ist neben Bankschulden nach Steuerschulden und Schulden aus Miet- und Arbeitsverträgen, Rechtsstreitigkeiten und drohenden Regressen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung zu fragen.

In den Gesellschaftsvertrag könnte zukünftig eine *Freistellungsklausel* der Altgesellschafter zu Gunsten des Neugesellschafters für vor dessen Beitritt begründete Verbindlichkeiten aufgenommen werden. Zwar wäre diese

nach der dargestellten Rechtsprechung gegenüber etwaigen Gläubigern wirkungslos, sicherte jedoch im Innenverhältnis bei einem Gesamtschuldnerausgleich dem Neugesellschafter die Ansprüche gegen die bisherigen Gesellschafter.

Darüber hinaus empfiehlt sich für den Neugesellschafter - je nach Einschätzung des Haftungsrisikos für die Vergangenheit - unter Umständen ein zu verhandelnder Einbehalt auf den zu entrichtenden Kaufpreis für den Praxisanteil.¹⁶

Christoph Biesing, Justitiar
Landesärztekammer Hessen

Anmerkungen:

- 1.) BGH, Urt. v. 29. Januar 2001, VersR 2001 S. 510
- 2.) BGHZ 142/315, VersR 1999 S.1425
- 3.) BGH Urt. v. 24. Februar 2003, VersR. 2003 S. 650
- 4.) BGH Urt. v. 24. Februar 2003, VersR 2003 S. 650
- 5.) s. Reiff, Anm. zu BGH Urt. v. 24. Februar 2003, VersR 2003 S. 651,652
- 6.) s. zur früheren Rechtslage Meyer, Die Haftung in einer Gemeinschaftspraxis, HÄBL. 2000 S.202,203
- 7.) vgl. Altmeyden, Deliktshaftung in der Personengesellschaft, NJW 2003 S. 1553,1554; letztendlich wird damit die Haftung d. OHG gem. § 128 HGB entsprechend auf die GbR angewendet, was der BGH mit überzeugender Begründung früher abgelehnt hatte BGH NJW 1974 S. 451
- 8.) BGH Urt. v. 30. April 1979, NJW 1979 S. 1821
- 9.) OLG Düsseldorf NZG 2002 S. 284
- 10.) vgl. Dehong, Haftung des Neugesellschafters für Altschulden der BGB-Gesellschaft, ArztRecht 2003 S. 184
- 11.) BGH Urt. v. 7. April 2003, VersR 2003 S. 771
- 12.) s. dazu Schmidt, Gesellschafterhaftung bei der GbR, NJW 2003 S. 1897, 1901
- 13.) BGH a. a. O. S. 772
- 14.) BGH a. a. O.
- 15.) vgl. dazu Reiff, Anm. zu BGH Urt. v. 7. April 2003, VersR 2003 S. 773,774
- 16.) vgl. Dehong a.a.O.

Schlüsselwörter

Gesellschaft – Personengesellschaft Gesellschaft bürgerlichen Rechts – Haftung – Haftung des Neugesellschafters – Änderung der Rechtsprechung – Gesellschaftsvertrag – Erkundigung über Gesellschaftsschulden – Freistellungsklausel

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDESÄRZTEKAMMER HESSEN

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

ALLGEMEINE HINWEISE



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

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

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

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

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 AAppO anerkannt. Dafür ist die namentliche schriftliche Anmeldung erforderlich! Für sie ist die Teilnahme daran kostenlos.

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

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



FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

s. HÄ 8/2003

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

INNERE MEDIZIN

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

AiP 4P

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

Seminare mit praktischen Fallbeispielen und TED-Evaluation

Zur Erinnerung: **Kardiologie** Mittwoch, 10. September 2003 15 s.t. bis 18 Uhr, Bad Nauheim s. HÄ. 8/2003

Endokrinologie

Mittwoch, 8. Oktober 2003, 15 s. t. bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. R. G. Bretzel, Gießen

Glukokortikoid-induzierte Osteoporose Prof. Dr. med. H. Stracke, Gießen Deutschland weiterhin ein Struma-Endemiegebiet – Erkenntnisse aus Papillon I und II Prof. Dr. med. R. G. Bretzel Endosonographie in der Endokrinologie Prof. Dr. med. P. Kann, Marburg Volkskrankheit Adipositas – Erfahrungen der Giessener Kinderadipositas-Ambulanz Prof. Dr. med. S. Wudy, Gießen Management des diabetischen Fußsyndroms Dr. med. M. Eckhard, Gießen

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

Teilnahmegebühr: € 25/Seminar (Akademiemitglieder € 15) AiP kostenfrei

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

E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

FRAUENHEILKUNDE / GEBURTSHILFE

AiP 4P

Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Februar 2003 bis 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

• **Gynäkologie: Hauptreferat: Die Harninkontinenz der Frau**
Prof. Dr. med. M. Kirschbaum, Saarbrücken

Gruppenarbeit:

Diagnostik der Harninkontinenz und Senkungsleiden incl.

Urethrocytoskopie Prof. Dr. med. R. Schuhmann, Langen

Operative Verfahren zur Therapie der Harninkontinenz

Dr. med. A. Fischer, Wiesbaden

Konservative Verfahren zur Therapie der Harninkontinenz

Dr. med. R. Mascus, Wiesbaden

Fragestunde: Diskussion mit den Referenten

• **Geburtshilfe: Seminar: Fehlbildungsdiagnostik**
Prof. Dr. med. E. Merz, Frankfurt a. M.

Sektio caesarea – Indikation und Technik

PD Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden

• **Onkologie:**

Epidemiologie, Diagnostik und Risikofaktoren beim Ovarial-Karzinoms einschl. der operativen Therapie

PD Dr. med. A. du Bois, Wiesbaden

Weitere Termine: s. HÄ 6/2003

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Seminargebäude, Raum Frankfurt, 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

68. FORTBILDUNGSKONGRESS

AiP 7P

Wundbehandlung 2003

Interdisziplinäre Fortbildung für 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, N. N.

-VORGEGEHENES PROGRAMM-

Einführung: Pathophysiologie und Pathologie akuter und chronischer Wunden

Akute Wunden:

Grenzen der Versorgung akuter Wunden durch den Allgemeinmediziner.

Welche akuten Wunden gehören in die Kompetenz des Dermatologen?

Therapiemöglichkeiten für den Chirurgen bei akuten Wunden.

Chronische Wunden:

Behandlung chronischer Wunden durch den Allgemeinmediziner.

Behandlung chronischer Wunden durch den Dermatologen.

Sekundärversorgung von Wunden durch den Chirurgen.

Wann hole ich mir Hilfe bei der Wundbehandlung:

Wann braucht der Allgemeinmediziner Hilfe? Wann braucht der Dermatologe Hilfe? Wann braucht der Chirurg Hilfe?

Problemfälle:

Wundinfektion - Kontamination, Desinfektionsmittel, Antibiotika?

MRSA – Schicksal oder Trivialität? Gasbrand und Tetanus – Prophylaxeempfehlungen, aktuelle Impfinformation; Vorgehensweise bei Verletzungen

mit der Gefahr einer HIV-/ Hepatitisinfektion; Ulcus cruris – Definition, Ursachen, Diagnostik und erfolgsversprechende Therapiearten unter aktueller Kostendruck; Decubitus; Brandverletzungen – wo ist heute der Stellenwert der Spezialzentren

Selbstevaluation (Fragebogen)

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

KINDERHEILKUNDE UND JUGENDMEDIZIN**AIP****Strukturierte fachspezifische Fortbildung**

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. **s. HA 5/2003**

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

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

ANÄSTHESIOLOGIE**AIP 4P**
**Patientennahes autologes Blutmanagement –
Autologer Fibrinkleber und Thrombozytengel als
neue perioperative Therapieoption**

Sektion Anästhesiologie

Samstag, 11. Oktober 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad NauheimLeitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Hanau
Dr. med. D. F. M. Kuhn, Gießen

Engpässe und Zwänge des perioperativen Blutmanagements Dr. med. I. Hornke, Hanau **Autologer Fibrinkleber und Thrombozytengel als Komponenten des perioperativen Blutmanagements** Dr. med. M. Jacobi, Gießen **Der klinische Einsatz von autologem Fibrinkleber und Thrombozytengel im Rahmen der orthopädischen Implantatchirurgie** Dr. med. E. Basad, Gießen **Aufbau und Organisation einer «Patient Near Unit» zur Herstellung von Autologem Fibrinkleber und Thrombozytengel in Kliniken der Grund- und Regelversorgung** Dr. med. U. Taborski, Ludwigshafen **Kostenaspekte und Kostenträgerrechnung im Zusammenhang mit der Herstellung und Anwendung von autologem Fibrinkleber und Thrombozytengel am Beispiel der orthopädischen Implantatchirurgie** Dr. med. D. F. M. Kuhn

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

17. DIABETES KOLLOQUIUM**AIP 4P**
**Prävention des Typ 2 Diabetes
Konsequenzen für den behandelnden Arzt**

Sektion Innere Medizin/ Diabetes

Samstag, 11. Oktober 2003, 9 s.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. C. Rosack, Frankfurt a. M.

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

ETHIK-FALLSEMINARE**AIP 4P**

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

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

Wieviele Überstunden und Mehrarbeit sind ethisch akzeptabel?

Mittwoch, 17. September 2003, 15 bis 19 Uhr, Bad NauheimLeitung: PD Dr. med. U. Niemann, Prof. Dr. F. Hengsbach,
Dr. med. W. Sprung, Frankfurt a. M.
**Probleme des Lebensendes
Wahrheit und Aufklärung bei Todkranken:**
**Bewußtes Sterben oder unbedingtes Vermeiden von Schmerz
und Depression im Sterbeprozess**
Mittwoch, 26. November 2003, 15 bis 19 Uhr, Bad Nauheim

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

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

Anmeldungen: Bitte schriftlich an Frau H. Cichon, Akademie

E-mail: heike.cichon@laekh.de**38. HESSISCHE INTERNISTEN TAGUNG****AIP P****31. Oktober bis 2. November 2003, Fulda**

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

Tagungsort: Orangerie Fulda, Hotel Maritim, Am Schloßgarten

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Achim von Arnim:

Der tolle Invalide auf dem Fort Ratonneau (1818)**Mittwoch, 24. September 2003, 18.30 Uhr, Frankfurt a. M.**

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

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

Altern und Alter

Medizin – Literatur – Kunst – Musik

Freitag, 5. Dezember 2003, ca. 17.30 Uhr, Wiesbaden

Teilnahmegebühr: € 15

Anmeldung: Bitte schriftlich an Frau Rieck/Frau Zinkl, Akademie

Fax: 0 60 32 / 78 2-2 20

GASTROENTEROLOGIE**AIP 4P****Gastroenterologisches Fallseminar**

Sektion Innere Medizin - Gastroenterologie gemeinsam mit
der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie
Mittwoch, 8. Oktober 2003, 17.30 bis 19.30 Uhr, Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. Dr. med. J. Stein, Frankfurt a. M.

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

LABORMEDIZIN**Proteom- und Genom-Analytik****Samstag, 18. Oktober 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim**

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Th. Katz, Gießen

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

NEUROLOGIE**AIP 4P****Langzeittherapie bei neurologischen Krankheiten**

Indikation, Ergebnisse, Wirkungen

Sektion Neurologie

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

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

Einleitung Prof. Dr. med. P.-A. Fischer **Schlaganfall-Sekundärprophylaxe** PD Dr. med. M. Sitzer, Frankfurt a. M. **Multiple Sklerose** Dr. med. Gudrun Japp, Königstein **Epilepsie** PD Dr. med. H. Harner, Marburg **Morbus Parkinson** PD Dr. med. H. Baas, Hanau **Demenz** Prof. Dr. med. L. Frölich, Mannheim **Selbstevaluation (Fragebogen)**

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

ORTHOPÄDIE**Neue Therapien in der Orthopädie**

Sektion Orthopädie

Samstag, 25. Oktober 2003, 9 bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.Leitung: Prof. Dr. med. F. Kerschbaumer, Dr. med. M. Rauschmann
Dr. med. J. Mortier, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Orthopädische Universitätsklinik, Stiftung Friedrichsheim, Marienburgstraße 2, Hörsaal

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN**AIP 4P****Leichenschau – Was der Arzt unbedingt wissen muß**

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

Interdisziplinäres Seminar (für alle Sektionen geeignet)

In diesem Seminar werden Praktiker aus Klinik, Notfallmedizin und Gerichtsmedizin das unabdingbare Wissen für die Leichenschau vermitteln. Ziel ist es, häufige Fehler zu vermeiden, um straf- und zivilrechtliche Konsequenzen zu umgehen.

Mittwoch, 1. Oktober 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Seminargebäude, Raum Gießen, 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/ 8 28 29

PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOMATIK

Identität und Krankheit

16P

Von der Entstehung der Identität und deren möglicher Verlust

Sektion Psychiatrie – kooptiert Psychosomatik, Psychotherapie

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

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

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

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

Anmeldungen: Akademie der LÄKH, Tel. 0 60 32/ 7 82-0, Fax 0 60 32/ 78 2-220 Teilnahmegebühr und Information: s. Hä 8/2003

26. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2003 pro Tag 8P

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 850/851)

Sektion Psychiatrie / Psychosomatik, Psychotherapie

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

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

Anmeldung: Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie, zu Hd. Frau E. Hiltcher, Fax: 0 60 32/ 782-2 29 s. Hä 8/2003

E-mail: edda.hiltcher@laekh.de

Curriculum Psychosomatische Grundversorgung Bad Nauheim

IV. 17.-19. Oktober 2003 s. Hä 8/2003

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

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5; Anmeldung: Bitte schriftlich an die Akademie, z. Hd. Frau C. Lepka, Fax 0 60 32/7 82-2 28, Telefon 0 60 32 – 78 22 16

E-mail: claudia.lepka@laekh.de

SPORTMEDIZIN

AIP 4P

Prävention - Rehabilitation

Wandern, Walking, Jogging, Nordic Walking

Arbeitskreis Sportmedizin

Samstag, 25. Oktober 2003, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. G. Hoffmann, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, Biebertal

Die erfolgreiche Teilnahme kann auf die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ angerechnet werden (4 Stunden Sportmedizin)

Einführung in das Thema Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried Sportorthopädische Aspekte Dr. med. U. Schreiber, Frankfurt a. M. Besondere Aspekte verschiedener Laufstile Dr. med. St. Bender, Wettenberg Unterschiedliche Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System Dr. med. M. Coch, Gießen Ernährung bei Ausdauersportarten Achim Wagner, Wettenberg Zusammenfassung Prof. Dr. med. G. Hoffmann Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademieggebäude, Blauer Hörsaal, Carl-Oelemann-Weg 7

ZUR ERINNERUNG

s. Hä 8/2003

Psychotrauma

Mittwoch, 10. September 2003, 15 bis 18 Uhr

AIP 4P

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

Importierte Reisekrankheiten

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

AIP 4P

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

VORSCHAU

Rechtsmedizin in der Pathologie

Samstag, 1. November 2003, Frankfurt a. M.

II. FORTBILDUNGSKURSE

MEDICAL ENGLISH

Zielgruppe dieses Kursus sind Ärzte in Klinik und Praxis, die sich speziell mit der englischen Sprache in der Medizin beschäftigen möchten und schon über Englischkenntnisse aus mindestens drei bis vier Schuljahren verfügen. Je nach eigenen Voraussetzungen werden sie nach Abschluß des Kursus in der Lage sein, sich z.B. in Englisch mit Patienten zu verständigen, eine fachliche Unterhaltung mit britischen oder US-amerikanischen Kollegen zu führen, einem Vortrag im Ausland ohne Schwierigkeiten zu folgen oder dort selbst als Referent einen Vortrag zu halten. Es wird ihnen leichter fallen, englischsprachige Fachliteratur zu lesen und die Krankengeschichte von aus dem Ausland überwiesenen Patienten zu verstehen. Und schließlich bietet dieser Kurs ihnen einen umfassenden Leitfaden für einen Aufenthalt im englischen Sprachraum.

Leitung: Dr. med. M. Nix, Bad Nauheim, in Verbindung mit der VHS Wetterau

Termine: 29. Nov., 6. Dez., 13. Dez. 2003, 24. Jan., 31. Jan., 7. Febr. 2004 jew. Samstag, 9-13 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄKH

Teilnahmegebühr: € 500

Teilnehmerzahl: 10

Information: Dr. med. Nix, Tel./ Fax: 0 60 32/ 86 82 48,

Anmeldung: Akademie der LÄKH, Tel. 0 60 32/ 7 82-200, Fax 0 60 32/ 78 2-250 (Anmeldeschluß 10. Okt. 2003)

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: € 890 (Akademienmitglieder € 801)

Teilnehmerzahl: 60 – es sind noch Plätze frei

Anmeldung / Informationen: Frau M. Jost, Akademie,

Tel. 0 60 32/7 82-201, Fax: 0 60 32/7 82-2 29

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

- mit praktischer Arbeit am PC -

10P

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

Leitung: Dr. med. S. Rosenbrock, Dieburg

Zielgruppe des Workshops sind Mediziner und Pharmazeuten aus dem klinischen und niedergelassenen Bereich, die bereits über einen Internet-Zugang verfügen, aber das Medium bisher noch nicht effektiv zur medizinischen Literatur- und Quellensuche benutzt haben.

Inhalte: s. Hä 7/2003

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Räume Wetzlar und Fulda im neuen Seminargebäude Carl-Oelemann-Weg 5

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

Teilnahmegebühr: € 195 (Akademienmitglieder € 180)

Dias – Powerpoint

Die Powerpoint-Präsentation wird erlernt und geübt

9P

Leitung: Dr. med. St. Rosenbrock, Dieburg

Termin: Samstag, 11. Oktober 2003

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie Teilnehmerzahl: mind. 12

Teilnahmegebühr: € 195 (Akademienmitglieder € 180)

Rhetorik – Kommunikation

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

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

E-mail: ursula.dauth@laekh.de

PRÜFARZT / KLINISCHE STUDIEN

17P

Sektion Klinische Pharmakologie mit der Geschäftsstelle „Weiterbildung Klinische Studien“ Klinikum JWG-Universität

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

Der Kurs ist an das Curriculum für Prüfärztkurse der Koordinationszentren für Klinische Studien (KKS) angelehnt. Er richtet sich an alle Ärzte, die an Klinischen Prüfungen (alle Stufen) nach dem Arzneimittelgesetz oder Medizinproduktgesetz teilnehmen wollen.

Termin: Frühjahr 2004

Tagungsort: Bad Nauheim Fortbildungszentrum

Bitte melden Sie uns schriftlich formlos Ihr Interesse Frau R. Heßler, Akademie E-mail-Adresse: renate.hessler@laekh.de

IMPFKURS
Zur Berechtigung der Impffähigkeit

9P

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

Rechtliche Grundlagen und Standardimpfempfehlungen, Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter Dr. med. H. Meireis
Impfungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft Dr. med. Regina Allwin, Frankfurt a. M.
Impfungen bei älteren und chronisch kranken Menschen Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.
Impfungen im Arbeitsleben Dr. med. Regina Allwin
Impfungen im Reiseverkehr, Malariaphylaxe Dr. med. Dr. phil. O. Bellinger, Frankfurt a. M.
Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen Dr. med. G. Vetter
Impfreaktionen und -schäden; Aufklärung und Haftung Dr. med. O. Zent, Marburg
Praktische Impf-Übungen in 4 Gruppen Alle Referenten; **Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Schutzimpfung** Dr. med. O. Zent
Impfklausur: Anonyme Erfolgskontrolle,

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Seminargebäude
Teilnahmegebühr: 150 € (Akademienmitglieder: 110 €)
Auskunft und schriftliche Anmeldungen: Frau E. Hiltcher, Akademie, Fax 0 60 32/ 7 82-2 29 E-mail: edda.hiltcher@laekh.de

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

„Notdienstseminar“ AIP 16P
04., 05. und 18. Oktober 2003, Bad Nauheim
Der vollst. Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt.
Teilnahmegebühr: € 128 (Akademienmitglieder € 64, ÄiP frei)
Bitte die Zahlungsaufforderung abwarten!

Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ 41P
25.-29. November 2003 in Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 429 (Akademienmitglieder € 349)

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

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“ 13P
25./26. Oktober 2003 in Kassel
08. November 2003 in Wiesbaden 9P

Auskunft und schriftliche Anmeldung an die Akademie, Frau V. Wolfinger, Fax: 0 60 32/ 7 82-2 29 E-mail: veronika.wolfiner@laekh.de

MEGA-CODE-TRAINING s. HÄ 7/2003 9P

KURS „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“

28. – 31. Januar 2004 in Bad Nauheim

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.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄKH, Akademiegebäude
Schriftliche Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Fax 0 60 32/ 7 82-2 29 E-mail: veronika.wolfiner@laekh.de

MEDIZINISCHE INFORMATIK

40P

Einführungskurs (150 Stunden) s. HÄ 8/2003
Für Interessenten des Fort- und Weiterbildungskurses, 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

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 32/78 2-2 13, Fax 7 82-2 20 E-mail: heike.cichon@laekh.de

STRAHLENSCHUTZ

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem. RöV

GRUNDKURS 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

Leitung: Prof. Dr. med. H. von Lieven, Gießen
Teilnahmegebühr (voraussichtlich): Informationskurs: € 60 für Nichtmitglieder der Akademie, € 32 für Akademienmitglieder (ÄiP: keine Ermäßigung), Grund- und Spezialkurs: 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.

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. Dieses Jahr finden noch statt:

● **Block 17** 12.-14. September 2003
„Psychosomatische Grundversorgung“ (Teil 2) verbale Interventionstechniken (20 Std.)

● **Block 18** 11./12. Oktober 2003
„Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“ (12 Stunden)

2004 bietet die Akademie für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin wieder die 6 Blöcke (80 Stunden) an. s. HÄ 8/2003

Anmeldung: Frau R. Hessler, Akademie E-mail: renate.hessler@laekh.de

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: Frau Stieler, Akademie, 0 60 32/ 78 2-2 83 Fax: 0 60 32/ 78 2-2 17

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

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

9.9.2003: „**Angststörungen – Panikattacken.**“ Dr. Markus Pawelzik,
Münster. **AiP 2P**

23.9.2003: „**Behandlung mit Lipidsenkern.**“ Prof. Dr. Wilhelm Krone,
Köln. **AiP 2P**

Auskunft: Frau Mengel-Walther. Tel. (0 61 51) 66 27 09.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Fibromyalgie-Selbsthilfe Rhein-Main-Kinzig

13.9.2003, 10.00 Uhr: Bürgerhaus, Carl-Ulrich-Straße 7, Weiterstadt.
„**Fibromyalgie – Schmerzen verändern.**“ „**Aktuelles aus der Fibromy-
algieforschung.**“ Prof. Dr. Dieter Pongratz. „**Orthopädische Probleme
bei FM und ihre typischen Auswirkungen auf die Muskulatur.**“ Dr. Tom
Laser. „**Modell einer multimodalen Therapie bei Fibromyalgie.**“ Dr.
Bernhard Kügelgen. Unkostenbeitrag: 2 €. Auskunft: Rainer Marx
Tel. (0 61 04) 68 26 16.

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E,
Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100,
Darmstadt, jeweils 15.15 Uhr.

17.9.2003: „**Leitlinienorientierte Therapie des Typ 2 Diabetes.**“ Prof.
Dr. K. Rett, Wiesbaden. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51)
4 03 10 01. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

8.10.2003: „**Morbus Crohn – MRT und Endoskopie.**“ Dr. A. Große, Dr. A.
Dick. Auskunft: Sekretariat Dr. Günther Ness. Tel. (0 61 51) 4 03 60 02. **AiP**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Alice-Hospital

6.10.2003, 18.00 – 20.00 Uhr: Nebenraum Cafeteria des Alice-Hospitals,
Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Differentialdiagnose akuter Ober-
bauchschmerz – Anamnese und klinische Befunde als absolute erste
ärztliche Maßnahme.**“ Dr. Goldmann. Auskunft: Dr. A. Mortazawi.
Tel. (0 61 51) 7 73 73. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

8.10.2003, 20.00 Uhr s.t.: Konferenzhotel Alleehotel Europa, Europaa-
allee 45, Bensheim. „**Periphere arterielle Durchblutungsstörungen –
Pathophysiologie, Diagnostik und innovative Therapie.**“ Prof. K.
Diehm, Karlsbad. Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 10 50 o. 3
80 62. **AiP 3P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Darmstadt

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

Kreis Krankenhaus Erbach/Odw.

Jeden 1. Samstag im Monat, 9.00 Uhr, Tagesseminar: Mehrzweckhalle

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Klinikum Stadt Hanau

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

1.9.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum. „**Einführung in die Evi-
dence based Medicine.**“ J. Nassar.

8.9.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum. „**Katecholamine in der
Anästhesie.**“ Dr. Hornke.

10.9.2003, 15.30 – 16.30 Uhr: Seminarraum. „**Schmerztherapie.**“ A.
Schmitt-Weigand.

15.9.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum. „**Therapie des akuten
Koronarsyndroms.**“ C. Reichert.

18.9.2003, 16.00 – 16.45 Uhr: Bibliothek. „**Journal Club.**“ M. Sroka.

20.9.2003, 8.30 – 18.30 Uhr: Seminarraum. „**2. Hanauer Workshop:
Mega-Code.**“ Wissenschaftliche Leitung: Dr. I. Hornke. Mitarbeit: A.
Balsler-Kutt, Th. von Gazali, M. Sroka.

22.9.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum. „**Regionalanästhesie.**“
K. Künzer.

29.9.2003, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum. „**Lokalanästhesie.**“
F. Weyland.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. Tel. (0 61 81) 2 96 24 30.

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

2.9.2003, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt
23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz.**“ **4P**

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

3.9.2003: Frankfurt. „**Reanimation Refresherkurs.**“ **4P**

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

Deutscher Ärztinnenbund e.V.

3.9.2003, 18.30 – 20.00 Uhr: Vortragsraum der Siemens AG, Haus 1, EG,
Rödelheimer Landstr. 5-9, Frankfurt. „**Mobbing – ein Ärztinnenproblem?**“
Annette Schulmerich. Auskunft: Dr. U. Bös. Tel. (0 61 51) 78 36 59. **1P**

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V. / Ärzteverein Hanau e.V.

3.9.2003, 16.30 Uhr: St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25,
Cafeteria, Hanau. „**Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechun-
gen.**“ Anerkannter Qualitätszirkel der KV Hessen. Auskunft: Dr. G. Lau-
tenschläger. Tel. (0 61 81) 25 55 35.

Frankfurter Verein für Ultraschall Diagnostik e.V.

3.9.2003, 18.00 – ca. 19.30 Uhr: Vortragssaal im Anbau, St. Markus-

Krankenhaus, Frankfurt. „**Sonografische DD des schmerzhaften Unterbauches mit Schwerpunkt interne und chirurgische Krankheitsbilder / Stellenwert der transrektalen Sonografie und des CT's.**“ Prof. Dr. Norbert Gritzmann, Salzburg. Auskunft: Dr. Wolfram Schley. Tel. (0 60 78) 7 92 14.

Kardiologisches Centrum Frankfurt

6.9.2003, 9.30 – 12.00 Uhr: ArabellaSheraton Grand Hotel, Frankfurt. „**Diagnostik und Therapie der Synkope.**“ Leitung: PD Dr. Dr. J. Haase, Prof. Dr. F. Schwarz, Dr. H. Störger. Auskunft: Petra Lux. Tel. (0 69) 94 43 41 53. **AiP 3P**

CardioVasculäres Centrum Sankt Katharinen Frankfurt

6.9.2003, 9.00 – 14.00 Uhr: Hörsaal des Sankt Katharinen-Krankenhauses, Seckbacher Landstraße 65, Frankfurt. „**Eröffnung des Centrus für Herz- und Gefäßkrankheiten.**“ Prof. Dr. Horst Sievert, Prof. Dr. Jochen Gilfrich, Dr. Hildegard Lißmann-Jensen, Dr. Albrecht Römer. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Sievert. Tel. (0 69) 4 60 30. **AiP 3P**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

10.9.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Uniklinik Frankfurt, Haus 23B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock. „**Intraoperative Anwendung der Jet-Ventilation.**“ PD Dr. P. Biro, Zürich. Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67. **2P**

Klinikum Offenbach

Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach.

10.9.2003, 18.00 – 19.30 Uhr: Demoraum des Röntgeninstituts. „**Gefäßforum.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Riling. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

25.9.2003, 14.30 Uhr: Konferenzraum der Neurochirurgie, Zimmer E333 des Haupthauses. „**Traumatische Nervenläsionen inklusive Plexusverletzungen.**“ Prof. Penkert, Hannover. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Peter Ulrich. Tel. (0 69) 84 05 38 81. **2P**

8.10.2003, 18.00 Uhr: Park Plaza Hotel, Offenbach. „**Interdisziplinärer Arbeitskreis für allgemeine und onkologische Urologie Offenbach e.V.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. U. W. Tunn. Tel. (0 69) 84 05 38 40. **AiP**

Mittwoch, 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**

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Nephrologie

16.9.2003, 18.15 Uhr: Hörsaal II, Haus 23 B, Klinikum der J.W.Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Hypertonie, Niereninsuffizienz und Nierentransplantation.**“ Prof. Dr. B. Grabensee, Düsseldorf; Prof. Dr. L. C. Rump, Herne; Prof. Dr. T. Rislér, Tübingen. Auskunft: Prof. Dr. H. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 55 55. **AiP 2P**

Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum Frankfurt

17.9.2003, 16.30 Uhr: ArabellaSheraton Grand Hotel, Konrad-Adenauer-Straße 7, Frankfurt. „**Symposium: Funktionsstörungen der Schilddrüse.**“ Prof. Dr. K. Badenhoop, Dr. M. Diehl, Prof. Dr. E. Siebzehnrübl, PD Dr. H. Palmedo. Auskunft: PD Dr. C. Menzel. Tel. (0 69) 63 01 43 30. **AiP 3P**

Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

17.9.2003, 20.00 Uhr s.t.: Hörsaal des Ärztehauses Georg-Voigt-Straße 15, Frankfurt. „**Der alte Patient in Praxis und Klinik – zuviel des Guten für die Alten? – Was darf, was sollte man vorenthalten? – Der alte Patient aus der Sicht einer Stationsärztin.**“ Dr. P. Groß, Darmstadt. „**Zur Problematik der Multi-Medikation im Alter!**“ PD Dr. Püllen. „**Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter – das Compliance-Problem! – an Hand von Fallbeispielen.**“ Dr. M. Bach. Moderation: Prof. Dr. P.-H. Althoff. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Althoff. Tel. (0 69) 1 50 04 10. **AiP 2P**

Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum e.V.

20.9.2003, 9.30 – 17.10 Uhr: Hörsaal der Orth. Universitätsklinik, Stiftung Friedrichsheim, Marienburgstraße 2, Frankfurt. „**Symposium: Die Contergangkatastrophe – Eine Bilanz nach 40 Jahren.**“ Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. L. Zichner, Dr. M. Rauschmann, Prof. Dr. K.-D. Thoma. Auskunft: Therese Holfelder. Tel. (0 69) 6 70 53 77. **AiP 6P**

Krankenhaus Sachsenhausen

20.9.2003, 9.00 – 14.00 Uhr: Hotel Kempinski, Gravenbruch. „**C. von Noorden Kolloquium: Das intramyozytäre Fettgewebe und seine Bedeutung für die Insulinresistenz / Lösen gentechnologische Verfahren das Diabetesproblem? – Zur Bedeutung von Stammzellen u.a. für die Insulinsekretion / Versorgungsleitlinien Diabetes mellitus Typ 2 / Disease Management Programm (DMP) Diabetes.**“ Prof. C. Rosak, Prof. Jakobs, Prof. Bretzel. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Rosak. Tel. (0 69) 6 60 50. **AiP 3P**

Cardioangiologisches Centrum Bethanien

24.9.2003, 16.15 – 17.00 Uhr: Medienzentrums, Gebäude E, 3. OG, Bethanien-Krankenhaus, Im Prülling 23, Frankfurt. „**EKG-Diagnostik bei tachykarden Rhythmusstörungen.**“ PD Dr. B. Nowak. Auskunft: Sekretariat PD Dr. B. Nowak. Tel. (0 69) 9 45 02 80. **AiP 1P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Rhein-Main-AG für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel

24.9.2003, 17.15 – 19.00 Uhr: Hörsaal II, kleiner Hörsaal, Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Behandlung der Akromegalie.**“ „**Medikamentöse Therapie der Akromegalie mit Dopaminagonisten und Somatostatinanaloga.**“ PD Dr. S. Petersenn, Essen. „**Gamma-Knife Therapie.**“ Prof. Dr. V. Seifert. „**STH-Rezeptor-Antagonisten.**“ Prof. C. J. Strassburger, Berlin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K.-H. Usadel. Tel. (0 69) 63 01 53 96. **AiP 2P**

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Johann Wolfgang Goethe-Universität

26.9. – 28.9.2003: Hörsaal der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haus 14, 2. Stock, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Aufbaukurs, sonografische Fehlbildungsdiagnostik.**“ Leitung: Prof. Dr. Frank Louwen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Kaufmann. Tel. (0 69) 63 01 77 03. **20P**

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

27.9.2003, 9.00 – 12.30 Uhr: „**Symposium: Kardiologie im Wandel.**“ Prof. Kaltenbach, Prof. Schneider. **AiP**

8.10.2003, 17.30 – 20.00 Uhr: **Neue Infektionskrankheiten – natürliche Bedrohung und Bioterrorismus.**“ Prof. Doerr. **AiP 3P**

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. V. Jacobi. Tel. (0 69) 63 01 72 77.

Institut für Neuroradiologie Universitätsklinikum

30.9.2003, 16.15 Uhr: Demonstrationsraum, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**Endovascular Treatment of Intracranial Aneurysms. Indications and Limitations.**“ Prof. J. Moret, Paris. Auskunft: PD Dr. Berkefeld. Tel. (0 69) 63 01 54 63.

AIDS-Aufklärung e.V.

1.10.2003 17.30 Uhr: NH-Hotel, Goldsteinstraße 134, Frankfurt-Niederrad. „**AIDS: daran denken – darüber reden – verantwortungsvoll handeln!**“ „**Entzauberung des HIV-Tests**“ Dr. Peter Gute. „**Strategien der antiretroviralen Therapie**“ Prof. Dr. Schlomo Staszewski. „**Management der Nebenwirkung unter ART**“ Dr. Markus Bickel. Auskunft: Angela Hummel. Tel. (0 69) 76 29 33. **4P**

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

8.10.2003, 17.30 Uhr: Hörsaal II, Haus 23, 1. OG, Theodor-Stern-Kai 7, Universitätsklinikum, Frankfurt. „**Gastroenterologisches Fallseminar in Zusammenarbeit mit der Akademie für Arztl. Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen.**“ Prof. Dr. Dr. J. Stein. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22. **3P**

Hessische Krebsgesellschaft e.V.

8.10.2003, 10.00 – 16.00 Uhr: Novotel Frankfurt City West, Lise-Meitner-Straße 2, Frankfurt. „**Krebsentstehung und Krankheitsverlauf – Ursachen und präventionspolitische Konsequenzen.**“ Dr. W. Baumann, Frankfurt; Prof. Dr. J. Bauch, Marburg; Prof. Dr. Geyer, Hannover; Prof. Dr. Frentzel-Beyme, Bremen; Prof. Dr. Abholz, Düsseldorf. Auskunft: Dr. Ursula Haupt. Tel. (0 64 21) 6 33 24. **AiP**

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums

Jeden Montag 15.30 Uhr: Universitätsklinikum, Demonstrationsraum, IDIR, Haus 23A, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Interventionelle Therapiemaß-**

nahmen: Thermoablation (Laser, RF), vaskuläre Therapie, Vertebroplastie.“
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Thomas Vogl. Tel. (0 69) 63 01 72 77.

Balintgruppe

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

Arbeitskreis für TCM

Jeden Mittwoch von 19.00 – 21.30 Uhr im Semester, Uniklinik Frankfurt, Hörsaal der Gynäkologie, 2. Stock, Frauenklinik. „**Arbeitskreis für TCM**“ Leitung: Dr. Michael Grandjean und Dr. Klaus Birker. Tel. (0 61 42) 96 59 59 oder (0 67 75) 3 08.

Klinik für Nuklearmedizin der JWG-Universität

Jeden ersten Donnerstag, 17.00 Uhr: Haus 21 D, 1. OG, Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Klinikkonferenz PET**.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Grünwald. Tel. (0 69) 63 01 – 43 30. **2P**

Institut für Neuroradiologie der JWG-Universität

Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr: Demonstrationsraum Neuroradiologie, Untergeschoß, Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenz Neurologie-Gefäßchirurgie-Neuroradiologie**.“ Auskunft: PD Dr. J. Berkefeld. Tel. (0 69) 63 01 54 62.

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

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

Klinikum Stadt Hanau

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

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt.

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

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

Montags, 1xmonatlich, 19.00 – 22.00 Uhr, Brønner Str. 15, 3. OG, Frankfurt. **Balintgruppe**. **6P**

Samstags, 1xmonatlich, 9.30 – 12.30 Uhr, Brønner Str. 15, 3. OG, Frankfurt. **Balintgruppe**. **6P**

Anwendergrundkurs mit 8 Doppelstunden, Brønner Str. 15, 3. OG, Frankfurt. **Autogenes Training – Grundkurs und Fortgeschrittene**. **16P**
Leitung: Dr. Stjepan Pervan (069) 597907-09.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Krankenhaus Eichhof

10.9.2003, 19.30 Uhr: Cafeteria des Krankenhauses Eichhof, Am Lichberg 41, Lauterbach. „**Von der gestörten Glukosetoleranz bis zur Manifestation des Typ II Diabetes. Welche Konsequenzen sind aus der Stop-Neddm Studie zu ziehen?**“ Prof. Dr. Breuer. Auskunft: Sekretariat Dr. J. Wilhelm. Tel. (0 66 41) 8 20.

Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

12.9.2003, 16.30 Uhr: Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein. „**Pneumologisches Konsil**.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Harald Morr. Tel. (0 64 49) 92 72 61. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Gießen

16.9.2003, 20.00 – 22.00 Uhr: KV-Gießen, Eichgärtenallee 6. „**Physikalische Odemtherapie – Theorie und Praxis mit Schwerpunkt Lymphödem**.“ E. Bimler, B. Ritzkowski. Auskunft: Dr. M. Sähn. Tel. (0 64 03) 7 72 06.

Kreisverein der Ärzte des Wetteraukreises

18.9.2003, 18.00 – 21.00 Uhr: Bürgerhaus in Büdingen. „**Workshop Verbrennungen**.“ Prof. R. Klose, Ludwigshafen; Dr. A. Aul, Ludwigshafen; Dr. Petersen, Offenbach. Auskunft: Dr. R. Merbs. Tel. (0 60 31) 8 90. **AiP 3P**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen

24.9.2003, 19.00 – 22.00 Uhr: Netanya-Saal im Alten Schloß, Gießen. „**Seelische Krisen – was tun?**“ „**Psychische Krise vs psychiatrischer Notfall**.“ B. Jünger. „**Suizidalität – Abklärung und Erstkontakt**.“ D. Süße. „**Individuelle Behandlung für individuelle Krisen**.“ C. Wiegel-Bieniek, B. Radtke. Auskunft: Sekretariat D. Süße. Tel. (06 41) 40 35 57. **AiP 3P**

Hessischer Ärzteverband Naturheilverfahren e.V.

27.9.2003, 9.00 Uhr s.t. – 17.00 Uhr: Raum Wetterau im Seminargebäude der Akademie für ärztl. Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, Bad Nauheim. „**Komplementäre, erfolgversprechende diagnostische und therapeutische Verfahren**.“ Dr. Ogal, Brunnen, Schweiz. „**Erweiterung der psychosomatischen Diagnostik durch standardisierte Thermographie**.“ Dr. Weber, Ober-Ramstadt. „**Biophotonen – moderne Quantenphysik – ihre Bedeutung für die energetische Medizin**.“ Prof. Popp. Auskunft: Dr. Ute Boeddrich. Tel. (0 61 42) 4 41 99.

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus Liebig Universität

8.10.2003, 15.30 Uhr: „**Lungentag**.“ Prof. Lindemann, PD Dr. Lippert, Dr. Steiß, Dr. Geisz, PD Dr. Maysen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Neubauer. Tel. (06 41) 9 94 34 81. **4P**

Orthopädische Klinik der Justus Liebig Universität

21.11. – 22.11.2003: Aula der Universität Gießen. „**4. Internationales Gießener Arthrose Symposium**.“ Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. H. Stürz, PD Dr. J. Steinmeyer. Auskunft: Kongreß- und Messebüro Lentzsch. Tel. (0 61 72) 6 79 60.

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, Nahrungsborg 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

Diakonissenkrankenhaus

3.9.2003, 16.00 Uhr: Unterrichtsraum der Krankenpflegeschule, Gartenhaus, Diakonissenkrankenhaus, Goethestraße 85, Kassel. „**Therapiestrategien beim malignen Non-Hodgkin-Lymphom.**“ Prof. M. Pfreundschuh, Homburg. Auskunft: Sekretariat Dr. Hans-Joachim Bröker. Tel. (05 61) 1 00 23 18. **1P**

Rotes Kreuz Krankenhaus

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

3.9.2003: „**Geriatric – Querschnittfach zwischen Akutmedizin und Rehabilitation.**“ Dr. H.-J. Harhoff. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

24.9.2003: „**HIV und AIDS – Rückblick und Ausblick.**“ AIDS-Hilfe Kassel e.V. **2P**

8.10.2003, 18.00 Uhr: „**Herbstseminar: Neue Aspekte in der chirurgischen Behandlung von Narbenhernien.**“ Prof. Dr. Köckerling, Hannover; Dr. F. B. Müller, Krefeld; Dr. B. Lammers, Neuss; PD Dr. E. M. Noah. Moderation: Prof. Dr. R. Hesterberg. **AiP 3P**

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

Deutsches Schmerz-Therapie-Zentrum

8.10.2003, 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.

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie

10.9.2003, 18.00 Uhr c.t. – ca. 20.00 Uhr: Hörsaal des Kreiskrankenhauses Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Begutachtung und Behandlungsfehler.**“ Dr. E. Ludolph, Düsseldorf. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 71. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Helios St. Elisabeth Klinik

10.9.2003, 19.00 Uhr: Personalcafé der Helios St. Elisabeth Klinik, Hünfeld. „**Update orthopädische Chirurgie, Traumatologie und Gynäkologie.**“ R. Heise, Dr. S. Pecht, Dr. K. Witzel, Dr. B. Stitz. Auskunft: Sekretariat Dr. Kai Witzel. Tel. (0 66 52) 98 70. **AiP 3P**

Orthopädische Klinik

10.9.2003, 19.00 Uhr: Orthopädische Klinik, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel. „**Frakturen – Die Behandlung der Frakturen des coxalen Femures, des distalen Radius und der Clavicula.**“ Dr. Utsch, Dr. Mai. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Siebert. Tel. (05 61) 3 08 42 01. **AiP 3P**

Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau

10.9.2003, 18.00 Uhr: Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau. „**Prooperativer Umstieg von oralen Antikoagulation auf Heparine.**“ Prof. Dr. Kemkes-Matthes. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Blenke, Prof. Dr. Konermann. Tel. (0 56 02) 8 30. **3P**

Klinikum Kassel

Klinikum Kassel, Mönchebergstraße 41, Kassel.

10.9.2003: „**Diagnostik und Therapie der renalen Hypertonie.**“ Prof. Dr. B. Grabensee, Düsseldorf. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Plum. Tel. (05 61) 9 80 30 81.

10.9.2003, 19.30 Uhr: Hörsaal Pathologie. „**54. Gastroenterologen-Gespräch: Lebertransplantation – Aktueller Stand.**“ Prof. Dr. Neuhaus. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Pausch. Tel. (05 61) 9 80 30 71.

11.9.2003: Hörsaal Pathologie. „**Kardiologisches Gespräch: Besprechung von kardiologischen Problemfällen.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. Jörg Neuzner. Tel. (05 61) 9 80 30 76. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

13.9.2003, 10.00 – 12.30 Uhr: Infocenter. „**Endokarditis – eine interdisziplinäre Aufgabe.**“ Moderation: PD Dr. Neuzner. Auskunft: Sekretariat Dr. Sons. Tel. (05 61) 9 80 30 61. **3P**

Kinder- und jugendpsychiatrische Foren

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Herkulesstraße 111, Kassel, jeweils 15.00 – 16.30 Uhr im Konferenzraum der Klinik.

10.9.2003: „**Diagnose Autismus.**“ Prof. Dr. Poustka, Frankfurt. **2P**

24.9.2003: „**Was ist Intelligenz? – Grundlagen, Konzepte, Modelle.**“ Herr Wimmer. **2P**

8.10.2003: „**Bildgebende Diagnostik, Neurophysiologie und psychiatrische Störungen.**“ Prof. Dr. Hüter, Göttingen. **2P**

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

Tinnitus-Klinik Bad Arolsen / Deutsche Tinnitus-Liga e.V.

12.9. – 13.9.2003: Bürgerhaus, Bad Arolsen. „**8. Bad Arolser Symposium: Chronischer Tinnitus – eine psychosomatische Erkrankung.**“ Auskunft: Sekretariat Dr. Gerhard Hesse. Tel. (0 56 91) 89 67 02 oder 89 67 14.

Pneumologische Seminare

17.9.2003, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Straße 3, Immenhausen. „**Der unklare Lungenherd – Gibt es neue Möglichkeiten der Frühdiagnostik des Bronchialcarcinoms?**“ Dr. J. Igel. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

20.9.2003, 9.30 – 13.30 Uhr: Hörsaal des Klinikums. „**Benigne und maligne Hirntumoren – Aktuelle Standards und Ausblicke in Diagnostik und Therapie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Behr. Tel. (06 61) 84 58 00. **AiP 3P**

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. „**Perinatale Konferenz.**“ 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.

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Straße 167, Kassel, Forum, 1. Stock, Hauptgebäude, jeweils 16.30 Uhr.

24.9.2003: „**Kinderchirurgisch-pädiatrisch-pathologische Konferenz.**“ Dr. P. Illing, PD Dr. F. K. Tegtmeyer, Prof. Dr. J. Rüschoff. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

1.10.2003: „**Fortschritte in der Behandlung von Krampfanfällen im Kindesalter.**“ Prof. Dr. B. Neubauer. **AiP 2P**

Auskunft: Sekretariat PD Dr. F. K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 53 13.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld

1.10.2003, 16.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal des Klinikums Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Aktuelle Aspekte zur mikrobiologischen Diagnostik und Therapie im Kopf- und Halsbereich.**“ Prof. Dr. P. R. Issing, Dr. B. Erath, Prof. Dr. W. Elies. Auskunft: Sekretariat Dr. N. Matar. Tel. (05 61) 88 17 01. **AiP 3P**

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

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin der Philipps-Universität

12.9.2003, 18.30 Uhr s.t.: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. „**Trauma und Traumafolgen.**“ Prof. Dr. F. Resch, Heidelberg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 64 71. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Philipps-Universität

17.9.2003, 18.15 – 21.15 Uhr: Hörsaal Universitäts-Kinderklinik Marburg. „**Was ist erblich an der Epilepsie-Genetik, Molekulargenetik und genetischen Beratung.**“ Prof. Dr. Bernd Neubauer, Gießen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. W. Seyberth. Tel. (0 64 21) 2 86 62 26. **4P**

Kinder- und Jugendpsychiatrische Kolloquien

24.9.2003, 14.30 Uhr s.t.: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. „**Eßstörungen im Kindes- und Jugendalter: Aktuelle Entwicklungen.**“ „**Falldarstellung – Anorexia nervosa.**“ Dr. N. Barth. „**Hyperaktivität bei Anorexia nervosa.**“ Prof. Dr. J. Hebebrand. „**Die Bedeutung der Körperschemastörung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa.**“ Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt. „**Elternarbeit im Rahmen der Behandlung von Eßstörungen.**“ Dr. U. Hagenah. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 64 71. **AiP 3P**

Zentrum für Frauenheilkunde der Philipps-Universität

1.10.2003, 19.00 Uhr: Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik, Pilgrimstein 3, Marburg. „**Minimal-invasive Chirurgie – Was ist minimal –möglich? –machbar? –sinnvoll?**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Hadji. Tel. (0 64 21) 2 86 44 00. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik

1.10. – 4.10.2003: Marburg. „**14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik.**“ Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Helga Rehder. Auskunft: Sekretariat Prof. Rehder. Tel. (0 64 21) 2 86 42 90. **18P**

Klinik für Unfall- und Wiederherstellungs- und Handchirurgie der Philipps-Universität

8.10.2003, 17.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal I, Klinikum Lahnberge, Marburg. „**Klinischer Nachmittag: Aktuelle Themen aus der Unfall- und Wiederherstellungs- und Handchirurgie.**“ Organisation: Dr. Dieter Mann, PD Dr. Michael Schnabel. Auskunft: Sekretariat Frau Kotische. Tel. (0 64 21) 2 86 25 32. **AiP 2P**

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

9.10.2003, 16.30 – 18.30 Uhr: Hörsaal des Zentrums der Pathologie, Baldingerstraße, Marburg. „**Klinisch-Pathologische Konferenz.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. Tel. (0 64 21) 2 86 22 70. **AiP 2P**

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

8.9.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Leitung der BEL-Geburt.**“ Dr. Rose. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

22.9.2003, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Standards in der Transfusionsmedizin.**“ Herr Löhr. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **1P**

24.9.2003, 18.15 – 20.15 Uhr: Personalcasino, II. Stock. „**Prävention von Mammakarzinomen.**“ PD Dr. G. von Minckwitz. Auskunft: OSP-Sekretariat PD Dr. N. Frickhofen. Tel. (06 11) 43 33 33. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Donnerstags 8.00 – 10.00 Uhr: Räume der gynäkologisch-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**

Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

10.9.2003, 19.30 Uhr: KV Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Str. 36,

Wiesbaden. „Qualitätszirkel: Der kinderorthopädische Fall.“ Dr. Karin Böhm. Auskunft: Dr. Brigitte Schuler. Tel. (06 11) 52 43 20.

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

15.9.2003, 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 Palliativmedizin.“ 2P

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

Verein zur Förderung der Neurologischen Wissenschaften Frankfurt e.V.

17.9.2003: Klinikum Weilmünster, Weilmünster. „Neurovaskuläres Kolloquium FrankfurtRheinMain.“ Auskunft: Margarete Strachon. Tel. (0 61 02) 32 81 24.

St. Josefs Hospital

17.9.2003, 17.00 Uhr s.t.: Vortragssaal 7. Stock, St. Josefs Hospital, Solmsstr. 15, Wiesbaden. „Kardiologie im JoHo: Update COPD/Asthma.“ PD Dr. J. Bargon, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Dr. Achim Viertel. Tel. (06 11) 1 77 21 30. AiP 2P

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

17.9.2003, 17.30 Uhr: DKD. Diese Veranstaltung findet im Wechsel in den Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken und in der Deutschen Klinik für Diagnostik statt. „Differenzialdiagnostik des Tremors – zwei Kasuistiken zur extrapyramidal-motorischen Störung.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (06 11) 43 23 76. AiP 2P

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

20.9.2003, 9.00 – 13.00 Uhr: Eingangshalle der DKD. „Update Neurologie.“ Prof. Dr. Rieß, Tübingen; Prof. Dr. Pohlmann-Eden, Bielefeld; Prof. Dr. Lachenmayer, Hamburg; Prof. Dr. Jost, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jost. Tel. (06 11) 57 70. AiP

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

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

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

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

Asklepios Paulinen Klinik

27.9.2003: Schloß Biebrich, Wiesbaden. „Ethik in der Geburtsmedizin – Grenzen der Geburtshilfe.“ Auskunft: Sekretariat Dr. Heyl. Tel. (06 11) 8 47 23 71.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden e.V.

7.10.2003, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „Antiaging, hormonelle Diagnostik und Therapie.“ Dr. Jaursch-Hancke, Wiesbaden. „Diagnostik und aktueller Stand medikamentöser Therapieformen der Erektile Dysfunktion.“ Dr. Klute, Wiesbaden. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. AiP 3P

Krankenhaus Sankt Josef, Rüdeshheim

8.10.2003, 15.00 Uhr: Konferenzzimmer Schwesternwohnheim, Eibinger Str. 9, Rüdeshheim. „Palliative Schmerztherapie.“ Frau Bertram. „Patientenverfügung.“ Pfarrerin B. Jung-Henkel. Auskunft: Sekretariat Dr. Rottmann. Tel. (0 67 22) 49 07 11.

St. Josefs-Hospital

8.10.2003, 18.00 – 19.45 Uhr: Salon Carl-Schuricht, Kurhaus Wiesbaden. „Orthopädenabend der Orthopädischen Klinik: Die Enge der Lumbalen Wirbelsäule.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Pfeil. Tel. (06 11) 88 32 02.

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.

Nach Redaktionsluß eingegangen

Frankfurt

Nephrologisches Mittwochsseminar

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

3.9.2003: „Kurzberichte über zwei nephrologische Fortbildungsveranstaltungen.“ Dr. B. Becker, Dr. S. Hoischen.

10.9.2003: „Ethische Aspekte bei der Forschung mit embryonalen Stammzellen.“ Dr. K. Schmidt.

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

Klinikum Offenbach

17.9.2003, 18.30 Uhr: Plaza Hotel, Ernst-Grieshammer-Platz 7, Offenbach. „Symposium: Diagnostik und Therapie der Dickdarmdivertikulitis.“ Auskunft: Dr. F. Schön, Chirurgische Klinik I. Tel. (0 69) 84 05 39 41. 2P

FAPA (Frankfurter Arbeitskreis für Pneumologie und Allergologie)

8.10.2003, 18.30 Uhr: Maingau Krankenhaus, Scheffelstraße 33, Frankfurt. „6. Deutscher Lungentag: Multidisziplinärer Workshop Bronchialkarzinom.“ Prof. Dr. H.-M. Altmannsberger, Dr. Hans-Peter Böck, Prof. Dr. Hans-Gert Fieguth, Prof. Dr. V. Jacobi, Prof. Dr. Tesch, Prof. Dr. T.O.F. Wagner. Leitung: Dr. P. Kardos. Auskunft: Sekretariat Dr. Kardos. Tel. (0 69) 4 03 30. AiP 3P

DRK Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen

25.9.2003, 9.00 - 18.00 Uhr: Johann Wolfgang-Goethe Universitätsklinikum Frankfurt/Main. „Von der Stammzelle zum Gewebe.“ International ausgewiesene Kliniker und Wissenschaftler referieren über moderne Gewebeersatztherapien mit „adulten“ Stammzellen. Auskunft: Prof. Dr. Erhard Seifried. Tel. (0 69) 6 78 22 01.

Berichtigung

Auf Seite 383, Hessisches Ärzteblatt 8/2003, in dem Beitrag „Psychotherapeutenkammer Hessen blickt auf erstes Arbeitsjahr zurück“ hat sich in der zweiten Überschrift ein Fehler eingeschlichen.

Richtig muß es heißen:

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

Neue Rahmenvereinbarung der Landesärztekammer Hessen zur Berufshaftpflicht

MedProtect - Risikovorsorge mit Sicherheitsgarantie

Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte

Mit **MedProtect**, einer von der Landesärztekammer Hessen ausgehandelten Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflicht, steht jetzt allen Kammerangehörigen ein attraktives Angebot mit zahlreichen Leistungsvorteilen zur Verfügung.

Garant für dieses Plus an Sicherheit und den Beitragsvorteil ist die **Deutsche Ärzte-Versicherung**. Für diesen Partner hat sich die Landesärztekammer vor allem wegen des erstmals entwickelten, überzeugenden Gesamtkonzeptes zur Berufshaftpflichtversicherung entschieden.

Besonderer Einsatz erfordert besondere Sicherheit

Wieviel Sicherheit eine Berufshaftpflichtversicherung wirklich bietet, erkennt man oft erst im Schadenfall. Auf den Arzt können - wird ihm z.B. ein Behandlungsfehler oder eine Aufklärungspflichtverletzung nachgewiesen - hohe finanzielle Forderungen zukommen. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um einen Privat- oder Kassenspatienten handelt. Hat der Arzt im Schadenfall keine Deckung im Rahmen ei-

ner Berufshaftpflichtversicherung, so muß er den Schaden selbst zahlen.

Und nach dem Gesetz haftet er nicht nur für eigenes, sondern kann sogar für fremdes Verschulden in Anspruch genommen werden. Also auch für Fehler seiner angestellten Assistenten und der nicht-ärztlichen Mitarbeiter. Das Risiko ist äußerst breit gefächert.

MedProtect – zusätzliche Sicherheit durch spezielle Leistungsvorteile

Versichern können sich alle Kammerangehörigen - vom AiP über den angestellten und niedergelassenen Arzt bis hin zum „Ruheständler“. Mit MedProtect ist neben dem Arzt auch das angestellte Praxispersonal mit einer Deckungssumme von mindestens 1,5 Millionen Euro gegen berufliche Haftpflichtschäden versichert. Ebenfalls eingeschlossen ist die Privathaftpflicht für den Arzt und seine Familie.

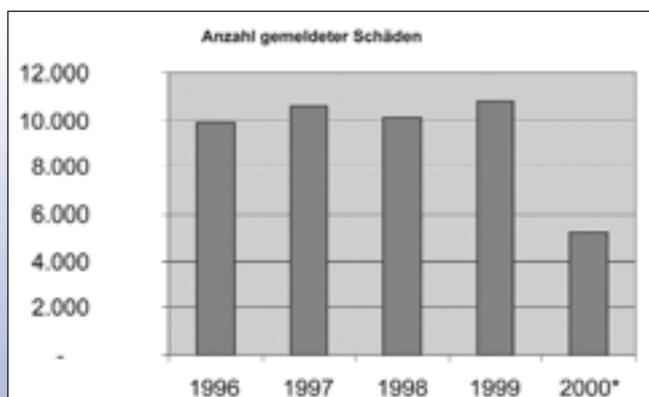
Für die besonderen Risiken des ärztlichen Alltags sieht die Rahmenvereinbarung zahlreiche spezielle Regelungen vor. So hat sich die Deutsche Ärzte-Versicherung gegenüber der Landesärztekammer verpflichtet, alle Kammerangehörigen gegen berufliche Haftpflichtrisiken zu versichern. Hier spricht man vom

sogenannten „Kontrahierungszwang“, der allen Kammerangehörigen einen ausreichenden Berufshaftpflichtschutz garantiert. Außerdem bietet MedProtect dem Arzt im Schadenfall die Möglichkeit, bei einem Verfahren vor der Schlichtungsstelle der Landesärztekammer seine Fehler anzuerkennen, ohne daß er dadurch - wie sonst üblich - den Berufshaftpflichtversicherungsschutz verliert. Dies fördert eine gütliche, außergerichtliche Schadenregulierung zum Wohle aller Beteiligten. Und auf das besondere Kündigungsrecht des Versicherers im Schadensfall verzichtet die Deutsche Ärzte-Versicherung bei MedProtect auch. All das bringt zusätzliche Sicherheit.

Mit MedProtect Beitragsersparnisse realisieren

Neben den zahlreichen Leistungsvorteilen garantiert die Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflicht außerdem eine Beitragsersparnis von 7,5 % gegenüber einem Einzelvertrag bei der Deutschen Ärzte-Versicherung. Dieser Preisvorteil steht allen Ärzten zu.

Im ersten Jahr der Niederlassung gewährt die Deutsche Ärzte-Versicherung außerdem einen zusätzlichen Niederlas-



* (ab 2000 geänderte Zählweise)



Quelle (nach: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., Allgemeine Haftpflichtversicherung, AH Gesamtstatistik 2000)

sungsrabatt in Höhe von 20 %. Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften können unter bestimmten Voraussetzungen dauerhaft von weiteren 15 % Beitragsnachlaß profitieren.

Das besondere Highlight: Zusätzlicher Beitragsvorteil für Ärztinnen und Ärzte mit Fortbildungszertifikat. Alle

Kammerangehörigen, die über ein gültiges Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer verfügen, erhalten bei MedProtect einen zusätzlichen „Zertifizierungsrabatt“ in Höhe von nochmals 7,5 %. Damit honoriert die Deutsche Ärzte-Versicherung die strukturierte und nachgewiesene Fort-

Von MedProtect kann jeder profitieren

Die Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflicht zwischen der Landesärztekammer Hessen und der Deutschen Ärzte-Versicherung steht allen Kammerangehörigen offen.

Nähere Informationen zu MedProtect erhalten Interessierte direkt bei der Deutschen Ärzte-Versicherung unter der Service-Rufnummer 02 21/1 48-2 27 00, per eMail an service@aerzteversicherung.de, im Internet unter www.aerzteversicherung.de oder per Fax unter 02 21/1 48-2 14 42.

Peter Dahlhausen
Deutsche Ärzteversicherung, Köln

Anzeige



Exklusivangebot für Angehörige der Landesärztekammer

MedProtect:

Die neue Risikovorsorge zur Berufshaftpflicht.

MedProtect berücksichtigt die besonderen Risiken des ärztlichen Alltags, denn diese neue Berufshaftpflichtversicherung wurde zusammen mit Ihrer Landesärztekammer entwickelt.

- zusätzlich: Rabatt bei zertifizierter Fortbildung

Profitieren Sie von dem umfassenden Schutz und besten Konditionen wie z. B.

- Kontrahierungszwang
- generelle Beitragsersparnis von 7,5 %

www.aerzteversicherung.de
service@aerzteversicherung.de
 Telefon: 02 21/1 48-2 27 00
 Telefax: 02 21/1 48-2 14 42



bildung des Kammerangehörigen. Gleichzeitig wird das Bestreben der verfaßten Ärzteschaft unterstützt, dem von Seiten der Politik geforderten „Ärzte-TÜV“ durch „Rezertifizierung“ mit der regelmäßigen freiwilligen „Zertifizierten Fortbildung“ entgegenzuwirken.

Schlüsselwörter
 Haftpflicht – Fortbildung – Behandlungsfehler – Gruppenvertrag

Keine Einigung über neuen Gehaltstarifvertrag

Da die bisher erschienenen Presseberichte zu den Verhandlungen über den neuen Gehaltstarifvertrag mehrfach mißverstanden wurden, möchten wir hiermit klarstellen, daß es zur Zeit noch keine wirksame Einigung über eine Anhebung der Ausbildungsvergütung um 20 EURO gibt.

Obwohl diesbezüglich bereits Konsens bestehen soll, kann eine Verpflichtung zur Zahlung einer höheren Vergütung erst mit Inkrafttreten eines neuen Gehaltstarifvertrages entstehen. Da die Verhandlungen zwischen den Sozialpartnern bis jetzt erfolglos waren, gibt es noch keinen neuen Gehaltstarifvertrag.

(Pressemitteilung im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe 28/29 vom 14. Juli 2003, Seite A 1902; Pressemeldung der AAA vom 16. Mai 2003 „Gespräch zum Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen ohne Ergebnis“, veröffentlicht unter www.laekh.de unter Arzthelfer/innen, Aktuelles/Termine).



Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.
Gesellschaftspolitisches Forum der Landesärztekammer Hessen
lädt ein zu dem

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

**DRG's – Diagnosis Related Groups –
Folgen für die Patienten in Klinik und Praxis**

am Mittwoch, dem 24. September 2003, 18.00 Uhr,
im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen,
Dr. O. P. Schaefer-Saal
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt a.M.

BEGRÜSSUNG

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich
Frankfurt a.M.

REFERATE

Dr. med. Bernhard Rochell
Bundesärztekammer Köln

Dr. med. Sönke Jessen
Funktionsoberarzt und Medizin-Controller
Zentrum Innere Medizin der JLU Gießen

Dr. med. Harald Herholz MPH
Leiter der Abteilung Qualitätssicherung
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

PODIUMSDISKUSSION

Moderation
Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Sicherheitshinweis für Träger implantierter Neurostimulatoren

Nach Erkenntnissen des BfArM wurde zumindest in einem Fall einem Patienten, der in Deutschland mit einem Neurostimulatorsystem der Firma Medtronic versorgt wurde, die notwendige Patienteninformation zu diesem Medizinprodukt von der implantierenden Klinik nicht ausgehändigt. Auf Empfehlung des Hessischen Sozialministeriums veröffentlichen wir deshalb den nachfolgenden Text:

Im Jahr 2001 kam es bei der Anwendung von implantierbaren Neurostimulatoren der Fa. Medtronic zu Zwischenfällen im Ausland. Daraufhin hat Medtronic einen Sicherheitshinweis an alle Ärzte und Kliniken herausgegeben, in dem vor der Wechselwirkung zwischen Diathermie und Neurostimulator gewarnt wird. Diese tritt auch auf, wenn der Neurostimulator ausgeschaltet ist. Des Weiteren wurden eine neue Gebrauchsanweisung und Broschüren für Ärzte und Patienten erstellt, die eine Diathermiebehandlung als kontraindiziert kennzeichnen. Um die Risiken so gering wie möglich zu halten, ist es unbedingt erforderlich, daß der Patient die in § 10 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) vorgeschriebenen Informationen erhält, einschließlich der aktuellen Gebrauchsanweisung für das Neurostimulatorsystem. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfiehlt, den Patienten einen Kontrollmagneten (zum Ein- und Ausschalten des Implantates) bzw. ggf. ein Patientenprogrammiergerät (zum Ein- und Ausschalten und zur Veränderung der Parameter) auszuhändigen und die Patienten in die ordnungsgemäße Handhabung der Geräte einzuweisen.

Weitere Informationen (Für Patienten und Ärzte!) können bei der Firma Medtronic abgerufen werden unter:

http://www.medtronic.com/neuro/paintherapies/pain_treatment_ladder/neurostimulation/risks/neuro_risk.html

R. Kaiser, LÄKH

Anzeige

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

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

Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen
aller Fachrichtungen

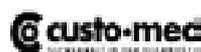
W.F. GÖRG. -Einrichtungsberater

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

Das am 15. Juli in Kraft getretenen hessische Konzept Medizinischer Katastrophenschutz besitzt bundesweit Modellcharakter. Als bisher einziges Bundesland hat Hessen darin die notwendigen medizinischen Vorsorgemaßnahmen für den gesundheitlichen Schutz der Bevölkerung im Katastrophenfall geregelt.

Erstmals stellten das Hessische Ministeriums des Innern und für Sport, das Hessische Sozialministerium und die Landesärztekammer Hessen das Konzept am 15. Juli 2003 auf einer gemeinsamen Pressekonferenz und mit einer gemeinsamen Pressemitteilung der Öffentlichkeit vor.



Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport



Hessisches Sozialministerium



Landesärztekammer Hessen

Sozialministerin Silke Lautenschläger und Innenminister Volker Bouffier:

Konzept zum „Medizinischen Katastrophenschutz“ sorgt für bestmögliche medizinische Versorgung im Schadensfall

Hessen nimmt Vorreiterrolle im Katastrophenschutz ein / Rettungskette vom Laien vor Ort bis zur Spezialbehandlung in Klinik geregelt

Ein Konzept zum Medizinischen Katastrophenschutz stellten am 15. Juli 2003 Sozialministerin Silke Lautenschläger und Innenminister Volker Bouffier in Wiesbaden vor. „Ein solches Konzept ist einzigartig in Deutschland; Hessen baut damit seine Vorreiterstellung beim Katastrophenschutz weiter aus“, sagten die beiden Minister und setzten das Konzept per Erlaß gleichzeitig in Kraft. Der Landesbeirat für Brandschutz, Allgemeine Hilfe und Katastrophenschutz hat diesem Konzept ebenso zugestimmt wie die kommunalen Spitzenverbände.

Innenminister Volker Bouffier erklärte, Hessen verfüge jetzt über eine aktuelle und umfassende Konzeption im Bereich des Katastrophenschutzes, die Vorbildcharakter für andere Länder habe. Im Jahr 2000 wurde bereits eine Gefährdungsanalyse für das Land Hessen erstellt. Darauf aufbauend folgte im August 2002 die Herausgabe des Konzeptes Katastrophenschutz in Hes-

sen. „Mit dem heute in Kraft gesetzten Konzept für den medizinischen Katastrophenschutz hat Hessen derzeit als einziges Bundesland alle notwendigen Vorsorgemaßnahmen für den Schutz der Bevölkerung im Katastrophenfall umfassend und in optimaler Abstimmung mit allen Beteiligten geregelt“, hob Innenminister Bouffier hervor.

Das jetzt vorliegende Konzept zum „Medizinischen Katastrophenschutz“ regelt und beschreibt nicht nur sämtliche Bereiche der Rettungskette bei einem Großschadensfall, sondern auch der medizinischen Versorgungskette im Katastrophenfall. „Es beginnt beim Laien vor Ort und endet bei der Behandlung in einer Spezialklinik“, erläuterte Sozialministerin Silke Lautenschläger. Grundsätzlich verfolge das Konzept zwei Ziele: Zum einen will es dafür sorgen, daß im Fall einer Katastrophe alle Bereiche optimal vorbereitet sind, um eine möglichst schnelle medizinische Versorgung einer

großen Anzahl Kranker oder Verletzter zu gewährleisten. Zum zweiten regelt es eindeutig die Formen der Zusammenarbeit, damit im Schadensfall jedes Glied ineinander greift. „Wir wollen das Prinzip Zufall weitgehend ausschließen“, so beide Minister.

Schwerpunkt des Konzeptes, so Lautenschläger und Bouffier, sei daher eine ausführliche Zusammenstellung aller organisatorischen und fachlichen Vorbereitungen für die medizinische Versorgung sowie der notwendigen Rechtsgrundlagen. Zugleich werde die Aufgabe und die Verteilung der verschiedenen Funktionsträger im Katastrophenfall beschrieben. „Zum ersten Mal haben wir hier geregelt, daß so genannte sanitätstaktische und medizinische Fachberater die Katastrophenstäbe vor Ort beraten sollen“, sagte Innenminister Volker Bouffier. Auch seien klare Richtlinien zu Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln aufgenommen, so der Minister weiter.



„Für die Versorgung der vielen täglichen Verkehrs- und Arbeitsunfallopfer oder sonstiger Erkrankten besteht in Hessen ein bundesweit anerkannter guter Rettungsdienst und eine qualifizierte medizinische Versorgung in Krankenhäusern“, betonte Silke Lautenschläger und weiter: „Für den so genannten Massenanfall Verletzter oder Kranker werden jedoch viele zusätzliche Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes sowie größere Mengen an Sanitätsmaterial benötigt. Auch die Vorbereitungen in Krankenhäusern und die Einbeziehung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sind bei den Katastrophenschutzmaßnahmen von maßgeblicher Bedeutung.“

Zugleich betonten die Sozialministerin und der Innenminister, daß die Versorgung Verletzter mit der Ersten Hilfe an der Unfallstelle beginne. Deshalb enthalte dieses Konzept ganz bewußt auch Vorschläge zur Verbesserung der Breitenausbildung im Bereich in Erster Hilfe und Herz-Lungen-Wiederbelebung. „Gerade im Katastrophenfall ist die Mithilfe vieler Bürgerinnen und Bürger notwendig. Diese Ausbildung muß künftig bereits in der Schule systematisch verbessert werden“, so Bouffier und Lautenschläger. Gleichrangig müsse auch die

Aus-, Weiter- und Fortbildung des medizinischen Personals in der „Katastrophenmedizin“ gefördert werden.

Der Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, Dr. Michael Popović, äußerte sich sehr positiv zu diesem Konzept und lobte „die motivierte, sachkundige und harmonische Zusammenarbeit“. Dabei stellte er das bundesweit beispielhafte Zusammenwirken aller im Bereich Katastrophenschutz Tätigen

Unter Federführung des Hessischen Ministeriums des Innern und für Sport waren an dem Konzept beteiligt:

Hessisches Sozialministerium, Landesärztekammer Hessen, Landesapothekerkammer Hessen, Hessische Krankenhausgesellschaft, Landesverbände der vier Hilfsorganisationen, die den Sanitätsdienst und Betreuungsdienst im Katastrophenschutz übernehmen (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser-Hilfsdienst), Landesfeuerwehrverband Hessen, Sanitätskommando II der Bundeswehr sowie zahlreiche medizinische Fachkräfte aus dem Rettungsdienst und Krankenhausbereich.

und ihre zielorientierte Arbeit zur Verbesserung der katastrophenmedizinischen Vorsorgeplanung besonders heraus. Mit der Verabschiedung des Konzepts zum Medizinischen Katastrophenschutz trage nunmehr in dieser Form Hessen als erstes Bundesland langjährigen Vorschlägen der Ärzteschaft Rechnung, wonach der gesundheitliche Schutz der Bevölkerung bei Großschadenslagen und Katastrophen medizinischen Notwendigkeiten zu folgen habe.

Innenminister Volker Bouffier und Sozialministerin Silke Lautenschläger bewerteten das Konzept als „einzigartige Zusammenstellung, die die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auch in Katastrophenfällen deutlich stärken wird“. Beide Minister seien sich sicher, daß die Regelungen dieses Konzeptes schnell umgesetzt würden, zumal sie auf Bewährtem aufbauen und alle Verbesserungen von Praktikern realitätsbezogen bearbeitet wurden, so Bouffier und Lautenschläger abschließend.

Schlüsselwörter

Katastrophenfall – Katastrophenmedizin – Konzept Medizinischer Katastrophenschutz – Medizinische Versorgung – Rettungskette – Schadensfall – Versorgungskette

Arbeitskreis „Netzwerk gegen Mobbing“

in Trägerschaft des Diakonischen Werkes Darmstadt-Dieburg

Arbeitsamt Darmstadt, Evangel. Dekanat Darmstadt-Stadt, Sefofemkom Frauenkompetenzzentrum, PSAG Darmstadt, DGB Starkenburg, Dr. Wolfgang Trieb RA, Cornelia Hinrichsen Ärztin

Mobbing im Arbeitsalltag bedeutet das systematische Schikanieren von Mitarbeiter/innen und Kolleg/innen und führt bei den Betroffenen zu Krankheit und Depression bis hin zum Suizid. Damit einher geht, daß der Krankenstand in den Betrieben höher ist, wenn das Betriebsklima als weniger positiv bewertet und dadurch die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens negativ beeinflusst wird.

Mittlerweile sind 1,5 Mio. Bundesbürger von Mobbing betroffen. Die Dunkelziffer dürfte jedoch weitaus höher liegen. Tendenz steigend. Kostendruck, knapper werdende Mittel und die nachlassende Bereitschaft zum Dialog verursachen Stresß, Mißgunst und Verunsicherung – ein idealer Nährboden für Mobbinghandlungen.

Aus diesem Grund haben vor ca. einem Jahr Vertreter/innen von Kirche, Arbeitsamt, Gewerkschaft, Beratungsstellen und niedergelassenen Therapeuten und Rechtsanwälten den Arbeitskreis „Netzwerk gegen Mobbing“ gegründet. Ziel ist es, ein adäquates niederschwelliges Beratungsangebot für Betroffene anzubieten, damit schon in einem frühen Stadium die Problematik der Mobbing Situation erkannt und bearbeitet werden kann.

In der Beratungsarbeit der Initiatoren konnte immer wieder festgestellt werden, daß die von Mobbing Betroffenen viel zu lange in der Konfliktsituation ausharren, da sie nicht wissen, an wen sie sich mit ihrem Anliegen wenden können. Erst wenn gesundheitliche Probleme auftreten gehen sie zum Arzt, der oft mit der Problematik nicht vertraut ist.

Dem wollen die Initiatoren des Netzwerkes entgegen treten, in dem sie sich zum Ziel gesetzt haben, eine Beratungsstelle für Mobbing-Betroffene einzurichten. Im Vorfeld dessen stellen sich die Initiatoren des Netzwerkes ab dem 29. September 2003 vorerst einmal pro Woche für zwei Stunden für eine telefonische, kostenfreie Beratung zur Verfügung, um Mobbing Betroffenen eine adäquate Unterstützung und Hilfe anzubieten.

Wir bitten interessierte Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg, die an einer Zusammenarbeit interessiert sind bzw. Erfahrung mit durch Mobbing erkrankten Patienten haben, Kontakt mit dem Arbeitskreis aufzunehmen.

Für den Arbeitskreis: Cornelia Hinrichsen, Ärztin, 06151/9512708

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung der HAGE. Für den aus dienstlichen Gründen zurückgetretenen ehemaligen Vorsitzenden, Karl-Winfried Seif, er wechselte als Staatssekretär in das Hessische Umwelt- und Landwirtschaftsministerium, wurde in der Mitgliederversammlung der HAGE am 16. Juli 2003 sein Nachfolger im Amt, Gerd Krämer, Staatssekretär im Hessischen Sozialministerium, einstimmig zum neuen Vorsitzenden gewählt.



(Foto: Hessisches Sozialministerium)

Professor Dr. med. Horst Naujoks, Frankfurt, wurde für sein außerordentliches ehrenamtliches Engagement der Hessische Verdienstorden verliehen. Die Auszeichnung nahm der Hessische Ministerpräsident Roland Koch in sei-



ner Dienstvilla vor, es soll vor allem sein herausragendes Engagement im Bereich des Stiftungswesens in Frankfurt am Main gewürdigt werden. Prof. Naujoks verschaffte der Stiftungsarbeit insgesamt einen bedeutenden Stellenwert und brachte unter anderem die gemeinnützigen Stiftungen Frankfurts zusammen. (Foto: Hessische Staatskanzlei)

Anfang Juli übernahm **Priv.-Doz. Dr. med. Kay Latta,** bisher OA der Abteilung Nephrologie und Metabolische Störungen im Kindesalter der Medizinischen Hochschule Hannover, die Ärztliche Leitung des Clementine Kinder-Hospitals in Frankfurt am Main. Er tritt die Nachfolge von Professor



Dr. med. Jürgen Dippell an, der die traditionsreiche Stiftung als Ärztlicher Direktor 1982 übernahm.

Professor Dr. med. Klaus Jork, Langen, wurde anlässlich einer Präsidiumssitzung die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen verliehen. Die Auszeichnung überreichte Dr. med. A. Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft.



(Bild pop)

Professor Dr. med. Dr. phil. Helmut Renschmidt, Marburg, wurde anlässlich eines forensischen Seminars in Marburg die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen verliehen. Die Auszeichnung nahm PD Dr. med. Roland Wönne, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft vor.



Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, Frankfurt, langjähriger Chefarzt des Bürgerhospitals wurde mit der Plakette des Fachbereichs Medizin der J. W. Goethe-Universität ausgezeichnet. Mit der Verleihung ehrt der Fachbereich einen Arzt und Wissenschaftler, der durch sein Engagement in der Hospizbewegung am Aufbau der palliativen Medizin in Frankfurt entschieden mitgewirkt hat.



Professor Dr. med. Gustav Hör, emeritierter Direktor der Klinik für Nuklearmedizin der J. W. Goethe-Universität, erhielt in Würdigung seines Lebenswerkes als Kliniker und Wissenschaftler und

seiner Verdienste um die Stellung der klinischen Nuklearmedizin in Deutschland die Georg-von-Hevesy-Medaille anlässlich der 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin in Essen.



Gustav Luyken, ehemals Vorsitzender eines Senats am Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel und seit seiner Pensionierung freier Mitarbeiter in der Berufsgerichtsabteilung der LÄK Hessen wurde die Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen verliehen. Die Auszeichnung anlässlich einer Präsidiumssitzung nahm Dr. med. A. Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen für sein außerordentliches Engagement vor.



(Bild pop)

Professor Dr. med. Wolfram Schüffel, Marburg, wurde anlässlich seines Abschiedssymposiums die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer verliehen. Die Auszeichnung überreichte Dr. med. Klaus Uffelmann, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg für seine herausragenden Leistungen in der ärztlichen Fortbildung.



Professor Dr. med. Heinrich Jungbluth, Gießen, wurde anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung in Bad Nauheim die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen verliehen. Die Auszeichnung übernahm Dr. med. Andreas Scholz, Mitglied des Vorstandes der Bezirksärztekammer Gießen für sein überdurchschnittliches Engagement.



Ein entscheidungsträchtiger Monat: Der September

Siegfried Kalinski

Wenn etwas in Deutschland sicher ist, dann ist es die Unsicherheit. Die Eckpunkte der Gesundheitsreform sind bekannt, aber wie die Reform endgültig aussehen wird, das weiß nicht einmal ihr Zeugungsduo Ulla Schmidt und Horst Seehofer. Erst müssen die 19 Seiten der Eckpunkte in einen circa 240 Seiten schweren Gesetzesentwurf gegossen, dann im Bundestag sowohl in den Ausschüssen als auch im Plenum beraten, und erst wenn die Bundesratshürde überwunden ist, kann das Werk endgültig im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Dann wird das Gesetz endlich in Kraft treten. Bis dahin leben wir alle, die Versicherten und die Krankenkassen, und selbstverständlich auch wir Ärzte, leben alle Bürger in Ungewißheit. Von einer Zukunftsplanung kann keine Rede sein.

Wir warten auf die zugesagten weiteren Reformen, vor allem auf die zugesagte Rentenreform. Was geschieht mit unserer Rente? Soll die Reform nur die bestehende ändern, bzw. ersetzen, oder soll eine allgemeine Bürgerversicherung entstehen? Die Meinungen sind geteilt, aber vor dem 21. September wird nichts entschieden. Und so wissen wir, wie der alte Sokrates, daß wir nichts wissen.

Ach wie sehne ich mich nach dem Ende des Monats!

Bei soviel Ungewißheit und Unsicherheit ist es kein Wunder, daß man sich nach dem Ende des Monats sehnt. Nach dem Ende eines Monats, der viele Entscheidungen bringen soll. Und alles hängt, wie könnte es anders sein, mit Wahlen zusammen. Die wichtigsten sind die am 21. September in Bayern. Am Sieg des Ministerpräsidenten Edmund Stoiber dürften keinerlei Zweifel bestehen, doch der Ehrgeiz des ehemaligen Kanzlerkandidaten ist groß. Ihm reicht die bisherige Formel „50 Prozent plus X“ nicht mehr, er will sich mit dem sensationellen 62-Prozent-Ergebnis von Franz Josef Strauß messen. Daher wird auf bundespoliti-

scher Bühne alles blockiert, was dem bayerischen Wähler mißfallen könnte, ergo wird auch nichts entschieden.

Der Oberlotse geht von Bord

Am 18. September 2003, noch vor den Wahlen in Bayern, werden in Travemünde bei Lübeck andere Wahlen stattfinden. Die im Prinzip (Radio Eriwan läßt grüßen) zwar nur einen einzelnen Berufsverband betreffen, letztendlich aber größere Auswirkungen auf die berufspolitische Landschaft haben könnten. Nach zehnjähriger Verbandsführung – so lange wie keiner vor ihm – tritt Professor Dr. med. Klaus-Dieter Kossow zurück, um seinen Marschallstab in jüngere Hände zu legen. Kein Berufspolitiker der letzten zehn Jahre war so umstritten wie Kossow. Einerseits unangefochtener Führer der Hausärzte, der die Zügel des Verbandes fest in der Hand hatte, der aber andererseits auch von vielen Gegnern angefeindet und bekämpft wurde. Kossow hat die berufspolitische Bühne der Ärzteschaft polarisiert und gewissermaßen gespalten. Einerseits verschaffte er den Hausärzten, die oft als Paria der Mediziner betrachtet wurden, eine sehr wichtige Position unter anderem auch als Lotsen im Gesundheitswesen, eine Stellung, wie sie sie bisher noch niemals hatten, andererseits schwächte er durch die Polarisierung aber auch die Einigkeit der Äskulapjünger.

Sein designierter Nachfolger ist Dr. Ulrich Weigelt, bisheriger dritter stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes und zugleich Vorsitzender des Fachbereichs. Weigelt stammt aus Bremen, wo er auch den Vorsitz der Hausärzte innehat, und die Hansestadt ist gerade mal 10 Kilometer von Achim entfernt, wo Kossow wohnt. Das erleichtert die Konsultationen; ob es auch vor eventuellen Diadochenkämpfen feht, wird die Zukunft erweisen. Jedenfalls wird ihm der Hauptgeschäftsführer des Hausärzterverbandes, Eberhard Mehl, als „Fels in der Brandung“ zur Seite stehen. Was ein dicker Pluspunkt ist.

Auch in Hessen wird gewählt

Die Septemberwahlen werden mit der Wahl der neuen ersten Vorsitzenden der KV Hessen am 27. September 2003 abgerundet. Der spektakuläre Rücktritt des vorherigen Vorsitzenden, Dr. Hans-Friedrich Spies, hatte einigen Wirbel verursacht. Jetzt ist es Zeit, zur Ruhe und zu sachlicher Arbeit zurückzukehren.

Der oder die Gewählte haben wenig Zeit, sich voll und ganz zu profilieren. Nur 15 Monate, mehr Zeit steht nicht zur Verfügung. Dann wird sich die KV Hessen sowieso gemäß der zukünftigen Gesundheitsreform und der voreiligen Anpassung der KBV völlig anders strukturiert sehen. Man wird keine Geschäftsausschüsse wie bisher mehr haben, auch die Zahl der Bezirke wird sich wahrscheinlich ändern, die Zahl der Abgeordneten sich halbieren, gewählt wird nach dem Verhältniswahlrecht, und der Vorstand, ähnlich dem Vorstand der KBV, sich völlig neu konfigurieren. Er wird nur aus fünf Personen bestehen, einem Fach- und einem Hausarzt, je einem Vertreter der zwei Fachbereiche sowie einem Repräsentanten der ärztlichen und psychologischen Therapeuten.

Der Ausgang der Wahl am 27. September wird zweifellos seine Auswirkungen auf die zukünftige Gestaltung der KVH-Führung haben. Da soll der oder die Beste gewählt werden! Die Verantwortung ist groß und vor allem die Zeit, wie gesagt, knapp. Nicht viel mehr als ein Jahr stehen dann nur noch zur Verfügung. Dessen sollten sich alle KVH-Abgeordneten, wenn sie zur Wahlurne gehen, bewußt sein. Spätere Reklamationen können sowieso nicht berücksichtigt werden...

Nun warten wir gespannt auf das Ergebnis der Wahl, und wir wünschen dem oder der Gewählten vor allem eines: Eine gute, ruhige und glückliche Hand im Amt.

Schlüsselwörter

Wahlen in Bayern – Gesundheitspolitik – Berufspolitik – Hausärzterverband – Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow – KV Hessen – Neustrukturierung der KVEn.



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Meinolf Bartscher, Schwalbach, am 20. Oktober.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Horst Müller, Wettenberg, am 9. Oktober,
Dr. med. Herbert Seidel, Dietzhölztal, am 13. Oktober,
Dr. med. Rudolf Metzger, Bad Nauheim, am 16. Oktober.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Heimo Pinder, Künzell, am 3. Oktober.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Gerhard Frenzel, Marburg,
am 1. Oktober,
Professor Dr. med. Albrecht Lütcke, Marburg, am 30. Oktober.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Anzeige

Michael Oelmüller

Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte

Arztrechte
Vertragsarztrecht
Krankenhausrecht

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

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

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

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

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „Gen-Polymorphismen in der Rheumatologie am Beispiel der Spondylarthropathien“ in der Juli-Ausgabe, Seite 337

- | | |
|------------|-------------|
| Frage 1: c | Frage 6: a |
| Frage 2: c | Frage 7: e |
| Frage 3: d | Frage 8: d |
| Frage 4: b | Frage 9: c |
| Frage 5: c | Frage 10: e |



Wir gedenken der Verstorbenen

- Dr. med. Eva Becker, Kassel
* 3.6.1909 † 28.3.2003
- Dr. med. Hildegard Giese, Kassel
* 20.7.1926 † 28.3.2003
- Dr. med. Heinz Göbel, Frankfurt
* 7.6.1918 † 24.6.2003
- Dr. med. Johanna Gohlke, Bad Homburg
* 12.9.1916 † 15.6.2003
- Dr. med. Hans Kropf, Langen
* 13.11.1909 † 18.4.2003
- Hildegard Kühn, Schwalbach
* 17.11.1922 † 14.6.2003
- Dr. med. Anton Maier, Wiesbaden
* 11.8.1929 † 14.7.2003
- Dr. med. Kaethe Meusert-Bähr, Hanau
* 9.1.1919 † 14.6.2003
- Oberreg. Medizinalrat Dr. med. Kurt Meyer, Wiesbaden
* 24.2.1919 † 13.7.2003
- Wilhelm Müller, Oberursel
* 28.6.1919 † 27.8.2002
- Dr. med. Slava Ocko-Forcan, Oberursel
* 20.12.1914 † 19.6.2003
- Dr. med. Elke Pfirrmann-Reckelkamm, Rotenburg
* 5.4.1939 † 27.6.2003
- Dr. med. Iqbal Sattar, Korbach
* 23.2.1934 † 1.7.2003

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiernit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/K 2986, ausgestellt am 7.10.1994, für Volker Bornmann, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K 5485, ausgestellt am 8.5.1991, für Gabriel von Eiff, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K 3992, ausgestellt am 9.10.1998, für Dr. med. Albrecht Graefe, Rotenburg,

Arztausweis Nr. HS/K 3565, ausgestellt am 9.1.1997, für Petra Loer, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/M 134/2002, ausgestellt am 18.11.2002, für Professor Dr. med. Andreas Neubauer, Marburg,

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

Stempel Nummer 40 76 724, Ärztlicher Notdienst Main-Taunus-Ost (Dr. med. Ludmilla Gutfucht, Frankfurt),

Stempel Nummer 40 76 866, Ärztlicher Notdienst Frankfurt, Notfalldienstzentrale Ärztehaus Gallus.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Gabriele Esaias, tätig bei Dr. med. G. Schwieger, Wiesbaden
Gisela Henschke, tätig bei Dr. med. G. Schwieger, Wiesbaden
Katja Niedenthal, tätig bei Dr. med. I. Erkart, Dietzenbach
Astrid Wiesenborn, tätig bei Dres. med. H. Cahill u. G. Wersche, Friedrichsdorf

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

Sabine Fresin-Horch, seit 20 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. U. Korff-Fox, B. Schmidt u. U. Oppermann, Hanau

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

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

Bettina Bommersheim, tätig bei Dr. med. D. von dem Borne, Ulrichstein

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

Informationsveranstaltung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Kollegen,

die Bezirksärztekammer Frankfurt bietet am 17. September 2003 eine Informationsveranstaltung für alle an der Ausbildung beteiligten und interessierten Kolleginnen und Kollegen und/oder Arzthelfer/innen an.

Teilnehmen werden Vertreter der zuständigen Berufsschulen, Assessorin Roswitha Hoerschmann von der Landesärztekammer Hessen und der stell. Vorsitzende der Bezirksärztekammer Frankfurt, Dr. med. Lothar Born.

An diesem Tag stehen wir Ihnen für Fragen und Informationen rund um das Thema „Ausbildung zum/zur Arzthelfer/in“ gerne zur Verfügung.

Die Veranstaltung findet statt am

Mittwoch, dem 17. September 2003

- 15:00 Uhr -

**im großen Saal des Dr. Gerhard Löwenstein-Haus (Ärztehaus),
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt, 1. Stock.**

Für Rückfragen bitten wir Sie, sich mit Frau Scherf oder Frau Krieger unter der Nummer 069/97 09 08-21 oder -22 in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. W. A. Fach
Vorsitzender der
Bezirksärztekammer Frankfurt

Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Sommer 2003

Hiermit geben wir die Ergebnisse der Abschlußprüfung im Sommer 2003 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt	846
von denen	778

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Note sehr gut	3
Note gut	55
Note befriedigend	316
Note ausreichend	404

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Winter 2004 vom 14. Januar bis 2. März 2004

Auszubildende, die an der Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Winter 2004 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

1. Oktober 2003 bis zum 8. Oktober 2003

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. das Berichtsheft (mit Beurteilungsprotokoll)
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlußprüfung **zusätzlich:**
die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Winterprüfung 2004 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlußprüfung im Winter 2004 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. Mai 2004 endet**,
2. Auszubildende, die die **Abschlußprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen und deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. September 2004 endet**,
3. **Wiederholer/innen**, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlußprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. **Externe**, die gemäß § 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. sechs Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlußprüfung abzulegen.

Die **vorzeitige Zulassung** setzt voraus, daß die Leistungen der Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **besser als 2,5** und
- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens „**gut**“ beurteilt werden.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

An die Autoren

Bitte geben Sie für jeden redaktionellen Beitrag bis zu 10 Stichworte an, die sich auf die wesentlichen Aussagen Ihrer Veröffentlichung beziehen.

Die Redaktion

EIGNUNGSTEST

für die Auswahl geeigneter Bewerber/innen für den staatlich anerkannten Ausbildungsberuf Arzthelfer/in für die ärztliche Praxis

Die relativ hohe Anzahl von vorzeitigen Vertragsabbrüchen, die zunehmend in arbeitsgerichtliche Streitigkeiten münden, wird erfahrungsgemäß durch mangelhafte Auswahl verursacht! Die Landesärztekammer Hessen stellt deshalb jeder/jedem interessierten Ärztin/Arzt einen Eignungstest zur Verfügung, der sie/ihn bei der Bewerberauswahl unterstützen soll. Der Eignungstest soll dazu anregen, sich intensiv mit der Person der/des Bewerberin/Bewerbers und ihren/seinen Fähigkeiten zu beschäftigen.

Der Eignungstest gliedert sich in folgende Teile:

1. Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
2. Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
3. Testaufgaben
4. Lösungen

Der Eignungstest ist über die Landesärztekammer Hessen **kostenfrei** erhältlich. Er kann telefonisch unter der Nummer 069/97672-154/155 oder per email: arzthelferinnenabteilung@laekh.de angefordert werden.

Wir würden uns freuen, wenn unser Angebot von einer großen Anzahl Ärztinnen und Ärzte angenommen würde.

Beachten Sie bitte auch, daß sich die Auswahlmöglichkeiten verschlechtern wenn die Auswahl zu spät erfolgt. **Wählen Sie deshalb Ihre/n Auszubildende/n - wie andere Betriebe auch - frühzeitig aus, spätestens im Herbst des Vorjahres!**

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Abschlußfeier für die erfolgreichsten Absolventen der Arzthelfer/in-Abschlußprüfung im Sommer 2003

Arzthelfer/innen, die ihre Abschlußprüfung im Sommer 2003 mit der Note „sehr gut“ bestanden haben, wurden wieder für ihre hervorragenden Ausbildungs- und Prüfungsleistungen besonders geehrt. Im Rahmen einer Abschlußfeier für alle Absolventen bei der jeweiligen Bezirksärztekammer überreichte ihnen der Vorsitzende persönlich das Prüfungszeugnis. Außerdem erhielten sie zusammen mit einem wertvollen Buchgeschenk ein persönliches Schreiben des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen.

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

Bei der Abschlußprüfung im Sommer 2003 haben drei Arzthelferinnen ihre Prüfung mit „sehr gut“ bestanden:

Daniela Royer-Moebus, Bad Vilbel	96 Punkte	ausgebildet bei Dr. med. R. Moebus, Bad Homburg
Ina Schlag, Kassel	92 Punkte	ausgebildet bei H.-M. Otto, Baunatal
Karen Vogel, Frankfurt	92 Punkte	ausgebildet bei Dr. med. J. Hamm, Frankfurt

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Ärzte in Hessen sind auf dem besten Weg, einer drohenden Ausbildungsabgabe erfolgreich entgegenzusteuern!

Die Zahl der Auszubildenden zur Arzthelferin/zum Arzthelfer ist seit einigen Jahren stetig angestiegen. Das heißt, die Ärztinnen und Ärzte in Hessen haben, trotz ungewisser Entwicklung im Gesundheitswesen und zunehmender finanzieller Belastung, stets ein ausreichendes Ausbildungsplatzangebot bereitgehalten, während in anderen Wirtschaftsbereichen die Ausbildungszahlen gravierend zurückgingen.

Auch für das laufende Ausbildungsjahr konnten unsere Bezirksärztekammern wieder positive Meldungen bezüglich der bis jetzt eingetragenen Berufsausbildungsverträge machen. Da in Hessen Ausbildungsverträge bis zum 31. Dezember abgeschlossen werden können, steht die endgültige Zahl allerdings noch nicht fest.

Die Bundesregierung droht damit, eine Ausbildungsabgabe einzuführen. Welche Schäden damit angerichtet werden und welche Belastungen für die Arztpraxen daraus resultieren, kann vielleicht jetzt noch gar nicht überblickt werden. Das KURATORIUM DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT FÜR BERUFSBILDUNG (kwb) hat ein Faltblatt mit dem Titel **Ausbildungsabgabe: Schaden statt Nutzen - Neue Probleme statt Lösungen, Zehn Argumente gegen eine Ausbildungsabgabe** herausgegeben, die unter www.kwb-berufsbildung.de (oder zum Download unter www.kwb-berufsbildung.de/bestellung-form2.html) abgerufen werden oder bei der Landesärztekammer Hessen, Tel. 069/97672-154 bestellt werden kann.

Die beste Strategie, einer Ausbildungsabgabe entgegenzuwirken besteht jedoch nach Ansicht der Landesärztekammer Hessen darin, genügend Ausbildungsplätze für Arzthelferinnen und Arzthelfer zur Verfügung zu stellen. Prüfen Sie deshalb, ob in Ihrer Praxis oder in Ihrem Krankenhaus oder einer ähnlich geeigneten Einrichtung die Möglichkeit besteht, einen Ausbildungsplatz zu schaffen. Melden Sie diesen in jedem Fall beim Arbeitsamt und veranlassen Sie auch einen Eintrag für die Jobbörse auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de, Arzthelfer/innen). Denken Sie bitte daran, daß Sie bis zum 31. Dezember 2003 einstellen können. Für die Politiker wird jedoch der 30. September 2003 als Stichtag eine große Bedeutung haben, weil zu diesem Zeitpunkt das Ausbildungsjahr offiziell beendet ist.

Dr. med. Alfred Möhrle
Präsident
der Landesärztekammer Hessen

Roswitha Hoerschelmann
Leiterin Abt. Arzthelfer/innen-
Ausbildungswesen

118 Arzthelferinnen feierlich aus ihren Auszubildungsverhältnissen verabschiedet

Am 9. Juli begann für 118 Arzthelferinnen ein neuer Lebensabschnitt: Im großen Saal des neuen Fortbildungszentrums der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim wurden sie von Dr. med. Edgar Pinkowski, dem stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Gießen, feierlich aus ihren Auszubildungsverhältnissen verabschiedet und nahmen in festlichem Rahmen ihre Zeugnisse in Empfang. Auch die ärztliche Lehrerin und Ausbildungsberaterin der Landesärztekammer, Dr. med. Ellen Kaltschnee, und Rita Schlett vom Berufsverband der Arzthelferinnen hielten Festansprachen.

Der Einladung zu der Abschlussfeier waren nicht nur überwältigend viele Arzthelferinnen, sondern auch zahlreiche Eltern, ausbildende Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreter und Vertreterinnen des Berufsverbandes der Arzthelfer/innen gefolgt. Musikalisch rahmte das Jugendgitarrenorchester der Musikschule Bad Nauheim unter der Leitung von Konstantin Zobel die festliche Verabschiedung ein.



Immerhin acht Auszubildende erreichten im Prüfungsfach „Praktische Übungen“ die Note „1“ und wurden mit einem Blumenstrauß geehrt: Julia Bechthold, Christin Kratzsch, Melanie Röder (Willy-Brand-Schule Gießen), Melanie Meike Appel, Martina Gerum, Tina Hepper, Nina Hofmann und Annina Schäfer (Max-Eyth-Schule Alsfeld). Eine Absolventin mit der Gesamtnote „1“ gab es nicht.

Aus der diesjährigen Umfrage der Landesärztekammer Hessen, Kammerbereich Gießen, unter den Teilnehmerinnen der Abschlussprüfung geht hervor, daß 103 (87 %) ihren Beruf weiter ausüben möchten, 42 % bereits einen Übernahmevertrag mit ihrer Lehrpraxis und 14 % einen Arbeitsvertrag mit einer anderen Praxis abgeschlossen haben. 37 junge Frauen suchen noch einen Arbeitsplatz. Zwei der Befragten möchten berufsnah arbeiten, fünf weitere berufsfremd tätig sein und acht der Befragten eine weitere Ausbildung absolvieren.

Die Auszubildendenzahlen bei Arzthelfer/innen im Zuständigkeitsbereich der Landesärztekammer Hessen sind - im Gegensatz zu der bundesweiten Tendenz und zum allgemeinen Trend in den Ausbildungsberufen - nicht rückläufig!
Hoe/möh



Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) hat erstmals eine Checkliste Weiterbildung erstellt. Sie soll den Ärztinnen nach dem Studium den Start in den ärztlichen Beruf ebnen und die Rückkehr nicht berufstätiger Ärztinnen erleichtern. Die auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Köln vorgestellte

Checkliste enthält alle relevanten Kriterien, anhand derer Ärztinnen und Ärzte ihre optimale Weiterbildungsstätte auswählen können. Zu fünf Themenbereichen wie Standortentscheidung, Arbeitsplatz oder Vorstellungsgespräch sind die entscheidenden Fragestellungen aufgelistet.

„Mithilfe der DÄB-Checkliste können sich die ins Berufsleben startenden Ärztinnen und Ärzte klar werden, welche Prioritäten sie für ihre berufliche Karriere setzen und welche Voraussetzungen dafür nötig sind“, sagt DÄB-Vorstandsmitglied Dr. Esther Gaertner.

Die Checkliste ist erhältlich in der DÄB-Geschäftsstelle:

Tel. (02 21) 4 00 45 40

E-Mail: aerztinnenbund@aerztinnenbund.de

oder unter www.aerztinnenbund.de im Internet.

Wichtige Informationen der Bundesanstalt für Arbeit

Neue gesetzliche Bestimmungen für Arbeitnehmer und Auszubildende

Neue gesetzliche Beratungspflicht für Arbeitgeber

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

gewiß haben Sie den Publikationen der vergangenen Wochen entnommen, daß ab **1. Juli 2003 Arbeitnehmer** und **Auszubildende** gem. § 37b SGB III verpflichtet sind, sich unverzüglich beim Arbeitsamt zu melden, sobald sie vom Zeitpunkt der Beendigung ihres Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisses Kenntnis erlangt haben.

Kommt ein Arbeitnehmer oder Auszubildender dieser Verpflichtung nicht nach, hat dies eine Minderung des Anspruches auf Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe bis maximal 1.500 EURO zur Folge.

Gleichfalls zum **1. Juli 2003** wirksam geworden ist die Erweiterung der **Arbeitgeberpflichten** gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Ziff. 3 SGB III.

Dies sind im einzelnen:

Frühzeitige Information der Arbeitnehmer/Auszubildenden vor der Beendigung des Arbeits-/Ausbildungsverhältnisses über die Notwendigkeit eigener Aktivitäten bei der Suche nach einer anderen Beschäftigung.

Frühzeitige Information der Arbeitnehmer/Auszubildenden über die Verpflichtung, sich unverzüglich nach Kenntnis des Beendigungszeitpunktes des Arbeits/Ausbildungsverhältnisses persönlich beim Arbeitsamt zu melden.

Freistellung der Arbeitnehmer/Auszubildenden, bei denen das Beschäftigungsverhältnis endet, zur Beschäftigungssuche und Meldung beim Arbeitsamt.

Ermöglichung der Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen für den vorgenannten Personenkreis.

Das Unterlassen der Verpflichtung, über die unverzügliche Meldepflicht beim Arbeitsamt zu informieren (siehe oben **Ziff. 2**), kann zu **Schadensersatzforderungen** der ehemaligen Arbeitnehmer/Auszubildenden gegen ihren ehemaligen Arbeitgeber führen.

Je frühzeitiger die von Arbeitslosigkeit bedrohten Personen dem Arbeitsamt bekannt sind, desto schneller kann das Arbeitsamt helfen, eine adäquate Anschlußbeschäftigung zu finden.

Ziel ist es, Arbeitslosigkeit in diesen Fällen erst gar nicht eintreten zu lassen. So kann das Arbeitsamt einen wirksamen Beitrag leisten, die Zahlung von Arbeitslosengeld zu vermeiden und dadurch eine Voraussetzung schaffen, die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung – also auch die der Arbeitgeber – zu senken.

Wir bitten um Beachtung der neuen gesetzlichen Bestimmungen.

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/innen-Ausbildung

Ausbildungsplatz gesucht?

Ärztekammer bietet Jobbörse für Arzthelfer/innen im Internet

Wie finde ich einen Ausbildungsplatz? Wo erreiche ich qualifizierte Interessentinnen und Interessenten mit meinem Stellenangebot? Schon seit März 2000 bietet die Landesärztekammer Hessen unter www.laekh.de eine Jobbörse für Arzthelfer/innen im Internet an, die sowohl von Auszubildenden und fertigen Arzthelfer/innen als auch von Ärztinnen und Ärzten rege genutzt wird. Der Zugang ist einfach: Homepage (www.laekh.de), Button: Arzthelfer/innen, Jobbörse.

Die Online-Jobbörse enthält vier Rubriken:

- Suche/ Biete Ausbildungsplatz
- Suche/ Biete Arbeitsplatz

Auch besondere Wünsche, wie z.B. die schulische Vorbildung, das Wunsch-Fachgebiet der Ausbildungspraxis, oder auch der Hinweis, daß bereits Ausbildungszeiten absolviert worden sind, werden gerne aufgenommen. Um die Angaben immer aktuell zu halten, bleiben die Gesuche und Angebote lediglich acht Wochen im Internet.

Die Meldungen erreichen uns:

per Fax: 0 69/ 9 76 72-1 28,

per Telefon: 0 69/ 9 76 72-1 53 oder

per E-Mail: arzthelferinnenabteilung@laekh.de

202 neue Arzthelfer/innen in den Beruf verabschiedet

Einser-Absolventin auf Abschlußfeier in der Bezirksärztekammer Frankfurt geehrt

„Sie haben gezeigt, daß man auch als Mutter von drei Kindern einen hervorragenden Abschluß machen kann“, würdigte Dr. med. Lothar Born, zweiter Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, die Leistung von Daniela Royer-Moebus. Auf der Abschlußfeier, die die Bezirksärztekammer am 16. Juli für 201 Arzthelferinnen und 1 Arzthelfer ausrichtete, wurde sie als eine der beiden Einser-Absolventinnen geehrt. Die ehemalige Flugbegleiterin, die sieben Jahre lang um die Welt gereist war, bevor sie eine Familie gründete, hatte sich nach der Erziehungszeit für die Umschulung zur Arzthelferin entschieden. Künftig wird Royer-Moebus in der Kinderarztpraxis ihres Mannes arbeiten.



Weitere Festredner der feierlichen Veranstaltung, die musikalisch vom Bläserquintett des Hessischen Arzteorchesters unter der Leitung von Professor Dr. med. Volker von Loewenich eingerahmt wurde, waren Gabriele Humbert, Vorsitzende des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelfer/innen, und Oberstudiendirektor Emil Pohl, Leiter der Konrad-Adenauer-Schule in Krieffel.

Aus der diesjährigen Umfrage der Bezirksärztekammer Frankfurt unter den Teilnehmer/innen der Abschlußprüfung geht hervor, daß 102 bereits einen Übernahmevertrag mit ihrer Lehrpraxis und 25 mit anderen Praxen haben, 18 suchen noch einen Arbeitsplatz, 16 werden den Beruf nicht ausüben, 14 werden berufsnah und 11 berufsfremd arbeiten. Acht wollen eine weitere Ausbildung beginnen.

Die Auszubildendenzahlen im Bereich der Bezirksärztekammer Frankfurt sind in den vergangenen Jahren auf hohem Niveau konstant geblieben.

Carl-Oelemann-Schule (mit Internat)

unsere Internetadresse: www.laekh.de, e-mail: Verwaltung.COS@laekh.de

Onkologische Fortbildung für Arzthelfer/innen

Die 120stündige Fortbildung ist berufsbegleitend und besteht aus insgesamt 5 Blöcken und 2 Praktika.

Beginn des nächsten Lehrganges in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim:

27. November 2003 – 29. November 2003

Inhalte des Gesamtlehrganges:

- ▶ Medizinische, therapeutische und pflegerische Grundlagen
- ▶ Psychoonkologische Grundlagen
- ▶ Nachsorge/Reha
- ▶ Rechtskundliche Grundlagen
- ▶ Qualifiziertes Abschlussgespräch

Zielgruppen:

Arzthelfer/innen oder Personen mit gleichwertiger Ausbildung, die onkologische Patienten betreuen.

Laborpraktikum: Urinuntersuchung - Sediment

Inhalte:

- ▶ Kurze Einführung
- ▶ Probengewinnung
- ▶ Praktische Übungen Teststreifen
- ▶ Mikroskopierübungen
- ▶ Objektträgerkulturen mit Hemmstoffnachweis
- ▶ Fehlermöglichkeiten
- ▶ Abrechnung

Für diese Veranstaltung führen wir eine Interessentenliste.

Bei Interesse melden Sie sich bitte an.

Zeit:

samstags 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Kursort:

Carl-Oelemann-Schule

Kurs	Bezeichnung	Termine	Anm.-schl.	Kurs	Bezeichnung	Termine	Anm.-schl.
03_P109	Verbände I Immobilisation Gips/Cast	08.10.2003	17.09.2003	03_P104	Workshop f. arbeitsmed. Ass. Personal G25/G37 "Auge- Optik und Lungenfunktion"	21./22.11.2003	30.10.2003
03_P213	Die Arzthelferin als Managerin - betriebswirtsch. Einkaufen f. d. Arztpraxis	11.10.2003	19.09.2003	03_P120	EKG für Fortgeschrittene	22.11.2003	17.10.2003
03_P204	Abrechnungswesen Aufbaukurs	18.10.2003	26.09.2003	03_P214	Medizin-produktgesetz	26.11.2003	05.11.2003
03_P003	Prüfungsvorbereitungskurs Abrechnung	08.11.2003	24.10.2003	03_P009	Prüfungsvorbereitungskurs Verwaltung	06.12.2003	14.11.2003
03_P110	Verbände II Teilimmobilisation Tape- Verbände	12.11.2003	22.10.2003	03_P206	Berufsgenossenschaftliche Abrechnung	10.12.2003	18.11.2003
03_P202_1 03_P202_2	Einführung in das Abrechnungswesen Stufe 1 Stufe 2	15.11.2003 22.11.2003	30.10.2003	03_P007	Prüfungsvorbereitungskurs Labor	13.12.2003	21.11.2003
03_P005_1 03_P005_2	Prüfungsvorbereitungskurs Med. Fachkunde Stufe 1 Stufe 2	15.11.2003 29.11.2003	24.10.2003 24.10.2003				
Für die nachf. Kurse führen wir Interessentenlisten. Bei Interesse bitte anmelden:							
03_P123	Laborpraktikum: woher das Blut nehmen			03_P306	Patientenbetreuung in der Padiatrie		
03_P124	Laborpraktikum: Urinuntersuchungen			03_P210	Einführung in die EDV der ärztlichen Praxis, 2stufig		
03_P125	Laborpraktikum: Blutuntersuchungen			03_P211	Internet in der ärzt- lichen Praxis: Internet / e-Mail / Homepage 2stufig		
03_P126	Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis "Bereich Hygiene"			03_P216	Seminar Struktur- und Kostenanalyse in der Praxis 2stufig		
03_P127	Laborpraktikum: Urinuntersuchungen- Sediment			03_P218	Der Arztbrief am PC korrekte Briefgestal- tung nach DIN		
03_P121	Folgen und Konsequenzen der neuen Röntgenver- ordnung						

Auskünfte und Informationsmaterial können kostenlos angefordert werden:

Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Ansprechpartner: Frau Keller/Frau Ahlborn
Tel. (0 60 32) 7 82 -1 84 oder 7 82 - 1 85

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

Änderungen vorbehalten!
Stand: Juli 2003

Katastrophenmedizin

Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall

3. Auflage. 2003. 359 Seiten broschiert. Herausgeber: Bundesministerium des Innern.

Der Leitfaden kann kostenlos unter folgender Adresse bezogen werden:

Bundesverwaltungsamt, Zentralstelle für Zivilschutz, Deutschherrenstraße 93-95,
53177 Bonn-Bad Godesberg, Telefon: 0228 / 940 -0, Fax: 0228 / 940 -1424.

info@bzs.bund400.de

Poststelle.zfz@bva.bund.de

Im Internet als PDF-Datei unter: http://www.bzs.bund.de/bzsinfo/broschur/leitfaden_kats_medizin.pdf

Wenn schon das Jahr 1999 mit seinen Naturkatastrophen und Großschadensfällen das Jahr mit der zweithöchsten Schadenslast der Geschichte gewesen war - bei weltweit 326 Ereignissen kamen im Jahre 1999 über 105.000 Menschen ums Leben - überschatten die Ereignisse des 11. September 2001 diese tief beeindruckenden statistischen Daten. Sie belegen die besondere Notwendigkeit der Überarbeitung des Leitfadens für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall in der Tradition der Broschüren, die seit 1982 von der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern als Vademecum für Ärzte in mehreren Auflagen herausgegeben wurden. Die überarbeiteten Neuauflagen von 2001 und 2002 waren schnell vergriffen.

Die jetzt erschienene Neuauflage von 2003 berücksichtigt die Forschungsergebnisse der letzten Jahre ebenso wie die praktischen Erfahrungen aus Großschadensereignissen und die nicht minder wichtigen planerisch-organisatorischen Vorkehrungen der Einheiten der Gefahrenabwehr. All diese Faktoren sind wesentlich für die erfolgreiche ärztliche Versorgung in Großschadensereignissen, in Katastrophensituationen und im Verteidigungsfall.

In die 3. Auflage flossen Forschungsergebnisse und Erfahrungen der letzten Jahre ebenso ein, wie die Ergebnisse der Arbeiten der Arbeitsgruppe „Katastrophenmedizin“ der Schutzkommission beim Bundesmini-

ster des Innern, die auf den „Gefahrenberichten“ 1996 und 2001 und dem „Medizinbericht“ 1999 basieren.

Namhafte Autoren haben sich unter anderem mit Fragen von Ethik und Recht, der Katastrophenmedizin, Definition ihrer Inhalte und Aufgaben ebenso auseinandergesetzt wie mit psychologischen und seelsorgerischen Aspekten und lebensrettenden Sofortmaßnahmen unter Katastrophenbedingungen.

Im Rahmen der speziellen medizinischen Maßnahmen spielen die Therapie des Volumenmangelschocks, die Schmerzbehandlung, die Anästhesie unter Katastrophenbedingungen, chirurgische Maßnahmen bei Patienten mit Kombinationstraumen/Versorgungsstrategien bei traumatisierten Patienten sowie Maßnahmen bei thermischen Schädigungen im Katastrophenfall eine besondere Rolle. Eigene Kapitel widmen sich den ärztlichen Maßnahmen bei Strahlenunfällen und Strahlenkatastrophen, dem Management von Gefahrgutunfällen und Massenvergiftungen und der Seuchenhygiene und -bekämpfung im Katastrophenfall. Eine spezielle Abhandlung widmet sich dem Katastrophenmanagement im Krankenhaus und einschlägigen Empfehlungen für den ärztlichen Dienst. Im Anhang befinden sich sehr hilfreiche und aktuelle Informationen, so beispielsweise ein Einsatzablauf-Flußdiagramm, in dem eine mögliche Entscheidungsgrundlage geboten wird, die auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen

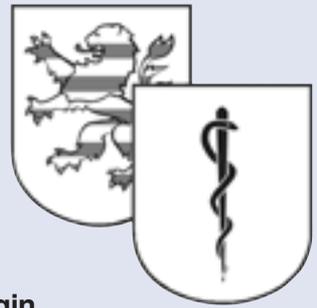
verschiedener Bundesländer regional different handhabbar ist. Es schließt sich ein Verzeichnis von wichtigen Adressen an, beispielsweise die Liste der am Vermittlungsverfahren der zentralen Anlaufstelle Schwerbrandverletzte beteiligten Krankenhäuser, der Giftinformationszentren, Gefahrensymbole und Gefahrenbezeichnungen, Poison Severity Score und Meldeformulare zum Infektionsschutzgesetz.

Gerade unter dem Blickwinkel der besonderen Bedeutung von Standards, Richtlinien und Leitlinien für die indikationsspezifische Verantwortung der in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Ärztinnen, Ärzte und Fachberufe spielt dieses Vademecum als Leitfaden für das medizinische Katastrophenmanagement eine besondere Rolle.

Eine neue Dimension gewinnt dieses Werk unter dem Gesichtspunkt des medizinisch indizierten Risikomanagements: Es ist die Grundlage dafür, daß mit ärztlicher Kompetenz nicht nur vor Ort möglichst vielen Menschen die notwendige Hilfe zuteil wird. Auch und gerade für das Management, die Logistik und die Zusammenarbeit auf den verschiedenen Ebenen ist von Bedeutung, daß diese so zu organisieren sind, daß der humanitären Daseinsvorsorge mit ärztlicher Hilfe Rechnung getragen wird und nicht nur gesundheitliche sondern auch wirtschaftliche Schäden für die Bürger und die Unternehmungen in der katastrophenmedizinischen Versorgungskette minimiert werden.

Dr. M. Popović

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
-Meldewesen-
Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt

**Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,**

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue Emailadresse oder Handy-Nummer? Bitte teilen Sie uns diese Änderungen mit. Sie können uns nachstehendes Formular übersenden per Post, online über das Formular Adreßänderungen unter www.laekh.de, per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbstverständlich per Fax 069/97672-128.

Vielen Dank

Mitgliedsnummer		
Name		
Vorname(n)		
ggf. Geburtsname		
Titel /Akademische Grade:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Privatadresse: seit:		
	Straße:	
	Postleitzahl:	
	Ort:	
	Telefon:	
	Fax:	
	Mobiltelefon:	
	Email:	
	Homepage:	http://www.
Dienstadresse:	seit:	
	Straße:	
	Postleitzahl:	
	Ort:	
	Dienststelle	
	Telefon:	
	Fax:	
	Mobiltelefon:	
	Email:	
	Homepage:	http://www.
Sonstige Mitteilungen		

Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für die Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Linksherzkatheter-Untersuchungen (LHK) und Percutanen transluminalen Coronarangioplastien (PTCA)

- gültig ab 1. Oktober 1997 -
 - geänderte Fassung gültig ab 31. Juli 2003 -

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtungen nach § 136 SGB V, der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V und § 2 Absatz 3 der Satzung der KV Hessen, ist die Qualitätssicherung der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen zu sichern. Umfang und Verfahren der Qualitätssicherung sind im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen festzulegen.

Hierbei sind die nachstehenden Richtlinien für den Bereich der Linksherzkatheter-Untersuchungen und PTCA anzuwenden:

1. Teilnehmer

Teilnehmer sind alle Vertragsärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung LHK-Untersuchungen oder PTCA durchführen. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, bis zum 15. des auf das Ende des Quartals folgenden Monats, die erfassten Daten auf Disketten bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Darüber hinaus hat er der Kommission Qualitätssicherung LHK/PTCA alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Qualitätssicherung benötigt werden.

2. Ziele

Die im Rahmen dieses QS-Programmes durchgeführten Vergleiche dienen der Objektivierung von Indikationsstellung und Durchführung sowie der Sicherung der Ergebnisqualität von LHK-Untersuchungen und PTCA. Zu diesem Zwecke wird ein einheitliches Dokumentationsprogramm verwendet, das auf EDV-Basis eine Vollerfassung der durchgeführten Untersuchungen anstrebt.

3. Durchführung

Art und Version des Programms sowie die jeweiligen Anwendungsmodalitäten werden in der Anlage verbindlich festgelegt. Die entsprechenden Daten sind auf Diskette zu speichern und der KV Hessen quartalsweise zwecks Auswertung zur Verfügung zu stellen. Den beteiligten Ärzten wird daraufhin eine Analyse ihrer Qualitätsmerkmale im Vergleich zu Fachkollegen zur Verfügung gestellt.

4. Kommission

Für die Durchführung dieser QS-Maßnahme wird eine Kommission Qualitätssicherung LHK/PTCA gebildet, die sich aus mindestens drei auf diesem Gebiet besonders erfahrenen Kardiologen zusammensetzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen. Die Aufgabe der Kommission umfaßt die Sichtung und Analyse sämtlicher Auswertungen sowie deren Beurteilung und ggf. Unterbreitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung gegenüber dem beteiligten Arzt.

5. Monitorbesuche:

Zur Überprüfung der Validität der Dokumentation werden mindestens ein Mal pro Kalenderjahr und teilnehmender Praxis sogenannte Monitorbesuche durchgeführt. Die Besuche werden von mindestens einem Qualitätssicherungs-Kommissionsmitglied LHK/PTCA vorgenommen. Die Besuche müssen im Einverständnis mit dem Praxisinhaber erfolgen und vorab angemeldet werden. Erfolgt der Besuch in der Praxis des teilnehmenden Arztes im Rahmen der Regelung des Punktes 6.4 der Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gem. § 75 Abs. 7 SGB V, kann der Vorstand auf Vorschlag der Kommission eine der unten unter Punkt 6 geregelten Maßnahmen beschließen, sofern der teilnehmende Arzt sein Einverständnis zu dem Monitorbesuch verweigert. Die Durchführung und Dokumentation des Monitorbesuches orientiert sich an dem beiliegenden Dokumentationsbogen (siehe unten). Die Monitorberichte werden in den darauf folgenden Kommissionssitzungen beschlossen und bewertet.

6. Maßnahmen

Hat die Kommission LHK/PTCA Mängel festgestellt, können nachfolgende Maßnahmen von der Kommission veranlaßt werden:

- ▶ Durchführung eines kollegialen Gesprächs im Rahmen eines Monitoring (Der Arzt soll durch entsprechenden Hinweis in die Lage versetzt werden, die festgestellten Mängel künftig zu vermeiden).
- ▶ Einschränkung der widerruflich erteilten Genehmigung.
 - Gänzlicher Entzug der Genehmigung zur Abrechnung von invasiv-kardiologischen Leistungen



Quality assurance Invasive Cardiology
 Monitoring - Protokoll

Institut (Name, Anschrift, Tel., Fax, E-Mail)

Ansprechpartner (Name, Anschrift, Straße des Monitoring-Team) Tel.:

Organisation
 Personal / Name und Position der im Labor tätigen MitarbeiterInnen

Technische
 Anzahl der Katheterkatheten

Qualität
 Installation als: _____ Normale Verfahren _____
 Untersuchung für Installation und Pflege _____
 Erhebung durch: _____
 Ausg. (mit) _____ Auswertungsprogramm (mit) _____ Während des Eingriffs (mit) _____
 Nachg. (mit) _____ mit Länge _____ mm _____
 Verfallsdatum: _____
 Wie lange nach einer Untersuchung / einem Eingriff wird der Bericht erstellt?



Quality assurance Invasive Cardiology
 Monitoring - Protokoll Seite 2

Institut: _____ Datum: _____

Vergleich der Anzahl der Dokumentierten und in QuE erfassten LHK und PTCA-Fälle:
 Stichprobe (5 LHK + 3 PTCA)
 Nach einem vollständigen Eintrag (Stich- oder vollständiger Name) werden Quellen verglichen, die bei Bedarf als Folge in das Monitoring-Team eingetragt werden.
 Es erfolgt ebenfalls die Bereinigung des Files.

Komplikationen (insbesondere bei OP, TAVI/DTG)
 Alle relevanten Komplikationen eines Cases werden dem Monitoring-Team gemeldet.
 Seine Dokumentation ist im Monitoring-Team.

Beobachtungen:

Konsequenzen/Entscheidungen:

Dr./Datum: _____ Unterschrift: _____ Unterschrift: _____
 Verantwortl. Verantwortl. Monitoring-Team

- Die hier geregelten Maßnahmen können vom Vorstand der KVH auf Vorschlag der Kommission festgesetzt werden.

Inkrafttreten

Diese Richtlinie ist ab 31. Juli 2003 anzuwenden.

Frankfurt, den 1. Juli 2003
 Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Dr. Horst Rebscher-Seitz
 2. Vorsitzender des Vorstandes



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-Dieburg

Griesheim Internistin/Internist
-hausärztlich-

Planungsbereich Bergstraße

Viernheim Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Groß-Gerau

Rüsselsheim Urologin/Urologe

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.-Westend Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Westend Fachärztin/Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Kelkheim/Ts. prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Kelkheim/Ts. Internistin/Internist
-hausärztlich-
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Steinbach/Ts. Internistin/Internist
-hausärztlich-

Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach-Innenstadt prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Offenbach-Innenstadt Orthopädin/Orthopäde
Offenbach-Innenstadt Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

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 Orthopädin/Orthopäde
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Haiger prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Hüttenberg prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel Orthopädin/Orthopäde
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Bad Vilbel prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Büdingen prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Münzenberg-Gambach prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld Kinderärztin/Kinderarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Mücke-Nieder-Ohmen prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Romrod prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

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

Bad Hersfeld Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
oder Ärztin/Arzt für
Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
oder
Kassel Internistin/Internist -hausärztlich-
Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Witzenhausen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
oder
Hessisch Lichtenau Internistin/Internist -hausärztlich-
Orthopädin/Orthopäde
(Gemeinschaftspraxisanteil)

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin/
Hausärztin/Hausarzt
Marburg Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Weimar (Lahn) Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin
(Gemeinschaftspraxisanteil)

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt
Wiesbaden Psychiaterin/Psychiater
Wiesbaden Chirurgin/Chirurg

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

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

vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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