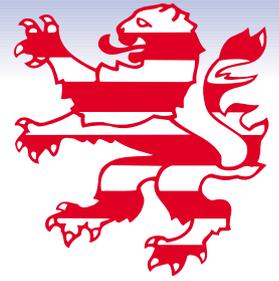


Hessisches Ärzteblatt



8/2005

August 2005

66. Jahrgang

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

**Delegiertenversammlung
der LÄK Hessen**

**Ärztliche Entscheidungsspielräume –
durch Leitlinien eingengt oder erweitert?**

**Steigende Arzneimittelausgaben
in Hessen**

**„Bürgerversicherung –
Gesundheitsprämie oder was sonst?“**

Medikationsfehler in der Hausarztpraxis

**Regimentsarzt und Dichtergenie
Friedrich Schiller (1759–1805)**

Die Kopflaus und der Stanislaus

**Können wir aus dem
„Fall Terri Schiavo“ lernen?**



Friedrich Schiller als Regimentsarzt (in Feldscher-Uniform)
Gemälde von Philipp Friedrich Hetsch (1758–1839)

Impressum

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: Laek.Hessen@laekh.de
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M.
Tel. 069 795020
Internet: www.kvhessen.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. 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:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Dr. med. Margita Bert, Rüsselsheim
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenh.
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, 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.
Tel. 069 97672-147, Fax 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer, Tel. 0341 710039-92

Verlagsvertretung:

Edeltraud Elsenau
Tel. 06124 77972, Fax 06124 77968

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

z.Zt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom 1.1.2005 gültig.

Bezugspreis/Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 95,40 €
(12 Ausgaben), im Ausland 102,60 €.
Kündigung des Bezugs sechs Wochen vor
Quartalsende. Für die Mitglieder der Landes-
ärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch
den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



8/2005 • 66. Jahrgang

Editorial Vor der Wahl – Kommt jetzt die Wende?	512
Kassenärztliche Vereinigung Hessen Rechenschaftsbericht der KV Hessen über die Verwendung der Mittel ...	513
Landesärztekammer Hessen Facharzt für Innere Medizin bleibt in Hessen / Delegiertenversammlung der LÄK	514
Aktuelles Ärztliche Entscheidungsspielräume – durch Leitlinien eingeengt oder erweitert?	516
Kassenärztliche Vereinigung Hessen Steigende Arzneimittelausgaben in Hessen: Drohen nun Honorarverluste und Regresse?	521
Überproportionale Zuwächse bei den Arzneimittelausgaben in Hessen	522
Landesärztekammer Hessen „Bürgerversicherung – Gesundheitsprämie oder was sonst?“	523
LÄK Hessen / KV Hessen Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung weisen pauschale Betrugsvorwürfe gegen Ärzte in TV-Berichten zurück	525
Fortbildung Medikationsfehler in der Hausarztpraxis	526
Landesärztekammer Hessen „Die Identität des Arztes und das Selbstverständnis des Facharztes“	528
Historisches Regimentsarzt und Dichtergenie Friedrich Schiller (1759–1805) Weg zu Ruhm und Wirkung	529
Aktuelles Der medikalisierte Tod: Todesbilder in Arzt- und Krankenhausserien	536
Arzt- und Kassenarztrecht Rechtskräftiges Urteil gegen einen Krankenhausträger, der einem Notfallpatienten ...	537
Bundessozialgericht hilft Ärzten bei Regressen	538
Fortbildung Sicherer Verordnen	540
Humoristisches Die Kopflaus und der Stanislaus	541
Mit meinen Augen Wie geht es weiter?	542
Satire Abenteuerreisen oder: Die Fraktur des Orthopäden	544
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim	545
Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern	549
Medizinethik aktuelle Können wir aus dem „Fall Terri Schiavo“ lernen?	557
Briefe an die Schriftleitung	561
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	562
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	566
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	571

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 Veröffentlichung „Pharmazeutische Nachrichten“ und „Sicherer Verordnen“ erfolgen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Vor der Wahl – Kommt jetzt die Wende?



Dr. Margarita Bert

Bild pop

*Liebe Kolleginnen
und Kollegen,
sehr geehrte
Damen und
Herren,*

eigentlich sollte die Gesundheitspolitik zum großen Wahlkampfthema der Bundestagswahl im

Herbst 2006 werden, zumindest war dies nach dem zwischen Regierung und Opposition im Sommer 2003 ausgehandelten GKV-Modernisierungsgesetz allgemein erwartet worden. Dramatische Ereignisse auf politischer Ebene, die aus der schwierigen Wirtschaftslage Deutschlands resultieren, haben den ursprünglichen Zeitplan gekippt. Während ich diese Zeilen schreibe, ist uns allen das Neuwahl-Szenario mit dem voraussichtlichen Wahltermin im September bereits bekannt. Wir alle werden an die Urnen gerufen, um unter anderem über die Zukunft unserer sozialen Sicherungssysteme abzustimmen. Damit werden wir nicht nur mit großer Wahrscheinlichkeit eine Richtungsentscheidung darüber zu treffen haben, wie in den nächsten Jahren Gesundheitsversorgung in Deutschland – vor allem aus finanzieller Sicht – organisiert wird, sondern auch darüber entscheiden, unter welchen Bedingungen wir unseren Beruf als Arzt und Psychotherapeut ausüben können.

Auf Grund des überstürzt anberaumten Wahltermins arbeiten die Parteien zur Zeit unter Hochdruck daran, ihre Wahlprogramme festzuklopfen und zu verabschieden. Wir dürfen vor allem gespannt sein, mit welchem Gesundheitskonzept die beiden großen Parteien zur Wahl antreten werden. Die SPD hatte ja bereits im vergangenen Sommer angekündigt, im Verbund mit den Grünen nach einer gewonnenen Bundestagswahl das Gesundheitssystem mit einer Bürgerversicherung finanzieren zu wol-

len. Dort sollen zukünftig neben Erwerbseinkommen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen einbezogen werden. Die CDU/CSU wird erwartungsgemäß mit ihrem im vergangenen Herbst verabschiedeten Konzept eines Kopfpauschal-/Prämienmodell an den Start gehen, das eine einheitliche Gesundheitsprämie von zur Zeit 169,- Euro vorsieht. Beide Systeme laufen darauf hinaus, dass die Bürger finanziell stärker belastet werden. Interessanter Weise hat sich die Diskussion in der jüngsten Vergangenheit verlagert: die Politiker haben statt der Ausgaben nun offensichtlich primär die Einnahmen des Gesundheitssystems im Visier. Ich erwarte deshalb, dass nach „erfolgreicher“ Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 und dem damit erfolgten Einstieg in die Zuzahlungsmechanik bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen die nun daran gewöhnten Patienten stärker zur Kasse gebeten werden.

Selbstverständlich werde ich an dieser Stelle keine Wahlempfehlung aussprechen, wenn ich Sie auch ermuntern möchte, von Ihren demokratischen Rechten Gebrauch zu machen und wählen zu gehen. Es muss uns jedoch klar sein, dass sich nach der Wahl die Rahmenbedingungen unserer Tätigkeit als Mediziner aber auch als Standesvertreter weiter verändern werden. Auch eine schwarz-gelbe Regierung wird die kapitalen Finanzierungsprobleme im GKV-System nur dann auch nur im Ansatz beheben können, wenn es zu einem wirklichen Systemwechsel kommt. Und solche Systemwechsel sind mit Blick auf die Wähler und die damit verbundenen Zumutungen nicht nur in Deutschland sehr unpopulär. Ein solcher Systemwechsel könnte darin bestehen, die Gesundheitsversorgung auf ein gesetzlich festgelegtes Minimum zu reduzieren und die darüber hinaus gehende Versorgung – ähnlich unserem Kasko-System beim Auto – als privates Risiko den Patienten zu überlassen. Die FDP plant ein sol-

ches, auf Freiheit und Individualität beruhendes System. Doch die damit verbundenen ethisch-medizinischen Auseinandersetzungen sind meines Erachtens schon vorprogrammiert. Wo endet die Grundversorgung und ist es medizinisch vertretbar, bestimmte Behandlungen und Medikamente nicht zu verordnen, weil der Patient dafür nicht bezahlen kann?

Hochinteressant wird es auch sein zu beobachten, wie eine eventuell neue Regierung mit einigen „Steckenpferden“ unserer aktuellen Bundesgesundheitsministerin umgehen wird. Schon ist auf politischer Ebene zu hören, dass dann unter anderem den DMP-Programmen das letzte Stündchen schlagen könnte. Allerdings müsste zuvor eine Lösung für den Risikostrukturausgleich gefunden werden. Ohne eine solche Lösung halte ich die Abschaffung der DMP für ausgeschlossen. Doch es gibt weitere Themenfelder: Wird die hausarztzentrierte Versorgung, in Hessen seit Juni erfolgreich mit den Ersatzkassen am Start, bald politisch nicht mehr gewollt und gefördert und somit Geschichte sein? Oder die elektronische Gesundheitskarte: von Ulla Schmidt massiv gepusht und trotzdem bald Historie oder zumindest mit erheblich reduzierterem Tempo versehen, was die Einführung betrifft?

Insgesamt müssen wir uns auf eine weitere Liberalisierung der Vertragslandschaft einstellen, was sich sowohl auf Ärzte und Therapeuten als auch auf die Standesorganisationen auswirken wird. Ärzte werden in Zukunft noch stärker als bisher mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten und Vertragsarten konfrontiert werden. Dies bedeutet, dass der Verwaltungsaufwand und der Bedarf an Managementtätigkeit in den einzelnen Praxen erheblich zunehmen wird. Ein Aufwand, der realistischerweise weder vom Know-How noch von der Manpower in den Praxen bewältigt wer-

den kann. Hier wird es die Aufgabe der KVen sein, sich als kompetenter Dienstleister für unsere Mitglieder zu positionieren. Nur dann werden wir als wichtiger Player im System weiterhin agieren können. Weigern wir uns, diese Rolle perspektivisch zu übernehmen, werden wir öffentlich als Monopolist gebrandmarkt und politisch eliminiert werden. Es ist eine Illusion zu glauben, dass die von unseren Kritikern geleistete „Vorarbeit“ in Sachen Abschaffung der KVen auch von einer CDU-geführten Regierung nicht wohlwollend genutzt würde. Denn die Mauern um die ärztliche Selbstverwaltung, die von anderen bereits geschleift wurden, werden auch die bürgerlichen Parteien nicht ohne Not wieder

aufbauen. Wir müssen uns als Institution also selbst helfen und uns den Herausforderungen einer zunehmend liberalisierten Vertragslandschaft nicht nur zu stellen, sondern sie aktiv und voller Energie mitgestalten.

Dies gilt auch für die Krankenhäuser. Die Privatisierung wird zunehmen. Schon heute werden unrentable Häuser geschlossen und sogar Universitätskliniken zusammengelegt und verkauft. Dies war bis vor kurzem undenkbar. Streiks an Kliniken in Frankfurt, Marburg, Heidelberg und andernorts haben gezeigt, wie ernst die Lage ist. Aber auch die Facharzt-Weiterbildung wird vor Probleme gestellt werden.

Wer auch immer die nächste Bundestagswahl gewinnen wird: Für die Probleme des ärztlichen Nachwuchses muß eine Lösung gefunden werden. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich muss die Lage der Ärzte verbessert werden, sonst gibt es deutsche Ärzte bald nur noch im Ausland.

Ihre Margita Bert



Vorsitzende des Vorstands der KV Hessen

Rechenschaftsbericht der KV Hessen über die Verwendung der Mittel gemäß § 78 Abs. 3 in Verbindung mit § 305 b SGB V

Der Gesetzgeber hat alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) verpflichtet, gegenüber der Öffentlichkeit Rechenschaft für die Mittelverwendung zu geben. Rechtsgrundlage hierfür ist der § 78 Abs. 3 im Rahmen dessen, die für die Krankenkassen gültige Vorschrift des § 305 b SGB V haben dessen festgelegt, dass die entsprechende Veröffentlichungsvorschrift für die Krankenkassen, niedergelegt im § 305 b SGB V, auch die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend gemacht wird.

Den gesetzlichen Anforderungen kommen wir mit dieser Veröffentlichung erstmals nach, die nachfolgenden Daten beziehen sich auf das Haushaltsjahr 2003.

• Haushaltsdaten

Verwaltungshaushalt gesamt in EUR	68.475.000,—
Personalaufwand gesamt in EUR	46.220.000,—
Sachaufwand gesamt in EUR	7.886.000,—
Aufwand für Sicherstellungsmaßnahmen in EUR	4.254.000,—
Sonstiger Aufwand in EUR	28.000,—
Verwaltungskostenumlage in EUR	48.229.000,—

Sonstige Erträge in EUR	2.083.000,—
Investitionshaushalt in EUR	1.215.000,—
Jahresergebnis in EUR	1.254.000,—

• Abrechnungsdaten

→ Honorarvolumen der niedergelassenen hessischen Vertragsärzte und Psychotherapeuten	1.721.406.354,66 €
→ Anzahl der abrechnenden niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten	10.333
→ Anzahl der Abrechnungsfälle der niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten	35.572.852

• Sonstige Daten

Verwaltungskostenumlagesätze von	1,984 % bis 2.719 %
Anzahl der Stellen	804
Bilanzsumme	824.908.000,— €

Für Fragen und Auskünfte steht der Vorstand der KV Hessen zur Verfügung.

Dieter Gerlich

Facharzt für Innere Medizin bleibt in Hessen

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer

Auf ihrer (außerordentlichen) Delegiertenversammlung am 2. Juli hat die Landesärztekammer die neue Weiterbildungsordnung verabschiedet, die sich deutlich von ihrer Vorgängerin aus dem Jahr 1995 unterscheidet. Damit die auf dem 107. Deutschen Ärztetag empfohlene (Muster-)Weiterbildungsordnung mit Änderungen auch in Hessen als einem der letzten Bundesländer in Kraft treten kann, bedarf es nun noch der Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium und der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt. Dass diesmal nicht nach dem Motto: „Hessen vorn“ verfahren werde, hat sich wegen der zwischenzeitlich erfolgten Klärung europarechtlicher Fragen bewährt.

Internist ohne Schwerpunkt und Facharzt für Allgemeinmedizin

In einem wesentlichen Punkt weicht der hessische Beschluss von der auf Bundesebene getroffenen und in anderen Bundesländern umgesetzten Regelung ab: Während die Bundesärztekammer im Mai 2003 in ihrem Beschluss zu Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung den Internisten ohne Schwerpunkt abgeschafft und sich für die Einführung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin ausgesprochen hatte, behält Hessen den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit einer auf fünf Jahre reduzierten Weiterbildung bei. Obwohl sich einige Ärzte im Vorfeld der Entscheidung dagegen ausgesprochen und argumentiert hatten, dass der „neue Generalmediziner“ zwar möglicherweise im Krankenhaus, nicht aber in niedergelassener Praxis sinnvoll und konkurrenzfähig sei, votierte die Mehrheit der Delegierten für den Internisten ohne Schwerpunkt und bestätigte auf diese Weise eine bereits vor zwei Jahren gefasste, gleichlautende Entschliessung. Damit wird es in Hessen künftig sowohl einen Facharzt für Allgemeinmedizin (mit der Kammerbezeichnung „Allgemeinarzt“) als auch einen Facharzt für Innere Medizin („Internist“) geben. Die Weiterbildungszeit des Internisten wurde von sechs Jahre auf fünf Jahre ge-

senkt, um im europäischen Wettbewerb bestehen zu können.

Wie sich die hessische Entscheidung auf Bundesebene auswirken wird, bleibt abzuwarten. In Verhandlungen der Bundesärztekammer mit der EU-Kommission war vor wenigen Wochen ein Konsens darüber erzielt worden, dass der Titel „Facharzt für Innere und Allgemeine Medizin“ erst dann geführt werden dürfe, wenn die (Muster-)Weiterbildungsordnung in allen Bundesländern umgesetzt und die neue Facharztbezeichnung von der Kommission notifiziert sei. In § 18 der neuen Weiterbildungsordnung ist die Weiterbildung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum geregelt. Auch für Hessen gilt, dass Kammerangehörige, die eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach Richtlinie 93/16/EWG durchlaufen oder nach dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum absolviert haben, auf Antrag die Anerkennung als „Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin“ erhalten.

Geriatrische Versorgung

Mehrheitlich sprach sich das Ärzteparlament in Bad Nauheim gegen die Einführung eines Facharztes für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie aus. Die Delegierten zeigten sich davon überzeugt, dass die medizinische Betreuung und Versorgung alter Menschen von Ärzten der unterschiedlichen Fachgebiete geleistet werden sollte, denn gerade in der Geriatrie werde das Spezialwissen aller Fachgebiete benötigt. Angesichts der demographischen Entwicklung und der besonderen Bedeutung einer qualifizierten Versorgung dieser Patientengruppe stimmte die Delegiertenversammlung jedoch für die Anerkennung der Zusatzweiterbildung Geriatrie, die mit allen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung kombiniert werden kann. Weitere Neuerungen für Ärztinnen und Ärzte in Hessen: Wer in der Zusatz-Weiter-

bildung die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten abgeleistet und die dafür erforderliche fachliche Kompetenz nachgewiesen hat, erhält nach Überprüfung eine Zusatzbezeichnung. Anders als in der (Muster-)Weiterbildungsordnung festgelegt, muss dafür nicht generell eine Prüfung abgelegt werden. Bedingt durch das Hessische Heilberufsgesetz weicht die hessische Weiterbildungsordnung auch in einem weiteren Punkt von der auf Bundesebene formulierten Regelung ab: So dürfen Ärzte in Hessen, die die Anerkennung zum Führen von mehreren Gebietsbezeichnungen erhalten haben, nur eine Gebietsbezeichnung führen. Auf Antrag kann das Präsidium der Landesärztekammer das Führen einer weiteren Gebietsbezeichnung gestatten.

Teilzeit-Weiterbildung, Kostenverzeichnis

Die Weiterbildung in Teilzeit ist auch nach der neuen Weiterbildungsordnung anzurechnen, wenn sie mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beträgt; die Weiterbildungszeit verlängert sich dementsprechend. Der Antrag, dass die Zeit des gesetzlich vorgeschriebenen Mutterschaftsurlaubs auf die Weiterbildungszeit anzurechnen sei, wurde nach kontroverser Diskussion an das Präsidium überwiesen, da einschlägige Bestimmungen der EU-Richtlinie 93/16/EWG zu beachten sind. Außerdem beschloss die Delegiertenversammlung die Änderung des Kostenverzeichnisses als Anlage zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen. Die Gebühren für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen betragen künftig 55 Euro.

Votum aller Fraktionen

Ausdrücklich erklärten sich die Delegierten aller Fraktionen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten solidarisch. Auch im niedergelassenen Bereich leide die Medizin unter einer ausufernden Bürokratie und unter der Einschränkung der Therapie zu Lasten von Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus versicherte das Ärzteparlament angestellten Ärztinnen

und Ärzten seine Solidarität für Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung ärztlicher Tätigkeit und der Einführung längerer Arbeitsvertragslaufzeiten. Insbesondere wurden auch Streikmaßnahmen bei gesicherter Notfallversorgung für angemessen gehalten, um solche Forderungen durchzusetzen.

HPC

Die Delegiertenversammlung erklärte sich mit dem Antrag des Präsidiums auf Beteiligung der Landesärztekammer Hessen an einem Modellprojekt zur Erprobung der Health Professional Card (HPC) in Hessen einverstanden.

Ausstieg aus dem BAT

Dem von dem Personalleiter der Kammer, Gerhard-Klaus Koch, vorgestellte Antrag des Präsidiums auf Änderung der Vergütungssysteme für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH stimmte die Delegiertenversammlung zu. Danach wird der DV-Beschluss vom 9. Dezember 1961 über die Anwendung des BAT mit sofortiger Wirkung aufgehoben. Präsidium der LÄKH sowie Aufsichtsrat und Verwaltungsrat des Versorgungswerks werden beauftragt, neue, den ausgelaufenen Tarifvertrag ersetzende Regelungen auf der Basis gleicher Dienstvereinbarungen gemeinsam abzuschließen. Ärztekammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe, erläuterte, dass die neuen Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Personalrat getroffen würden, aber keinen Haustarif darstellten. Für die alten Verträge werde es eine Besitzstandswahrung geben, die neuen sollten veränderte Bedingungen hinsichtlich Arbeitszeit und Vergütung enthalten. Dr. med. Magdalena Holtschoppen hatte den Delegierten vor der Beschlussfassung vorgehalten, sich einerseits über die eigenen Arbeitsbedingungen und Entlohnungen zu beklagen und andererseits für eine Verschlechterung der Situation der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kammer zu stimmen.

Carl-Oelemann-Schule

Waren die ersten Tagesordnungspunkte teilweise kontrovers, aber immer sachlich diskutiert worden, so entzündeten sich an dem Thema „Carl-Oelemann-Schule“ heftige Wortgefechte. Auf der Grundlage des

Berufsbildungsgesetzes und weiterer Regelwerke bietet die Landesärztekammer an der COS überbetriebliche Ausbildungsmaßnahmen für Arzthelferinnen sowie Fort- und Weiterbildungslehrgänge an. Die Überbetriebliche Ausbildung dient dazu, Arztpraxen bei der Erfüllung der Anforderungen des Ausbildungsrahmens zu unterstützen. Da das der Schule angegliederte Internatsgebäude baufällig ist und nicht mehr angemessen modernisiert werden kann, hatten sich Fördergutsachter für einen Neu-Aufbau ausgesprochen. Nachdem der Bund seine ursprüngliche Förderzusage in Frage gestellt hatte, sollten die Delegierten am 2. Juli darüber abstimmen, ob das Internat dennoch gebaut werden solle.

Im Anschluss an ein von Dr. med. Edgar Pinkowski verlesenes Plädoyer des Vorsitzenden der COS, Dr. med. Klaus Uffelmann, für den Neu-Aufbau und den Vortrag von Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Kammer, zum aktuellen Sachstand des Förderverfahrens sowie der politischen Unterstützung des Bauprojekts auf Landesebene, machten die Debatten deutlich, dass nicht nur finanzielle, sondern auch politische Überlegungen an die Frage nach dem Fortbestand der Carl-Oelemann-Schule verknüpft sind. Dr. med. Günter Haas, der mit Monika Buchalik, Mitglied des Präsidiums, eine Umfrage zu der Qualität der Ausbildung an der Carl-Oelemann-Schule unter Hausärzten durchgeführt und der Delegiertenversammlung ein negatives Stimmungsbild der Befragten präsentiert hatte, schloss sich der Forderung von Dr. med. Dieter Conrad an: Dieser hatte verlangt, die Fragen 1. Brauchen wir ein Internat?, 2. Brauchen wir die Überbetriebliche Ausbildung? und 3. Brauchen wir die Carl-Oelemann-Schule? voneinander zu trennen. Auch Stüwe forderte die Delegierten auf, die Themen getrennt zu diskutieren; vordringlich sei die Frage des Internats zu lösen. Sie berichtete, daß Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Ausbildungsstätten geprüft würden. Pinkowski erinnerte daran, dass die Delegiertenversammlung in der vergangenen Legislaturperiode den Fortbestand der Carl-Oelemann-Schule wiederholt beschlossen habe. Da unklar sei, wie es mit den Fördermitteln weitergehe, sollten nun alternative Unterbringungs-

möglichkeiten für die Arzthelferinnen in Erfahrung gebracht werden. Frank Rüdiger Zimbeck vertrat die These, dass die Entscheidung in der Internatsfrage auf der Hand liege: „Wir wollen etwas bauen, aber wir haben kein Geld“.

So einfach sei das Problem nicht, wandte Dr. med. Ernst Girth ein: „Die Diskussion ist nur vordergründig am Geld orientiert.“ Tatsächlich gebe es seit Jahrzehnten eine geschlossene Front derer, die die Carl-Oelemann-Schule abschaffen wollten. Wie Girth sprachen sich u.a. auch Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Detlef Oldenburg und Dr. med. Sigmund Drexler eindeutig für den Erhalt der Einrichtung und des mit ihr verbundenen Internats aus. Der Auffassung einiger Delegierter, die Schule auch ohne die Bereitstellung von Unterkunftsmöglichkeiten betreiben zu können, hielt Dr. med. Alfred Möhrle entgegen, dass die hessische Ärzteschaft für die Unterbringung der aus ganz Hessen stammenden Auszubildenden und Arzthelferinnen verantwortlich sei. Das Projekt eines Internatsneubaus müsse weiterverfolgt und, solange die Finanzierung noch nicht sichergestellt sei, eine Zwischenlösung gefunden werden. Nach kontroversen Diskussionen und einer zweiten Lesung des Antrags von Haas und Buchalik auf Ablehnung eines Neubaus des Internats beschloss das Ärztenparlament den Neubau derzeit wegen fehlender Finanzierungsvoraussetzungen nicht durchzuführen. In der Delegiertenversammlung November 2006 soll die endgültige Entscheidung fallen. Die Geschäftsführung der Landesärztekammer wurde beauftragt, ein Übergangsmodell für die Unterbringung der Teilnehmerinnen bis zur endgültigen Klärung der Finanzierungsfrage zu entwickeln, um die Überbetriebliche Ausbildung aufrecht zu erhalten.

Katja Möhrle

Schlüsselwörter

BAT – Carl-Oelemann-Schule – Facharzt für Allgemeinmedizin – Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt – Geriatrie – HPC (Health Professional Card) – Tarifvertrag – Weiterbildung in Teilzeit – Weiterbildungsordnung – Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Ärztliche Entscheidungsspielräume – durch Leitlinien eingeeengt oder erweitert?¹

Frank Praetorius

Th. W. Adorno: Frei ist erst, wer keinen Alternativen sich beugen müßte, und im Bestehenden ist es eine Spur von Freiheit, ihnen sich zu verweigern.

(ges. Werke Bd. 6:225)

Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) hat in wenigen Jahren den wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Sprachraum erobert. Als ihre Aufgabe definiert sie, *die vielfältigen Rationalitätsdefizite der klinischen Praxis wie der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung abzubauen* (Raspe). Selbstverständlich kann man nicht „die EBM“ dafür verantwortlich machen, wenn diese hohen Ansprüche teilweise unerfüllt bleiben. Gravierende Probleme sind durch Seiteneffekte der Reform eines Gesundheitswesens entstanden, das seit langem durch Ressourcenknappheit und die daraus resultierenden Interessenkonflikte gekennzeichnet ist. Die neuen Gesetze haben zu einer Überforderung der Ak-

teure geführt, die ein Verhalten im Sinne der „Kochbuchmedizin“ fördert.

Überforderung der Entscheidungsträger

Kochbuchmedizin im DRG-Stress

Das EBM-Modell der britischen Epidemiologen scheint ebenso ausgewogen wie einfach und unkompliziert praktikabel zu sein:

- Zuerst wird der klinische Zustand festgestellt,
- dann werden die möglichen therapeutischen Optionen nach ihrer efficacy, effectiveness und efficiency „abgeglichen“,
- danach die möglichen Reaktionen des Patienten auf die Therapien eingeschätzt,
- und schließlich soll ärztliches Fachwissen und Können all das auf einen Nenner bringen und dem Patienten die adäquaten Empfehlungen geben (Haynes 2002) [1].

In der realen Welt wird dieses Entscheidungsverfahren von vielen Klinikern als

bürokratisch überfrachtet angesehen und deshalb nur rudimentär praktiziert. Stattdessen werden relativ umstandslos Leitlinien angewendet, soweit sie leicht zugänglich und schnell anwendbar sind, d.h. keine zeitraubende kritische Betrachtung voraussetzen.

Die Überlastung der hessischen Assistenzärzte ist statistisch belegt [2]. Ihre Arbeitszeit liegt 10-15 Stunden über den auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt diskutierten Werten. Mehr als 75 % von ihnen arbeiten länger als 45 Stunden (Abb. 1). Es wundert nicht, dass Zeitdruck als ein Grund von Unzufriedenheit mit dem Beruf genannt wird – einem Beruf, in dem ständig neue Entscheidungen nach gründlicher Überlegung gefragt sind. Auch bei den niedergelassenen Ärzten wächst seit langem das Gefühl, „ausgebrannt“ zu sein [3].

Berufsfremde Tätigkeit macht Ärzte unzufrieden: Über 70 % der hessischen Assistenzärzte beklagen ein Übermaß an Verwaltungsarbeit. Der durchschnittliche Dokumentationsaufwand je Arzt und Arbeitstag belief sich schon vor dem

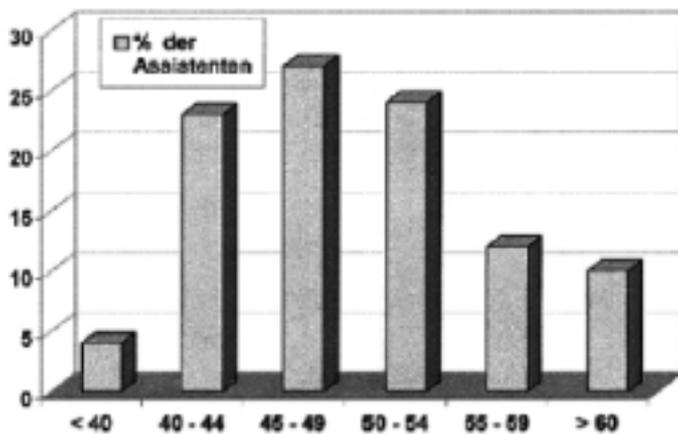


Abb. 1 Wöchentliche Arbeitszeit (ohne Bereitschaftsdienst) bei hessischen Assistenten [2].

Freie oder vorgeformte ärztliche Entscheidungen

Aktiv geformt:	Passiv geformt:
Entscheidungen durch <ul style="list-style-type: none"> • Nachdenken • Diskussion • logische Abgleichung • laterales Denken (de Bono) • ärztliche Intuition • gezielte Fachlektüre 	Entscheidungen nach <ul style="list-style-type: none"> • Stadieneinteilungen • Therapie- u. Diagnose-schemata • Lehrmeinungen • Großstudien („Studienlage“) • Metaanalysen • „Empfehlungen“ • DMP's und anderen Vereinbarungen • Richtlinien • Leitlinien

Tabelle 1: Regulierung ärztlicher Entscheidungen (nach [5])

¹ Gekürzte Fassung von „Leitlinien und ärztliche Entscheidungsspielräume. Eine kritische Bestandsaufnahme unter ethischem Aspekt.“ Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. (2005) 99; 15-23

Zeitalter der DRGs auf drei Stunden und 15 Minuten [4].

Das DRG-Entgeltsystem beruht nicht mehr auf den erbrachten Leistungen (wozu auch Fallpauschalen und Sonderentgelte gehörten), sondern auf einem Konstrukt von Diagnose plus akzeptierter Therapie¹. Das erzwingt eine Konvergenz von EBM und DRG, mit einem deutlichen Anreiz zu standardisierten Diagnose- und Behandlungsschemata einschließlich definierter Behandlungspfade (Clinical Pathways) [4].

Klinikassistenten und niedergelassene Kollegen sehen die Gefahr, dass die EBM als „neue Komplikation“ nicht die erhoffte Erleichterung, sondern nur eine Steigerung der bürokratischen Belastung bringen wird. Die Regulierungen der Gesundheitspolitik können den Arzt in eine double-bind-Situation führen. Wie soll er mit Hilfe der EBM gleichzeitig methodisch und gründlich vorgehen und dabei Zeit sparen? David Sackett formulierte zwar (1996), dass EBM keine Kochbuchmedizin ist und nicht dazu gedacht, Kosten zu senken oder Zeit zu sparen – Idealsätze, denen sich der Kliniker verpflichtet weiß, aber dennoch aus Zeitdruck zu der Kochbuchmethode greift, beispielsweise zu „Pocket Guidelines“. Die Reformlast verbessert nicht die erwünschte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit neuen und alten Leitlinien, sondern die Tendenz zur Arbeitserleichterung durch schematische Anleitungen.

Denkbremsen und Denkverbote bei ärztlichen Entscheidungen

Wenn die Implementierung von Leitlinien in Praxis und Klinik nicht durch ökonomische Anreize gefördert wird, gelingt sie oft unzureichend. Dabei spielen Motivationshemmungen durch eine primär unbeabsichtigte Machtförmigkeit von EBM-Strukturen eine Rolle: Vorschriften werden als autoritativ empfunden, sie wirken „fremdbestimmt“. Ein wichtiges Beispiel sind die so genannten Di-

sease Management Programme (DMP), in denen nach politischen Vorgaben eine Einigung von Krankenkassen und Ärzten festgeschrieben wird. Diese Verträge formulieren einen starken, vielleicht heilsamen Druck zur Einhaltung der „aktuell gültigen Leitlinien“ – was immer das jeweils sein mag. Es gibt Sanktionen, z.B. bei wiederholter „Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte“, wie in dem DMP „Koronare Herzkrankheit“ in Hessen (2004). Die Spezialisten erwarten, dass evidenzgeprüfte Medikamente wie die Statine von den Hausärzten generell und richtig dosiert eingesetzt werden (was ohne DMP nur bei 30-40 % der Patienten geschieht), und dass die Indikation zu apparativen Maßnahmen nach den gültigen Leitlinien erfolgt. Viele Hausärzte stehen vor der Frage, ob sie sich als Koordinator auf diese fest strukturierte Zusammenarbeit mit Spezialisten und Kliniken – mit noch unbewiesenen Vorteilen für die Patientenversorgung – einlassen und die Vorteile durchgeplanter Wege („Clinical Pathways“) gegen die bisherige Freiheit abwägen wollen.

Es geht nicht darum, die eine oder andere Seite der *Tabelle 1* durchzusetzen. Doch fragt sich der skeptische Arzt angesichts einer allgemeinen Regulierungseuphorie, ob er seine Wissenschaftlichkeit nur noch durch Unterwerfung unter all diese Schemata unter Beweis stellen kann. Wie, fragt er beispielsweise, muss man reden in der EBM, um als professionell akzeptiert zu werden? Nicht „sapere aude“ wie bei KANT, sondern „wie soll ich denken“?

Immerhin war seit der Aufklärung die Frage der ärztlichen Entscheidungsspielräume eine Frage der Freiheit des Denkens. Heute bewegt sich der wissenschaftliche Diskurs auf den Stationen zunehmend weniger auf dem Feld der unmittelbar belegbaren Fakten, sondern hat sich auf die Meta-Ebene des Kennens und Vergleichens von „Studienlagen“ oder Leitlinien verlagert. Die

Suche nach Kausalitäten wird relativ uninteressant, sie steht zurück gegenüber der Entscheidung zwischen maßgebenden Großstudien (RCT's) oder Leitlinien („welche wenden wir diesmal an?“). Statt der „Therapeiekünstler“ früherer Zeiten mit ihren manchmal allzu genialen Therapiefehlern findet man heute den „Therapievollstrecker“ (K. Brune) – mit seiner Gefährdung durch Scheinevidenzen infolge eines geschickten Designs von scheinbar erstklassigen – aber „geschönt“ – Studien.

Verunsicherung der Leitlinienanwender

• durch die globale Redundanz von Leitlinien

Weltweit rechnet man mit mehreren 10.000 Leitlinien. Für diese fühlen sich zahlreiche Fachgesellschaften verantwortlich. Allein auf dem Gebiet der Kardiologie gibt die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) 17 wichtige internationale Leitlinienanbieter an – jeder mit einem umfangreichen Angebot an Leitlinien (www.leitlinien.de/leitlinien-anbieter/fachspezifisch). Aufgrund der Leitlinien-Redundanz ist deren Qualität in Gefahr. Hasenfeld und Shekelle [6] zeigten 2003, dass die methodische Qualität von Leitlinien in den USA wieder deutlich abnimmt, seit sie nicht mehr regelmäßig multidisziplinär und häufig ohne systematische Literatur-Reviews entwickelt werden.

• durch die uneinheitliche Definition von Evidenz

Man kann der Feststellung von Paul Shekelle [7] zustimmen, wonach die heute zur Verfügung stehenden Klassifikations-schemata von sehr einfach bis komplex rangieren, und keines sich bisher als optimal erwiesen hat. Als Internist und Kardiologe steht man vor dem Gegensatz der ebenso konsequenten wie kompetenten AHA/ACC-Definitionen und der „Einteilung der verfügbaren Evidenz“

¹ So führt im DRG-System die Suche nach Nebendiagnosen zu höheren Erlösen (durch Höherstufung bei fünf Schweregradgruppen (PCCL)): Eine primär ökonomisch, weniger wissenschaftlich motivierte Dokumentation.

Uneinheitliche Definitionen von Evidenzstärke	
American College of Cardiology (ACC)/ American Heart Association (AHA)	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Levels of Evidence	Evidenzstärke
Level of Evidence A: Data derived from multiple randomised clinical trials.	I a Metaanalyse randomisierter, kontrollierter Studien I b Mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie
Level of Evidence B: Data derived from a single randomised trial or non-randomized studies.	II a Mindestens eine kontrollierte Studie ohne Randomisierung II b Mindestens eine Studie mit quasi-experimentellem Ansatz, z.B. Vor- Danach-Untersuchung
Level of Evidence C: Consensus opinion of experts	III Beschreibende, vergleichende oder Case-Control-Studie IV Expertenkomitee oder Expertenmeinung oder beides

Tabelle 2

der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) [8], die sich nach einem der britisch-amerikanischen Vorbilder richtet [7]. In Tabelle 2 sind die beiden Klassifikationen nebeneinander gestellt. Es entsteht der Eindruck, als ob - unausgesprochen - hinter einigen Formulierungen unterschiedliche ökonomische Interessen und die Verteidigung von Machtstrukturen stehen (deren Aufklärung versuchend kommt man im Einzelfall selten über das Kopfschütteln hinaus).

Die Gradskala der DGIM zeichnet sich durch eine stärkere Differenzierung aus, unter Inkaufnahme alter Techniken wie „Studien mit quasi-experimentellem Ansatz“ oder „beschreibende, vergleichende oder Case-Control-Studien“, die lediglich auf einer marginal verbesserten Expertenmeinung beruhen. Wenn man keine RCT zur Verfügung hat, ist letztere vorzuziehen. Allerdings fragt sich bei einer allzu häufigen Verwendung, wer diese Autoritäten sind und wer sie auswählt - beispielsweise wie häufig bei den 49-mal Level IV („D“, gezählt im gastroenterologischen Teil der neuesten Lieferung der DGIM) ein einzelner Fachmann entscheidend war, wie in den Lehrbüchern früherer Zeiten.

Die DGIM hält es für angebracht, die „aus einer anderen Medizinkultur (!) übernommenen Definitionen der ‚Evidenzstärke‘ und ‚Empfehlungsgrade‘ ... den Notwendigkeiten der Inneren Medizin in Deutschland anzupassen“ [8]. Nun beruht moderne Forschung (auch in der Form von RCT's) fast nur noch auf weltweiten Standards. Man darf fragen, in welcher Richtung die Anpassung nationaler oder internationaler Levels of Evidence vorzugsweise erfolgen soll. Viele Kliniker ziehen die Einteilung der amerikanischen Kardiologen wegen ihrer Klarheit und Kompromisslosigkeit vor.

Der von der klinischen Realität bedrängte Stationsarzt reagiert auf diese Verunsicherungen nicht, wie man hoffen könnte, mit vermehrter differentialdiagnostischer und -therapeutischer Reflexion, sondern mit Denkhaltung und Rückzug, mit einer technokratischen Regression auf schnelle Patentlösungen [9], eben auf die „Kochbuchmedizin“

• durch (notwendig) starre Exklusionsregeln und Latenzen („lags“) der RCT

In der Medizin als biomedizinischer Wissenschaft müssen Fragestellungen, Hypo-

Einschränkung der Entscheidungsräume beim Anwenden von Leitlinien			
Psychologisch		Juristisch und ökonomisch	„Erkenntnistheoretisch“ d.h. übersehen von
Leitlinien sind oft bequemer als eigene Gedanken	Identifikation einer Leitlinie mit einer Institution oder dem Vorgesetzten* → Lähmung des Denkens	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichsetzung von Leitlinien mit Richtlinien • drohender Regress • drohender Verlust des Arbeitsplatzes 	<ul style="list-style-type: none"> • Interessen: <ul style="list-style-type: none"> - Industrie - Karriere, Ansehen • soziologischen und historischen Kontexten • anderen „Denkschienen“: <ul style="list-style-type: none"> - empirisch - hermeneutisch
* Es gibt auch evidenzbasierte Vorgesetzte (z.B. mit „überlegenem“ Leitwissen)			

Tabelle 4

thesen und Studiendesign oft stark vereinfacht werden. Dieser reduktionistische Ansatz macht die Anwendung klinischer Forschungstechniken auf komplexe Krankheitsbilder sehr schwierig. Nach Anschütz leidet der durchschnittliche internistische Patient an Krankheiten aus 2,4 Teilgebieten des Faches [10]. Je mehr man bei der Forschung einem reduktionistischen Ansatz folgt, desto weniger ist später etwas prognostizierbar (T. Meinertz). Die aus einer jeweiligen Studienlage entwickelten Leitlinien sind grundsätzlich weder allgemeingültig (durch ihre Exklusionsregeln) noch aktuell (RCT-„lag“, Implementierungs-„lag“ [11]). Ihre starre Anwendung kann gegen die Interessen der Patienten gerichtet sein - und andererseits den Wissenschaftsfortschritt behindern. Gibt es außerhalb der EBM Chancen für nicht-lineare Prozesse, die dem Wesen der RCT's fremd sind, oder soll Determinismus pur gelten? Der Kliniker weiß, dass zumindest die Vermittlung von Wissenschaft meist chaotisch ist - oder wie der Kardiologe Eckart Fleck sagte: *Die Einführung von gesichertem Wissen folgt keiner logischen Regel.* Ein vertiefter wissenschaftstheoretischer Diskurs hat noch nicht einmal begonnen.

• durch systematische Verzerrungen: Publication bias

Positive Studien werden rascher geplant, schneller und leichter publiziert und die Leitlinien in kürzerer Zeit verfasst und verteilt. Für ein Pharmakon negative Studienergebnisse werden eher nicht publiziert. Die entstehende „Publication bias“ kann bei der Nutzen-Risiko-Abwägung zur Überschätzung der Wirksamkeit oder zur gefährlichen Unterschätzung von Risiken durch Pharmaka führen (vgl. den bekanntesten Fall: CAST). Als wirksames Gegenmittel haben zwölf namhafte internationale Journale ab 1. Juli 2005 den Nachweis der Vorab-Registrierung zur Voraussetzung der Veröffentlichung von Studien gemacht [12]. Die deutschen Ethikkommissionen fordern ein öffentlich zugängliches Register mit Anschluss an das weltweite CCT-meta-Register.

• durch Missbrauch von EBM in der Werbung

Immer häufiger werden Medikamente als „unumstritten & erstattungsfähig“ und „leitlinien-gerecht“ angepriesen und als „Standardtherapie“ mit „EBM“ als Werbesignum versehen – sehr oft ohne überprüfbares Literaturzitat. In 94 % der Werbeprospekte sind die Inhalte nicht durch valide wissenschaftliche Untersuchungen nachvollziehbar [13].

Versorgungsforschung als Kontrolle der Über-Regulierung
Prospektive kontrollierte Register

Tabelle 3 zeigt die Bedeutung prospektiver kontrollierter Register im Vergleich zu RCT's. Die gewonnenen Erkenntnisse können „geltende“ RCT's und Leitlinien entkräften und völlig neue Studien notwendig machen. Denn RCT's gelten nur so lange, bis in der wissenschaftlichen Realität ihre Grundlagen nicht mehr zutreffen. Im Beispiel der Abb. 2 hat ein einzelner Laborfaktor, die Troponine in der Diagnostik der akuten koronaren Syndrome, die Definition des Krankheitsbildes dramatisch verändert. Mit der Troponinbestimmung konnten 41 % „NST-AMI“ nachgewiesen werden, das heißt fast doppelt so viele Myokardinfarkte ohne ST-Hebung wie bisher. Da die weitere Diagnostik und Therapie davon nicht unberührt bleiben kann, gelten frühere Studien nicht mehr, die diese Gruppe unter „instabile AP“ oder gar unter „normal“ subsumierten. Ein einziger diagnostischer Test hat die wissenschaftliche Landschaft der Kardiologie verändert.

Das Verordnungsproblem der Hausärzte

Wie soll ein Hausarzt angesichts multipler positiver Studien entscheiden, beispielsweise bei der Therapie von Herzinsuffizienz und Hypertonie (Abb. 3)? Soll er alle geprüften Präparate verordnen? Nimmt er Rücksicht auf Compliance und Wirtschaftlichkeit? Oder vielleicht auf Medikamenten-Interaktionen? Denn bei gleichzeitiger Verordnung von mehreren Medikamenten können die mögli-

chen Effekte grundsätzlich sowohl additiv wie synergistisch bzw. subadditiv, neutral oder negativ sein [15]. Das wurde selten in kontrollierten Studien untersucht und wäre eine Aufgabe für prospektive Register. Es ist jedenfalls zu begrüßen, dass Hausarztverbände derzeit „praktikable“ Leitlinien erarbeiten.

Klinische oder wissenschaftliche Professionalität

Freie oder vorgeformte Entscheidungen (Tab. 1) – bei diesem Thema sitzt man leicht zwischen allen Stühlen. Auf der einen Seite kann man beobachten, dass in der postmodernen Ärztegeneration oft schon die Warum-Frage verpönt ist. Muss man alles hinterfragen – klagen manche – wo doch der unabhängig urteilende Geist nur noch ein Relikt jener Zeit ist, in welcher noch der Dualismus galt. Warum also nicht „Kochbuch“, wird polemisch gefragt, und man formuliert neurobiologisch: unser Denken ist durch die Hirnstrukturen so vorgeprägt, dass „geistige Freiheit“ dem Postulat kausaler Geschlossenheit widerspricht und als illusionäres Relikt der Aufklärung zu sehen ist. Die andere Seite hält das Leib-Seele-Problem für immer noch ungelöst und einen starren Monismus schon deshalb für unwissenschaftlich. Sie klagt über den Verlust der ärztlichen Entscheidungsfreiheit, fühlt sich eingeengt durch EBM und Leitlinien. Beide Seiten können ihren Anspruch derzeit nicht durchsetzen. Vorerst noch kennzeichnet den Hausarzt und Klini-

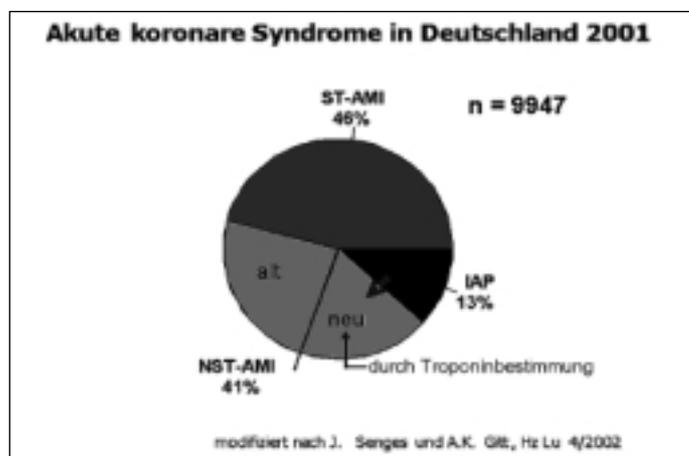


Abb. 2: Register der ALKK: Akute Koronarsyndrome [14]

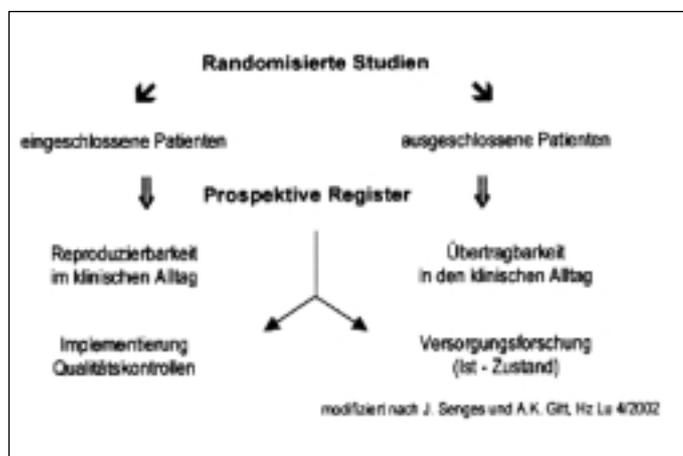


Tabelle 3: Prospektive Register und Randomisierte Studien. [14]

Was für Medikamente (alle EBM-gestützt)?? Herzinsuffizienz und Hochdruck						
Choice of the medicament(s)			Family doctor's calculation	Decisions		
Name (F)	No. tablets	€/day*	Take into consideration	Dilemma	Tablets	€/day
ACEpril [®]	2/day	1,60	Guidelines? Side effects? Interactions? Compliance? Budget?	Take all of them?	9	5,02
Betanolol [®]	2/day	0,81		Just one?	1	~ 0,56
Nonusodipin [®]	1/day	0,68				
Reservosartan [®]	1/day	1,17				
Digiforget [®]	1/day	0,09				
Aquotanal [®]	1/day	0,29				
Spironosubtil [®]	1/day	0,38				

* = calculated from the German „Rote Liste 2003“
(F) = Fantasy, no trademark

Abb. 3: Sieben Therapien mit hohem Evidenzniveau. Die Phantasienamen können problemlos durch Generika oder Firmennamen ersetzt werden (F. Praetorius (2005)[11])

ker das Bewusstsein der Differenz zwischen Wissenschaft und Anwendung, während der reine Experte seine Aufgabe in der möglichst umstandslosen Umsetzung wissenschaftlicher Grundlagen in die Praxis sieht. Der klinische Praktiker gewinnt seine Professionalität erst eigentlich im Grenzgebiet zwischen Wissenschaft und Praxis [9]. Der Mangel an Gewissheit ist genau sein Ort, denn Entscheidungen in der Medizin müssen regelmäßig unter Unsicherheit getroffen werden. Die notwendige Grauzone zwischen Wissenschaft und Praxis ist oft mit den „ärztlichen Entscheidungsspielräumen“ identisch. Wir sollten sie eher pflegen als verwischen (Tab 4). Noch gilt, dass praktische Medizin vor allem Entscheiden und Handeln bedeutet, natürlich nicht außerhalb von Wissenschaft, aber oft ohne sie.

Literatur

- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002; 324:1350
- Kaiser RH, Kortmann A. Arbeitszeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte. *Hessisches Ärzteblatt* 2002; 2:72-73 und 3:128-31

- Deckard G, Meterko M und Field D, *Med Care* 1994;32:745-54: 58 % der befragten US-Ärzte geben hohe Werte von emotionaler Erschöpfung an.
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, *Jahresbroschüre* 2003, S. 10
- Praetorius F, Sahm S. *Ethische Aspekte der Regularisierung ärztlichen Handelns. Ethik Med* 2001; 13:221-42
- Hasenfeld R, Shekelle PG. *Is the methodological quality of guidelines declining in the US? Qual Saf Health Care.* 2003; 6:428-34
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. *Developing guidelines BMJ* 1999; 318:593-6
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin: *Rationelle Diagnostik und Therapie* (2004) Seite 3-4, und A, Seite 1
- Vogd W. *Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Zeitschrift für Soziologie* 2002; 31: 294-315
- Anschütz, F. *Ärztliches Handeln. Darmstadt* 1987, Seite 60
- Praetorius F. *Evidence-based Medicine and Clinical Guidelines in Cardiology. In: Ethical Issues of Evidence Based Practice. Springer: Heidelberg* 2005, im Druck
- De Angelis C et. al.: *Clinical Trial Registration: A Statement from the International Committee of Medical Journal Editors. Ann Intern Med.* 2004; 141:477-8
- Kaiser T, Ewers H, Waltering A, Beckwermer D, Jennen C, Sawicki PT. *Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? arznei-telegramm* 2004; 35/2, 21-3

- Senges J, Gitt AK. *„Evidence-based medicine“.* *Dtsch. Ges. Kardiologie* (2002) 4/2002.
- Califf RM, DeMets DL. *Principles From Clinical Trials Relevant to Clinical Practice: Part I. Circulation.* (2002); 106:1015-1021

Korrespondenzadresse

Dr. med. Frank Praetorius
Internist und Kardiologe, Chefarzt a.D.
Lauterbornweg 27
63069 Offenbach
e-mail: e.u.f.praetorius@t-online.de

Schlüsselwörter

Leitlinien – GMG – Prospektive Register – Randomisierte Studien – Publication bias – Regularisierung

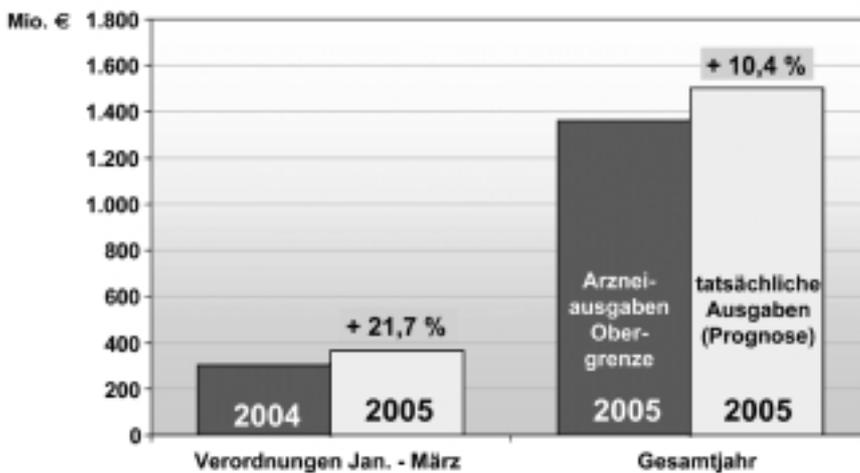
Mit freundlicher Genehmigung Auszüge aus: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.*

(Z.ärztl.Fortbild.Qual.Gesundh.wes. (2005) 99; 15-23). www.elsevier.de/zaefq

Steigende Arzneimittelausgaben in Hessen: Drohen nun Honorarverluste und Regresse?

Arzneimittel-Barometer der KV Hessen - Entwicklung der Ausgaben -

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Einheitsverband des öffentlichen Rechts



Datenquelle: MDCH/HEALTH

Bundesweit sind in den ersten Monaten des Jahres stark steigende Ausgaben für Arzneimittel in allen Kassenärztlichen Vereinigungen beobachtet worden, auch in Hessen. Lautstark fordern der Gesetzgeber und die Kassen bessere Beratung und Information, sowie verbesserte Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte.

Wenn auch ein erheblicher Teil dieses Kostenanstieges auf administrative Ursachen wie etwa die Absenkung des Zwangsrabattes der Industrie gegenüber den Kassen von 16 auf 6 Prozent zurückzuführen ist, ändert dies nichts an der Tatsache, dass den hessischen Ärzten durch die starke Zunahme der Arzneimittelausgaben unter Umständen Honorarverluste und Regresse drohen. Dies ist auf die Ausgabenobergrenze für Arzneimittel zurückzuführen, welche die Kassenärztliche Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen jedes Jahr vereinbart. Sie beläuft sich im Jahr 2005 auf 1.356 Milliarden

Euro und liegt damit 8,5 Prozent höher als im Jahr 2004.

Bei einer Überschreitung der Obergrenze werden die Kassen erfahrungsgemäß im Rahmen der Honorarverhandlungen darauf hinweisen, dass vom Honorar 2006 ein entsprechender Abzug um den Überschreibungsbetrag erfolgen wird. Dies würde de facto einem Kollektivregress entsprechen. Dieser Fall tritt ein, wenn die derzeitige hochgerechnete Überschreitung am Jahresende unverändert eintreten sollte.

Der Erstattungsbetrag, der sich aus dem Anstieg der Arzneimittelausgaben errechnet, beträgt schlimmstenfalls ca. 18.000 Euro pro Praxis. Wie wird dieser Erstattungsbetrag beglichen werden, der für die einzelnen Praxen als Honorarverlust spürbar werden wird? Ganz einfach, das Gesamthonorar, welches die Krankenkassen zur Verfügung stellen, wird um diesen Überschreibungsbetrag gekürzt werden.

Neben diesem „Kollektivregress“, der alle Praxen trifft, sind aber viele Praxen zusätzlich von Richtgrößenprüfungen bedroht, da eine Konsequenz des Ausgabenzuwachses ein stark angestiegenes Verordnungsvolumen in vieler Praxen ist. Die Richtgrößeninformationen, welche die KV Hessen im Februar allen Praxen hat zukommen lassen, zeigen auf, wie stark jede einzelne Praxis gegebenenfalls ihre Praxisrichtgröße überschreitet. Liegt eine Praxis bei mehr als 25 Prozent Überschreitung, erfolgt eine Richtgrößenprüfung. Lässt sich diese Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten (Krankheitsbilder, teure erforderliche Therapien) erklären, wird ein Richtgrößenregress festgesetzt.

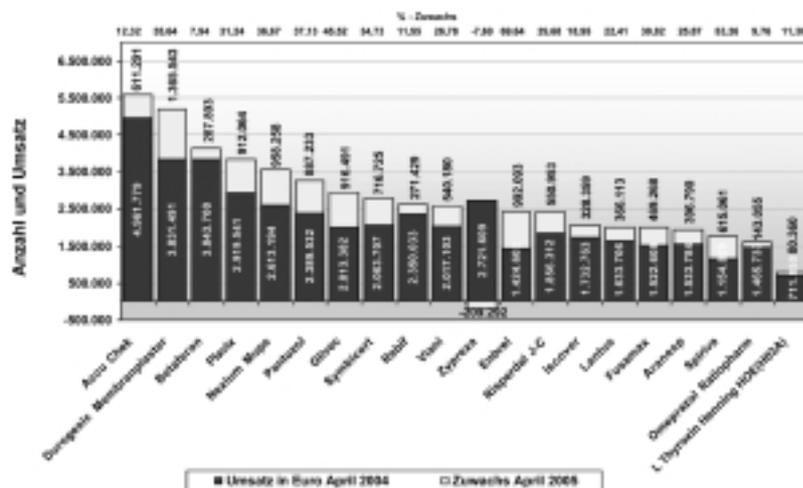
Die hohen Verordnungskosten bedrohen also viele Praxen in zweifacher Hinsicht: Alle Praxen sind durch den „Kollektivregress“ bedroht und individuell darüber hinaus durch die Richtgrößenprüfung.

Dieses Horrorszenario kann nur bedingt verhindert werden, wenn es gelingt nachzuweisen, dass die Kostenausweitung auf Fremdfaktoren sowie auf medizinisch erforderlichen und wirtschaftlichen Therapien beruht. Alle Praxen, die ihre Richtgrößen voraussichtlich überschreiten, werden dies mit ihren Praxisbesonderheiten nachweisen müssen.

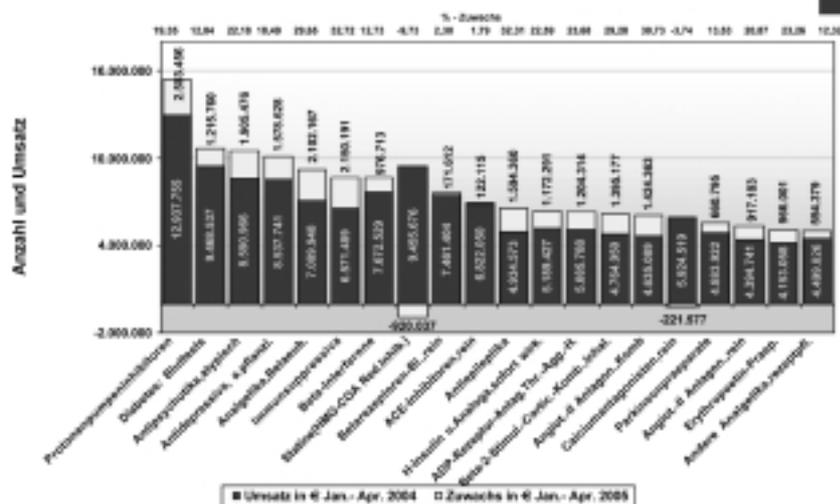
*Dr. med. Wolfgang LangHeinrich
Referat Pharmakotherapie der
KV Hessen*

Überproportionale Zuwächse bei den Arzneimittelausgaben in Hessen

Die 20 umsatzstärksten Präparate & Zuwächse in Hessen - Januar bis April 2005 -



Die 20 umsatzstärksten Indikationsgruppen & Zuwächse in Hessen - Januar bis April 2005 -



Die beiden auf diesen Seiten abgebildeten Graphiken dokumentieren die dramatischen Verordnungszuwächse in 2005 bei allen Fachrichtungen - also über praktisch den gesamten medizinischen

Bereich. Die Darstellungen zeigen die Zuwächse sowohl bei den Verordnungen von Einzelpräparaten als auch innerhalb der einzelnen Indikationsgruppen. Sie liegen zwischen 7,94 (Betafe-

ron) und 69,64 (Enbrel) Prozent bzw. zwischen 1,79 (ACE-Inhibitoren, rein) und 32,74 (Immunsuppressiva) Prozent. Vieles davon entfällt eindeutig auf teure, neue Therapien (wie etwa bei den Interferonen, Erythropoetinen, ADP-Rezeptorantagonisten, bei der Osteoporosetherapie etc.), welche - falls indiziert - unabweisbar sind und keinem Patienten verweigert werden können bzw. dürfen.

Auf der anderen Seite sind Zuwächse z.B. von ca. 40 Prozent bei den Protonenpumpenhemmern (nahezu ausnahmslos Originalpräparate), ca. 35 Prozent bei Opiatpflastern, ca. 20 Prozent bei Thrombozytenaggregationshemmern nicht ohne Weiteres als medizinisch zwingend erforderlich erkennbar bzw. nachvollziehbar. Denn wenn diese Ausweitung auf Grund der Krankheitsbilder erforderlich und begründet ist, müsste im Umkehrschluss im Jahr 2004 bei diesen Indikationen eine massive Untertherapie stattgefunden haben.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden rechtlichen Gegebenheiten, der Begrenzung bei den Arzneimittelkosten, welche von der KV nicht beeinflusst bzw. korrigiert werden können, drohen Honorarverluste und Richtgrößenprüfungen.

Unmissverständlich muss betont werden, dass jeder Patient Anspruch auf eine moderne, gesicherte, vom Krankheitsbild her erforderliche Therapie hat, auch wenn sie ggf. sehr teuer ist. Aber: Jeder verordnende Arzt muss seine Verordnungen auf Erfordernis, Notwendigkeit und auch auf Wirtschaftlichkeit überprüfen, sonst droht allen hessischen Praxen ein Honorarverlust und vielen sogenannten Hochverordnern ein Richtgrößenregress. Dies gilt es unter allen Umständen zu vermeiden.

*Dr. med. Wolfgang LangHeinrich
Referat Pharmakotherapie der
KV Hessen*

„Bürgerversicherung – Gesundheitsprämie oder was sonst?“

Ein Bad Nauheimer Gespräch

Im deutschen Gesundheitswesen hat das Wort Reform inzwischen einen schalen Beigeschmack. Zu oft sind dem System in den vergangenen Jahren neue Modelle mit kurzem Verfallsdatum übergestülpt worden. Weder wurden auf diese Weise langfristig Finanzlöcher der gesetzlichen Krankenkassen gestopft, noch überzeugende Konzepte dafür vorgelegt, wie die steigenden Kosten künftig ohne Rationierung bewältigt werden sollen. Mit Hilfe von Praxisgebühr und Arzneimittelzuzahlungen hat die jüngste Reform, das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz, vor allem die Arbeitgeber entlastet; Arbeitnehmer und Rentner zahlen insgesamt mehr, ohne allerdings zusätzliche Leistungen zu erhalten. In Klinik und Praxis finden Ärzte oft unzumutbare Arbeitsbedingungen vor; viele wandern in andere Berufe oder ins Ausland ab. Leidtragende der Entwicklung sind die Patienten, denn ihnen droht eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung. Die Zeit ist reif für eine grundlegende Reform. Doch haben die beiden großen politischen Parteien geeignete Rezepte? Das jüngste, im großen Saal der Kassenärztlichen Vereinigung in Frankfurt veranstaltete Bad Nauheimer Gespräch mit dem Titel „Bürgerversicherung – Gesundheitsprämie oder was sonst?“ weckte Zweifel daran. Auch das als Alternative zu Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie vorgestellte Modell der individuellen Vorsorge ließ manche Frage, wie etwa die nach einer gerechten sozialen Absicherung, offen.

Individualprinzip langfristig angelegt

Als „Herumkurieren an den Symptomen, ohne Ursachen zu bekämpfen“ bezeichnete Professor Dr. Dr. h.c. Peter Oberender alle bisherigen Anstrengungen, das Gesundheitswesen zu kurie-

ren. Bevor er seinen Zuhörern mit dem „Individualprinzip“ ein nach eigenen Worten „zukunftsfähiges Modell“ präsentierte, das langfristig bis 2050 angelegt sei, analysierte der im Bereich Gesundheitsökonomie engagierte Prodekan der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth, die gegenwärtige Situation. Seit Mitte der 70er Jahre werde mit einer Politik der Kostendämpfung und der Beitragssatzstabilität versucht, die Wettbewerbsfähigkeit des Standortes Deutschland zu sichern. Allerdings ohne Erfolg, denn nicht die Kostensteigerung im GKV-System sei das Problem. Vielmehr führten falsche Anreizstrukturen zu den unerwünschten Konsequenzen Über- und Unterversorgung. Das Gesundheitswesen, mit 4,2 Mio. Beschäftigten eigentlich ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor par excellence, werde gedrosselt und zu einem reinen Reparaturbetrieb reduziert, kritisierte Oberender und forderte einen Systemwechsel. Auf der Grundlage des Sozialstaatsprinzips müsse dieser den zukünftigen Herausforderungen (demographische Entwicklung, „Demokratiefalle“, d.h. Umkehr der Bevölkerungspyramide und damit zunehmendes Gewicht der Alten auf den Wählerstimmenmarkt, medizinischer Fortschritt, Arbeitslosigkeit und Europäische Integration) Rechnung tragen und mit einer „ursachenadäquaten Therapie“ verbunden sein.

Während die beiden Solidarprinzipien Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen sowie beitragsunabhängigen Leistungen und Gesundheitsprämie (einheitliche Kopfprämie) beim Umlageverfahren blieben und keine neue Anreize schafften, werde durch das Individualprinzip mit personenbezogenen, d.h. dem individuellen Risiko

angepassten Beiträgen eine Kapitaldeckung erreicht. Der Einzelne sei verpflichtet, sich zu versichern und müsse für eine Altersrückstellung sorgen. „Jeder soll für das aufkommen, was er später in Anspruch nimmt“. Um die Folgen eines drastischen Wandels zu vermeiden, sollten die über 40-Jährigen im alten System verbleiben und die Jüngeren in das Kapitaldeckungsverfahren überführt werden. Anders als bei Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie gebe es beim Individualprinzip keinen Kontrahierungszwang, kein Diskriminierungsverbot und keinen Risikostrukturausgleich, sagte Oberender. Zum Schutz ökonomisch Schwacher werde analog zum Wohngeld ein „Versicherungsgeld“ gezahlt. Als positiven Effekt des Individualprinzips hob Oberender den intensiven Wettbewerb der Versicherer um die Leistungserbringer und die Vielfalt von Vertrags- und Leistungsangeboten hervor. Der „gesunde Patient“ werde honoriert und eine integrierte, ganzheitliche Gesundheitsversorgung ermöglicht, in die nicht durch staatliche Bedarfsplanung eingegriffen werden könne.

Kinder bei Gesundheitsprämien-System beitragsfrei

„Wir wollen Spitzenmedizin für alle“, erklärte die Landtagsabgeordnete und Sozialpolitische Sprecherin der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag, Anne Oppermann, im Namen ihrer Partei. Diese hatte nach einem Kompromiss mit der CSU ihr Modell der Kopfpauschale modifiziert und in die Gesundheitsprämie umgewandelt. Das neue Konzept gewährleiste eine Gesundheitsfinanzierung, die niemanden überlaste und auch sozial Schwache berücksichtige, behauptete Oppermann in ihrem kurzen Vortrag. Möglich werde dies durch eine weitgehende Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten. Die Gesundheitsprämie beschrieb sie als einen festen Beitrag, der von allen Versicherten in gleicher Höhe, unabhängig von Krankheit oder Gesundheitszustand zu zahlen sei. Ausgenommen von dieser Pflicht seien jedoch Kinder. Wegen ihrer „überragenden Bedeutung sind Kinder künftig beitragsfrei zu versichern“, hob Oppermann hervor.

Auf der Grundlage der im vergangenen Jahr entstandenen Kosten im Gesundheitssystem sei für jeden Versicherten ein Beitrag in Höhe von 169 Euro monatlich errechnet worden. Oppermann sprach in Frankfurt von 109 Euro, aber maximal sieben Prozent des Einkommens, die der Einzelne selbst zahlen müsse. Der Rest würde aus einem Sondervermögen gezahlt, in das zukünftig auch der auf 6,5 Prozent des beitragsfähigen Einkommens festgeschriebene Arbeitgeberanteil fließen werde. Diejenigen, die den monatlichen Beitrag aufgrund geringer Einkommen gar nicht oder nur schwerlich aufbringen könnten, würden durch staatliche, aus Steuergeldern finanzierte Zuschüsse unterstützt. Die Höhe der Gesundheitsprämie sei nicht statisch, ergänzte Oppermann. Sie könne bei der einen Kasse 169 Euro, bei der anderen 170 und bei einer dritten 180 Euro kosten. Dadurch werde ein echter Wettbewerb unter den Kassen möglich.

Keine Einheitskasse in der Bürgerversicherung

Der SPD-Landtagsabgeordnete Dr. med. Thomas Spies, als Mitglied der Nahles-Kommission (SPD-Parteivorstand) an der Erarbeitung der Bürgerversicherung beteiligt, pries deren Vorzüge mit geschliffener Rhetorik und zeigte sich von ihrem Erfolg überzeugt: „Wir werden wegen der Bürgerversicherung gewählt werden.“ Spies beschrieb zunächst die gegenwärtige Situation: Anders als vielfach behauptet, gebe es keine oder nur eine sehr eingeschränkte Kostenexplosion im Gesundheitswesen; die Kosten seien seit 30 Jahren mehr oder weniger stabil. Vielmehr gebe es einen Anstieg des Beitragssatzes, für den nicht in erster Linie die gestiegene Lebenserwartung haftbar gemacht werden könne, denn ihr Anteil daran sei überschaubar. Es seien nämlich nur die letzten beiden Lebensjahre, die am meisten Geld kosteten. Für die „Beitragssatzexplosion“ machte Spies indes die sinkende Lohnquote, die zunehmende „Wohlstandspreizung“, den steigenden Transferbedarf (Arbeitslosenunterstützung) und die Finanzierung von Gemeinschaftsaufgaben verantwortlich. „Das Problem ist, dass für die Krankenkassen bisher nur der Lohn eine Rolle spielt.“ Nun halte die SPD mit ihrem Modell die Lösung der Finanzierungsprobleme bereit: Jeder Bürger gehöre in die Bürgerversicherung, alle Einkommensarten würden gerechnet. Dadurch entlaste man sowohl den Faktor Arbeit als auch Familien und die öffentlichen Haushalte. Außerdem entspreche das Modell einem breiten Gerechtigkeitsempfinden. Die Furcht, mit der Bürgerversicherung sei eine Einheitskasse verbunden, bezeichnete Spies als unbegründet. Auch wer private (Zusatz-)Leistungen wolle, habe die Wahl zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Allerdings werde es künftig keine Neuzugänge zu den privaten Kassen mehr geben. Gegenüber dem System der Bürgerversicherung weise die Kapitaldeckung nur Nachteile auf, urteilte Spies und zählte auf: keine „Demographieresistenz“, keine politische Steuerbarkeit, keinen Renditegewinn

im Vergleich zu dem Umlagesystem und vor allem: weniger soziale Gerechtigkeit. In der heftigen, von Dr. med. Ingrid Haselblatt-Diedrich moderierten Diskussion, die sich nach den Vorträgen zwischen Publikum und Referenten entspann, wurde nicht mit Kritik an den Modellen von SPD und CDU gespart. So zeigten sich viele erstaunt über den niedrigen Einheitsbeitrag, mit dem die CDU das Gesundheitswesen finanzieren will. Auch konnten sie sich nicht vorstellen, wie das Sondervermögen, mit dem die CDU die Gesundheitsausgaben für Kinder und sozial Schwache bezahlen möchte, gefüllt werden solle. Oppermann räumte ein, dass alle Systeme mit „schlimmen“ Schwierigkeiten konfrontiert würden, wenn es nicht gelinge, von der hohen Arbeitslosigkeit herunter zu kommen. Im Übrigen sei das Modell der Gesundheitsprämie eng verbunden mit einer Steuerreform. Dem Vorwurf staatlicher Einmischung in die privaten Angelegenheiten der Bürger trat Spies vehement entgegen und verteidigte das SPD-Konzept: Um das Gesundheitswesen finanzieren zu können, müssten von staatlicher Stelle auch die vom Lohn unabhängigen Einnahmequellen berücksichtigt werden. Er sprach sich für die Bürgerversicherung zusammen mit einer Strukturreform aus. „Unser Problem ist doch die Mangelsituation“, befand Oberender. „Wir möchten gerne verteilen, was wir nicht mehr haben“. Selbst vorsorgen, sparen und das ganze System sozial abfedern: darauf komme es deshalb in Zukunft an. Sie vermisse in den vorgestellten Konzepten konkrete Perspektiven, erklärte die Präsidentin der Landesärztekammer Dr. med. Ursula Stüwe, am Ende der dreistündigen Veranstaltung „Auf welcher Grundlage sollen wir Ärzte in Zukunft unsere Patienten adäquat versorgen?“.

Katja Möhrle

Schlüsselwörter

Bürgerversicherung - Demographie - Einheitsbetrag - Finanzierungsprobleme - Gesundheitsprämie - GKV-System - Individualprinzip - Kopfpauschale - Solidarprinzipien

Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung weisen pauschale Betrugsvorwürfe gegen Ärzte in TV-Bericht zurück

Mit Empörung haben Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung in Hessen auf die pauschalen Betrugsvorwürfe gegen Ärzte im hessischen Fernsehen reagiert. Das ARD-Magazin Plusminus hatte in einem am 5. Juli gesendeten Beitrag jeden fünften Arzt in Hessen des Betrugs verdächtigt.

Natürlich müsse Abrechnungsbetrug von Ärztinnen und Ärzten aufgedeckt werden, erklärte Martin Leimbeck, Vizepräsident der Kammer gegenüber der Presse. Allerdings dürfe die Ahndung einzelner Abrechnungsbetrüger nicht zu einer Verunglimpfung der Ärzteschaft verleiten. Durch die Vermischung von Korruptions- und Abrechnungsbetrugsvorwürfen in dem Fernsehmagazin dränge sich der Verdacht auf, dass mit diesem „Rundumschlag gegen Ärzte“ (Dr. med. Michael Popović) der Anspruch eines seriösen Journalismus zugunsten sensationeller Berichterstattung aufgegeben werde. „Wir sind es leid, ständig als

Buhmann für den Sensations-Journalismus der Medien erhalten zu müssen,“ bekräftigte Dr. med. Margita Bert, Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Bert beklagte darüber hinaus, dass eine Frankfurter Staatsanwältin in Plusminus „völlig ungesichert“ habe behaupten können, ihre – nach eigenen Angaben noch nicht abgearbeiteten – 2.400 Ermittlungsverfahren bewiesen ein „Massenphänomen“ betrügerischer Ärzte.

Die Zahl der Vorermittlungs- bzw. Ermittlungsverfahren sagt nichts darüber aus, ob die einzelnen Vorwürfe berechtigt sind. Bis zu einem Urteil gilt in einem Rechtsstaat die Unschuldsvermutung, auch für Ärztinnen und Ärzte. Gerade die ärztliche Selbstverwaltung fordert mit Nachdruck, schwarzen Schafen im ärztlichen Beruf das Handwerk zu legen, da sie ihre Kolleginnen und Kollegen in Misskredit bringen. Dr. med. Ursula Stüwe, Präsidentin der Landes-

ärztekammer, unterstrich, dass sich die Rechtsabteilung der LÄKH in hohem Maße mit derartigen Problemen beschäftige, zu dem TV-Beitrag jedoch gar nicht befragt worden sei. Von guter journalistischer Arbeit erwarte man allerdings, dass diese auf der Basis gründlicher Recherchen erfolge.

In einem offiziellen Schreiben an den Rundfunkrat des Hessischen Rundfunks wies Stüwe am 11. Juli die pauschalen Betrugsvorwürfe gegen hessische Ärzte entschieden zurück und legte wegen der tendenziösen Berichterstattung Beschwerde gegen das ARD-Magazin Plusminus ein.

Katja Möhrle

Schlüsselwörter

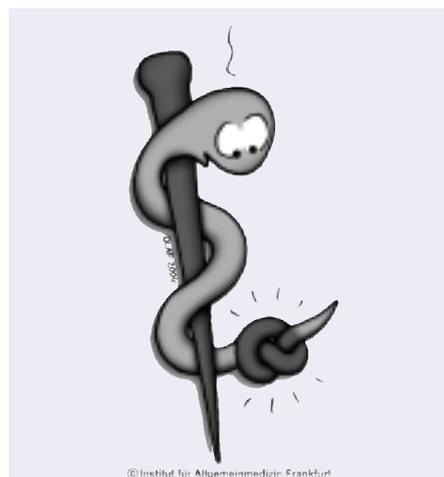
Abrechnungsbetrug – Rundfunkrat – Sensations-Journalismus



Medikationsfehler in der Hausarztpraxis

Dr. med. Eckart Blauth, Dr. med. Julia Rohe, MPH, Dipl. Dok. Tatjana Blazejewski, Dipl. Soz. Martin Beyer, Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Die Themen Patientensicherheit und Fehler in der Medizin finden ein größer werdendes Interesse unter Ärzten und in der Öffentlichkeit. Bisher ist aber nur wenig über Häufigkeiten und Ursachen von Fehlern in der Hausarztpraxis bekannt. Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt führt derzeit eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Studie zu Medikationsfehlern in Hausarztpraxen durch.



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

www.jeder-fehler-zaehlt.de

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte
„Man muß nicht jeden Fehler selbst machen, um aus ihm zu lernen.“

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte ist ein Internet-basiertes, vollständig anonymes und sicheres System, das Ihnen die Möglichkeit bietet, eigene Fehler, Beinahefehler und kritische Ereignisse strukturiert zu berichten. Diese werden dann klassifiziert und in eine Datenbank eingestellt. Ausge-

wählte Fehler werden als „Fehler der Woche“ bzw. „Fehler des Monats“ im Internet veröffentlicht, so dass ein gemeinsames Lernen ermöglicht wird. Außerdem können Sie direkt auf der Internet-Seite kommentieren und diskutieren, sowie Tipps über Verbesserungen austauschen. Der „Fehler des Monats“ wird mit eingegangenen Kommentaren in den Zeitschriften „Der Hausarzt“ und dem österreichischen „ärztemagazin“ veröffentlicht.

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem wird sowohl von der Deutschen als auch von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM und ÖGAM) empfohlen und wurde vom 108. Deutschen Ärztetag 2005 ausdrücklich unterstützt.

Es lebt von Ihrer Teilnahme. Berichten und lernen Sie mit!

Medikationsfehler gehören zu den häufigsten Fehlern in Hausarztpraxen. Im hausärztlichen Fehlerberichts- und Lernsystem www.jeder-fehler-zaehlt.de stellen sie mit 55 % die größte Gruppe dar [1]. Dies war auch in der internationalen PCISME-Studie (Primary Care International Study of Medical Errors) der Fall. In dieser Studie, an der neben internationalen Forschern auch Mitarbeiter des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin beteiligt waren, betrug der Anteil der Medikationsfehler an allen berichteten Fehlern 33,7 %, in der deutschen Subgruppe 30,4 % [2]. Eine Übersichtsarbeit aus den USA zu 15 Studien, die Indikationen von Krankenhauseinweisungen untersuchte, kommt zu dem Ergebnis, dass 4,3 % aller Einweisungen medikationsbedingt waren und davon 59 % wiederum vermeidbar gewesen wären [3].

Hausärzte verschreiben mit 54,7 % aller Verordnungen die meisten Medikamente in Deutschland, und auch die Anzahl der Verschreibungen pro Arzt ist unter den Hausärzten am höchsten [4]. Die Häufigkeit der Patientenkontakte ist bei Allgemeinärzten höher als in anderen Fachgruppen, vor allem in der Altersgruppe über 50 [5]. Gerade bei älteren Menschen steigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Medikationsproblemen aufgrund erhöhter Vulnerabilität und dem gleichzeitigen Einnehmen mehrerer Medikamente (Multimedikation). Hausärzte und deren Patienten laufen also aufgrund der Verschreibungshäufigkeit und aufgrund des erhöhten Anteils alter und multimorbider Patienten besonders Gefahr, von Medikationsfehlern betroffen zu sein.

Auch wenn die genannten Daten erste Hinweise geben, welche wichtige Bedeutung das Thema „Medikationsfehler in der Hausarztpraxis“ hat, bleiben dennoch viele Fragen offen, insbesondere was deren Häufigkeiten und Ursachen angeht. Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt führt daher eine Studie mit dem Titel „Identifikation und Prävention von Medikationsfehlern zur Stärkung der Patientensicherheit in der Hausarztpraxis“ durch. Sie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und ist die erste Studie dieser Art in Deutschland. Die zuständige Ethikkommission hat die Studie zustimmend bewertet.

Unter einem Medikationsfehler versteht man „... jedes vermeidbare Ereignis, das zu einer unangemessenen Medikationsverwendung oder zu einer Schädigung des Patienten führen kann oder dazu führt, soweit die Medikation unter Aufsicht des medizinischen Fachpersonals, Patienten oder Konsumenten steht“ [6].



Aus dieser Definition ergibt sich, dass eine Studie zu Medikationsfehlern nach Möglichkeit mehrdimensional angelegt sein sollte, um das medizinische Fachpersonal (im Falle der Hausarztpraxis also der Hausarzt und die Arzthelferinnen), sowie auch Patienten einzubinden.

Aufbau der Studie

Die Studie basiert auf drei methodischen Säulen:

- der Analyse von Patientenakten (chart audit),
- der Befragung von Patienten, sowie
- dem Berichten von aufgefallenen Fehlern durch den Hausarzt und die Arzthelferinnen (incident reporting).

Nachdem eine Einverständniserklärung der zufällig ausgewählten Patienten eingeholt worden ist, werden die Patientenakten durch Studienmitarbeiter auf das Vorliegen von Auffälligkeiten untersucht. Dabei kommen Kriterienraster zur Anwendung, welche sich auf evidenzbasierte Leitlinien stützen. In unklaren oder schwierigen Fällen werden klinische Pharmakologen zu Rate gezogen. Zur Ergänzung dieser Informationen werden die Patienten anhand eines Interviewleitfadens befragt.

Sollten auffällige Beobachtungen im Rahmen der Aktenanalyse und der Patientenbefragung gemacht werden, so werden diese vertraulich mit dem Hausarzt diskutiert. In diesem Gespräch wird zusammen mit dem Hausarzt entschieden, ob es sich tatsächlich um einen Fehler handelt oder ob es sich um eine sinnvolle und begründete Abweichung von Leitlinien handelt. Während dieser Diskussion kann gemeinsam nach Fehlerursachen gesucht und eine Klassifizierung vorgenommen werden. Die Untersuchungen im Rahmen der Analyse von Patientenakten und der Patientenbefragungen beschränken sich zunächst auf zwei definierte Untersuchungsbereiche: Orale Antikoagulation und antihypertensive Therapie. Die orale Antikoagulation wurde aufgrund der schmalen therapeutischen Breite der Medikation und des daher notwendigen Moni-

torings gewählt. Als häufige Standardtherapie gilt die antihypertensive Therapie. Für den dritten Untersuchungsbe- reich – Patienten unter Multimedikation – fehlen direkt anwendbare Kriterienraster (ähnlich den US-amerikanischen Beers-Kriterien). Solche Kriterien werden daher zusammen mit klinischen Pharmakologen derzeit erstmals entwickelt und dann in einem weiteren Studienabschnitt angewendet.

Die teilnehmenden hausärztlichen Praxen beteiligen sich zusätzlich an einem sog. incident reporting. Dabei berichten sowohl Arzthelferinnen als auch der Hausarzt/die Hausärztin selbst aufgefallene Medikationsfehler anonym über einen Zeitraum von acht Wochen. Die Fehlerberichte werden dann ausgewertet und klassifiziert.

An den beiden Untersuchungsbereichen „Antihypertensive Therapie“ und „Orale Antikoagulation“ nehmen bereits 25 Praxen teil. Dabei werden 290 Patienten befragt und deren Dokumentationen analysiert.

Nutzen der Studie

Diese Studie hat in einem ersten Schritt das Ziel, Medikationsfehler in der Hausarztpraxis zu identifizieren und deren Ursachen darzustellen. In einer zweiten Förderphase soll mit Hilfe der gewonnenen Ergebnisse ein Riskmanagement-Inventar entwickelt werden, also praxistaugliche Instrumente, die der zukünftigen Vermeidung von Medikationsfehlern in der Praxis dienen. Solche Instrumente könnten zum Beispiel Plausibilitätskontrollen in der Praxis-EDV, praxisinterne Fehlerberichtssysteme (Fehlerbuch) oder Checklisten für den Arzt und sein Praxisteam sein. Dadurch soll die Patientensicherheit in hausärztlichen Praxen insgesamt gestärkt werden. Die beteiligten Praxen profitieren direkt von ihrer Teilnahme, es können Sicherheitslücken erkannt und Verbesserungspotentiale identifiziert werden. Durch die gemeinsame Analyse von auffälligen Medikationen können die Praxismitarbeiter – und auch die Studienmitarbeiter –

für Fehlerquellen sensibilisiert und ein gemeinsames Lernen aus Fehlern ermöglicht werden.

Es werden noch weitere hausärztliche Praxen gesucht. Wenn Sie Interesse an einer Teilnahme oder noch Fragen haben, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Literatur

1. Beyer M., Rohe J., Rusitska M., Blauth E., Gerlach F.M., *Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem - Struktur und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2005. **81**: p.147-153
2. Beyer M., Dovey S.M. und Gerlach F.M., *Fehler in der Allgemeinpraxis - Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2003. **79**(7): p. 327-331.
3. Winterstein, A.G. et al., *Preventable drug-related hospital admissions. Annals of Pharmacotherapy*, 2002. **36**(7-8): p. 1238-48.
4. Nink K. und Schröder H., *Überblick über die Arzneiverordnungen nach Arztgruppen, in Arzneiverordnungs-Report 2004, Schwabe U. und Paffrath D., Herausgeber. 2004, Springer Verlag: Berlin Heidelberg, p. 915-924.*
5. Gerlach F.M. und Szecsenyi J., *Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen. Deutsches Ärzteblatt*, 2002. **99**((10) Supplement): p. 20-26.
6. *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)*, <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>, 10.6.2005

Korrespondenzadresse

Studien-Team „Error“ des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main
Professor Dr. med.

Ferdinand M. Gerlach, MPH

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt/Main

Tel. 069/6301-83620

Fax 069/6301-6428

Email: [error@allgemeinmedizin.](mailto:error@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

[uni-frankfurt.de](http://www.uni-frankfurt.de)

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin – Fehler – Medikation – Patientensicherheit – Hausarztpraxis

„Die Identität des Arztes und das Selbstverständnis des Facharztes“

Ein Kongress der Akademie in Bad Nauheim

Gemeinsamkeiten und Differenzen der ärztlichen Identitäten und daraus resultierende Konflikte, Gefährdung der Identität durch Gesundheitspolitik und Zukunftssängste sind die Themen des 3. Kongresses über Identität der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen am 1. Oktober 2005 in Bad Nauheim. Es ist ein Diskussionsforum mit Referenten verschiedener Fachrichtungen: Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Innere Medizin, Psychotherapie/Psychosomatik und Zahnheilkunde (s. S. 547). Diesmal steht der Arzt selbst im Zentrum der Veranstaltung.

Ärzte leben in der heutigen Zeit in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Ethik, Qualitätssicherung und finanzieller Reglementierung durch Sparmaßnahmen. Dadurch entsteht die Gefahr, die ärztliche Identität durch eine wirtschaftliche zu ersetzen. Dies ist mit einer Einschränkung der medizinischen Ethik verbunden: Nicht mehr das Wohl und die Gesundheit des Patienten stehen im Vordergrund, sondern das Einsparpotential; Materialismus verdrängt Idealismus.

Trotz gegensätzlicher Stimmen bin ich der Meinung, dass der Beruf des Arztes ohne Idealismus, ohne das Gefühl, berufen zu sein, nicht möglich ist. Das ist auch meine Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Kollegen und den Kandidaten in der psychotherapeutischen Weiterbildung. Ärzte drohen immer mehr, unter dem starken Druck von Politik, Reglementierungen im Rahmen der Qualitätssicherung und medizinischen Leitlinien ihres Engagements verlustig zu gehen. Natürlich sind Kontrolle und Sicherung der Qualität notwendig, auch Leitlinien sind zur Orientierung notwendig, doch können sie auch zur Einschränkung ärztlichen Handelns führen oder gar für die

Selbstbehandlung des Patienten missbraucht werden.

Arzt sein heißt, täglich viele schwierige, oft lebensverändernde, aber auch lebensrettende und lebensverlängernde Entscheidungen mit dem Patienten treffen zu müssen. Diese große Verantwortung kann durch evidenzbasierte Medizin zwar erleichtert werden, doch die letzte Entscheidung kann nur im Gespräch zwischen Arzt und Patient fallen. Diese Verantwortung ist nicht nur eine Belastung, nein, sie ist auch die Grundlage für die Freude am Beruf und den Erfolg darin. Ethik und ärztliche Identität sind ohne Engagement, Freude und finanzielle Unabhängigkeit gefährdet.

Ein zweites Spannungsfeld besteht zwischen unterschiedlichen Facharztgruppen. Neben einer gemeinsamen ärztlichen Identität existieren viele unterschiedliche Facharzt-Identitäten, wie die chirurgische, internistische, gynäkologische, dermatologische, anästhesiologische, psychotherapeutische, gutachterliche etc. Dies führt zu bekannten Konflikten, Konkurrenz, Ressentiments und Vorurteilen zwischen den unterschiedlichen Gruppen.

So existieren Vorurteile wie: der Internist sei wenig entscheidungsfreudig, der Chirurg wenig einfühlsam bis brutal, der Anästhesist kontaktgestört, der Augenarzt begrenzt in seinem Blickfeld, der Psychotherapeut stochere in der Kindheit und suche nach Problemen, ohne sie wirklich zu lösen.

Referenten verschiedener Fachrichtungen und der Präsident der Kammer psychologischer Psychotherapeuten werden ihre eigene berufliche Identität darstellen. Professor Loch wird, als Vorsitzender der Akademie, die Veranstaltung eröffnen und als Gynäkologe uns seine Sicht der gynäkologischen Identität schildern.

Dr. Drexler wird neben der internistischen Identität aus seiner Erfahrung in Politik und Entscheidungsgremien auch viele praktische Hinweise für die tägliche Arbeit als niedergelassener Arzt geben können. Ich freue mich besonders, dass viele Kollegen spontan zugesagt haben, wie PD Dr. Inglis als Unfallchirurg und Professor Weiner als Mikrochirurg und engagierter Adipositas-Chirurg, und auch die Zahnmedizin und Kieferorthopädie ist mit Professor Heidemann und Professor Sader vertreten. Professor Gieler wird die Identität des Dermatologen darstellen.

In den Arbeitsgruppen stehen die Referenten für die Diskussion und die Formulierung einer Facharztidentität zur Verfügung. Im abschließenden Plenum soll neben der Darstellung des Erarbeiteten die gemeinsame ärztliche Identität beschrieben und formuliert werden.

Der 3. Kongress zur Identität soll Licht in die beschriebenen Problematiken bringen und helfen, Vorurteile abzubauen. Neben den mehr theoretischen Inhalten sollen aber auch konkrete Hilfen an die Hand gegeben werden. Wie kann ich im Angesicht des Sparzwangs und des Druckes von vielen Seiten meine Patienten nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und nach bestem Wissen und Gewissen optimal versorgen und behandeln? Wie kann ich Selbstzahlerleistungen mit meiner ärztlichen Identität vereinbaren? Wie kann ich mich dagegen absichern, dass der Kollege, dem ich einen Patienten überweise, ihn mir nicht wegnimmt?

Ich wünsche mir, dass die Veranstaltung dazu beiträgt, dass Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, mehr Freude und mehr Entspannung auch in der Arbeit finden.

Axel Schüler-Schneider, Frankfurt a.M.

Regimentsarzt und Dichtergenie Friedrich Schiller (1759–1805)

Weg zu Ruhm und Wirkung

Bernhard Knick

Einleitung

Friedrich Schillers Jugend ging erst langsam durch widrige und sodann förderliche Umstände in seine unaufhaltsame Berufung zum Dichter über.

Wir versuchen, den Einfluss, der wechselvollen Kindheitsumgebungen durch Ortswechsel, der beiden Eltern, der Lehrer, Freunde und Kameraden sowie die sich ändernden Ausbildungswege seiner Jugendzeit aufzuzeichnen, die ihn schließlich zum begeisterten und begeisterten Dichter werden ließen.

Auf seine – für das nur 46-jährige Leben – bewundernswerten, zur Weltliteratur gehörenden Werke wird nur erwähnend, nicht interpretierend eingegangen.

Friedrich Schillers medizinische „Familiendition“, seine medizinischen Interessen und seine Zeit als „Regimentsmedikus“ sind Hauptgegenstand der biographischen Darstellung.

Kindheit und Jugend

Nördlich von Stuttgart liegt am Neckarufer zwischen Rebhügeln und Feldern Marbach, der Geburtsort Friedrich Schillers.

Der Vater Johann Kaspar Schiller (1723–1796), geboren in Bittenfeld im Württembergischen, hatte, als sein Wunsch nach höherer Bildung durch widrige Umstände nicht in Erfüllung ging, das Baderhandwerk und die Wundarzneikunde erlernt.

Er war 1745 mit einem bayerischen Husarenregiment, das während des österreichischen Erbfolgekriegs in holländischen Diensten stand, nach den Niederlanden gegangen.

1749 nach Marbach zurückgekehrt, heiratete er die Tochter des Wirts „Zum Goldenen Löwen“, Elisabeth Dorothea Kod-

weiss, und übte mehrere Jahre als Marbacher Bürger die Wundarzneikunst aus.

Danach trat er in das württembergische Heer ein, wurde Fähnrich und Adjutant und kehrte nach dem Feldzug 1757 gegen Friedrich den Großen nach Marbach zurück, für treue Dienste durch Ehrung zum Leutnant belohnt.

1759 rückte er mit seinem Regiment nach Hessen ein. Er war nicht daheim als sein Sohn am 10. November 1759 geboren und auf den Namen Johann Christoph Friedrich Schiller getauft wurde.

Der fromme Vater schrieb später, als er im Alter Intendant der Hofgärtnerei des Schlosses Solitude bei Stuttgart war, in einem selbstverfassten Gebet:

„Du Wesen aller Wesen, Gott, Dich hab ich nach der Geburt meines einzigen Sohnes gebeten, dass Du demselben an Geistesstärke zulegen möchtest, was ich aus Mangel an Unterricht nicht erreichen konnte – und Du hast mich erhört“.

Der Vater Schiller wurde 1761 zum Hauptmann befördert und später als Werbeoffizier nach Schwäbisch-Gmünd versetzt, durfte aber im benachbarten Lorch wohnen, wohin ihm 1764 die Familie folgte. Hier hat der junge Friedrich glückliche Kinder- und Jugendjahre mit Waldwanderungen und Besuchen der Klosterkirche zu Lorch und den Gräbern der Hohenstaufen erlebt. Er erhielt Unterricht in der Dorfschule und vom 6. Lebensjahr an Lateinstunden bei dem Prediger Ulrich Moser, zusammen mit dem Pfarrerssohn, der sich ihm in herzlicher Freundschaft anschloss.

In der Lorcher Zeit entwickelte sich bei Friedrich unter dem Einfluss Pastor Mosers die Neigung, später einmal „Prediger“ zu werden. Die älteste Schwester Christophine Reinwald, geb. Schiller, hat viel später – nach Friedrich Schillers Tod – Berichte dazu in „Erinnerungsblättern“ handschriftlich an Freunde mitgeteilt.

„Oft stieg er auf einen Stuhl und fing an zu predigen.“

Mutter oder Schwester mussten ihm eine schwarze Schürze (als Talar) umbinden und ein Käppchen aufsetzen, dabei sah er sehr ernsthaft aus. Was zu gegen war, musste ihm zuhören, und wenn jemand lachte, wurde er unwillig, lief fort und ließ sich sobald nicht wieder sehen. Diese kindischen Vorträge hatten immer einen richtigen Sinn. Er reihte einige Sprüche, die er in der Schule gelernt, passend zusammen und trug sie mit Nachdruck vor. Auch hatte er sich aus den Predigten des Pfarrers gemerkt, dass diese eine Einteilung haben müssen und gab ihnen immer die gehörige Form“.

In seinem ersten späteren Drama „Die Räuber“ hat er dem Lehrer seiner Kindheit in der Gestalt des Pastors Moser ein Denkmal gesetzt.

1766 wurde Friedrich Schillers Vater nach Ludwigsburg in Garnison versetzt, der glanzvollen Residenz des Großherzogs Karl Eugen. Friedrich kam auf die Lateinschule als Grundlage für eine spätere Ausbildung zum Geistlichen, die für ihn und die Eltern festzustehen schienen. Erstmals 1761 und danach jährlich hatte er eine Prüfung zu bestehen,

von der die Zulassung für spätere Studien abhing.

In dem Gedicht „Die Winternacht“ (1781) erinnert er sich der ausgestandenen Prüfungsjahre. Die Zeugnisse Friedrichs fielen durchweg sehr gut aus, er wurde als „hoffnungserweckender Knabe“ bezeichnet, dessen Bewerbung zum Studieren nichts im Wege stehe. Da zur Hofhaltung des prachtliebenden Großherzogs auch ein Opernhaus gehörte, zu dem Offizieren und ihren Familien der Zutritt freistand, wurde Friedrich zur Belohnung seines Fleißes manchmal in die Vorstellungen mitgenommen, wodurch seine Phantasie so angeregt wurde, dass er sich mit Plänen zu Trauerspielen beschäftigte und mit Papierfiguren Szenen aufführte, oder mit den Geschwistern und Schulfreunden selbst Theater spielte.

Die ältere Schwester Christophine berichtet: „Im Garten wurde die Bühne aufgeschlagen und jeder musste Hand anlegen, da gab er denn jedem seine Rolle. Aber er selbst war kein vortrefflicher Spieler, er übertrieb durch seine Lebendigkeit vieles ---“.

Auf der Militärakademie

Westlich von Stuttgart liegt das von Großherzog Karl Eugen erbaute Lustschloss Solitude. 1770 wurde im Schloss ein Militärwaisenhaus für Kinder unbemittelter Offiziere gegründet und 1773 zu einer „Militär-Pflanzschule“ für Offiziersöhne erweitert.

Der Herzog ließ sich aus allen Schulen des Landes Bericht über die befähigten Zöglinge erstatten. Dabei erhielt er auch über den Sohn des Hauptmanns Schiller von der Ludwigsburger Lateinschule ein günstiges Zeugnis über die Anlagen und Leistungen des 13-jährigen Friedrich. Er ließ den Vater, den er wegen seiner Verlässlichkeit schätzte, zu sich kommen und eröffnete ihm seinen Entschluss, den Sohn in die Militär-Pflanzschule aufzunehmen, verbunden mit der Zusicherung, auch in Zukunft für ihn zu sorgen.



Abb. 1: *Portrait des Eleven Friedrich Schiller (um 1773) Schattenriss mit Kupferstichumrahmung aus dem Album des Anstaltsleiters Intendant Seeger*

Vater Schiller suchte die ihm zugedachte Gnade durch die Erklärung abzulehnen, dass sein Sohn die künftige Ausbildung zum Geistlichen für sein größtes Glück halte.

Der Herzog war jedoch gewohnt, seine Äußerungen als Befehle befolgt zu sehen und wiederholte nochmals seinen Wunsch. Die Familie sah nun ein, dass sie sich fügen müsse, wenn sich Vater und Sohn nicht die Ungnade des Herrschers zuziehen wollten.

Schweren Herzens gab der junge Friedrich seinen Zukunftswunsch, Theologie zu studieren, auf und entschied sich für das Jura-Studium.

Der Vater musste bei Aufnahme des Sohnes in die Militär-Pflanzschule eine Erklärung unterschreiben, „dass der eintretende Eleve sich gänzlich den Diensten des herzoglich-württembergischen Hauses widmen und ohne darüber zu erhaltende gnädigste Erlaubnis aus demselben zu treten nicht befugt sein“ sollte. 1773 bezog der noch nicht 14-jährige Friedrich Schiller (Abb.1) „mit einem blauen Röckel nebst Kamisol ohne Ärmel“ und „fünfzehn Stück lateinischer Bücher“ die Anstalt, die wegen Erweiterung der Studienfächer aus Raumgründen nach Stuttgart verlegt und durch die Medizinische Fakultät ergänzt wurde.

Den Zöglingen war es freigestellt, zu diesem Studium überzugehen. Friedrich meldete sich für das Medizinstudium, da er die Jurastudien ungern betrieb und zugunsten des Lesens von Dichtungen und eigenen dichterischen Versuchen vernachlässigt hatte.

Sein gleichgesinnter Studienfreund Friedrich von Hoven, der mit ihm zur Medizin übergang, schrieb in seiner späteren Selbstbiographie (Nürnberg 1840) dazu: „Bei mir und Schiller war der Beweggrund nicht sowohl Widerwillen gegen das Studium der Jurisprudenz und Vorliebe für die Medizin als unsere Neigung zur Dichtkunst, der wir schon damals – Schiller durch lyrische und dramatische Versuche, ich durch Lieder, Balladen und Romanzen – zu genügen angingen. Natürlich raubten uns die Versuche einen großen Teil der Zeit, welche wir den juristischen Studien hätten widmen sollen. So zurückgeblieben konnten wir das Versäumte nicht mehr leicht einbringen.“

Wir entschlossen uns daher zum Studium der Medizin mit dem Vorsatz, dieses ernster zu betreiben. Uns schien die Medizin mit der Dichtkunst weit näher verwandt zu sein als die trockene Jurisprudenz“.

Die Anstalt in Stuttgart erhielt den Namen „Militärakademie“ und wurde militärisch verwaltet. Aus Disziplinargründen waren die Zöglinge in vier Abteilungen eingeteilt, eine für Adlige, drei für Bürgerliche. Die Oberleitung hatte der „Intendant“ der Akademie, jeder Abteilung stand ein Hauptmann vor, der zwei Leutnants und zwei Aufseher unter sich hatte. Ein „Oberaufseher“ musste dem Intendanten Rapport erstatten, Befehle übermitteln und die Runde durch die Gebäude machen.

Diesem Regime musste sich der junge Schiller von 1773-1780 unterordnen.

Er urteilte später in der „Ankündigung der Rheinischen Thalia“ (1784): „Neigung für Poesie beleidigte die Gesetze des Instituts, worin ich erzogen ward, und widersprach den Plänen seines Stifters.“

Acht Jahre lang rang mein Enthusiasmus mit der militärischen Regel. Aber Leidenschaft für die Dichtung ist feurig und stark wie die erste Liebe. Was sie ersticken sollte, fachte sie an“.

Die Unterrichtsstunden gaben gelegentlich dem poetischen Triebe neue Nahrung. Der beliebteste Lehrer war der Philosophieprofessor Jakob Friedrich Abel, der den Philosophieunterricht für Mediziner übernahm. Er hielt Vorlesungen über Philosophie, Psychologie, Aesthetik, Geschichte der Menschheit und Moral. Dabei folgte er der Gewohnheit, Lehrsätze durch Beispielzitate großer Dichter zu erläutern.

Er berichtete: „Noch erinnere ich mich mit Vergnügen folgender Szene: Als ich den Kampf der Pflicht und der Leidenschaft oder einer Leidenschaft mit einer anderen erklärte, las ich einige der schönsten dazu passenden Stellen aus Shakespeares „Othello“ nach der Wieland’schen Übersetzung vor. Schiller war ganz Ohr, alle seine Gesichtszüge drückten die Gefühle aus, von denen er durchdrungen war, er richtete sich auf und horchte wie bezaubert. Kaum war die Vorlesung vollendet, begehrte er das Buch von mir und las es mit ununterbrochenem Eifer.“

Abel blieb später in anhaltend freundschaftlicher Beziehung zu Friedrich Schiller.

Der junge Schiller ergriff bereits 1777 den Stoff zu seinem ersten Drama „Die Räuber“, den ihm eine Erzählung des „Schwäbischen Magazins“ von 1775 zugeführt hatte. Die Ausarbeitung kam über erste Anfänge nicht hinaus, da er sich die beiden folgenden Jahre eifriger dem Medizinstudium zuwandte, um die Akademie durch früheren Abschluss verlassen zu können. Er hoffte, dieses Ziel 1779 mit der Einreichung einer umfangreichen Dissertation „Zur Philosophie der Physiologie“ erreichen zu können, von der nur der Anfang erhalten ist. Sie wurde jedoch noch nicht für druckfähig erachtet. Der Herzog selbst entschied dahin, dass sie nicht gedruckt werden könne, „obschon ich gestehen muss, dass der junge Mensch viel Schönes darin gesagt und besonders viel Feuer gezeigt hat. Eben deswegen aber und weil solches wirklich noch zu stark ist, kann sie noch nicht öffentlich an die Welt ausgegeben werden - und wird es auch noch recht gut vor ihm sein, wenn er noch ein Jahr in der Akademie bleibt“. Doch erhielt er ein Diplom für Chirurgie (Abb.2).



47 Friedrich Schiller: Versuch über den Zusammenhang der thierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen. Titelblatt seiner Dissertation. Widmung an den Herzog vom 30. November 1780.

Abb. 3: Dissertation Friedrich Schillers vom 30. November 1780

Schiller musste somit noch bis Ende 1780 auf der Akademie sein. Die Dissertation, die er im November 1780 einreichte, handelte „Über den Zusammenhang der tierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen“ und wurde trotz einiger Bedenken für druckwürdig erklärt (Abb.3).

Zusätzlich lieferte er eine erforderliche Arbeit aus dem Gebiet der praktischen Medizin, lateinisch abgefasst, mit dem Titel „De discrimine februm inflammatoriarum et putridarum tractatio“ („Über den Unterschied der entzündlichen und faulen Fieber“).

Der Regimentsmedicus

Friedrich Schiller nahm gleich nach der Entlassung aus der „Karlsschule“ genannten Militärakademie die ihm zugeordnete Tätigkeit als „Regimentsmedicus ohne Portepée“ in Feldscher-Uniform beim Grenadierregiment des Generals Augé in Stuttgart auf. Ihm fehlte wie den meisten Medizineleven der Militärakademie die Arzt-Approbation, wofür eine Prüfung in Tübingen erforderlich war. Er erhielt zu seiner und der Eltern Enttäuschung ein niedriges Gehalt von 18 Gulden monatlich. Eine väterliche Eingabe an den Herzog, dem Sohn

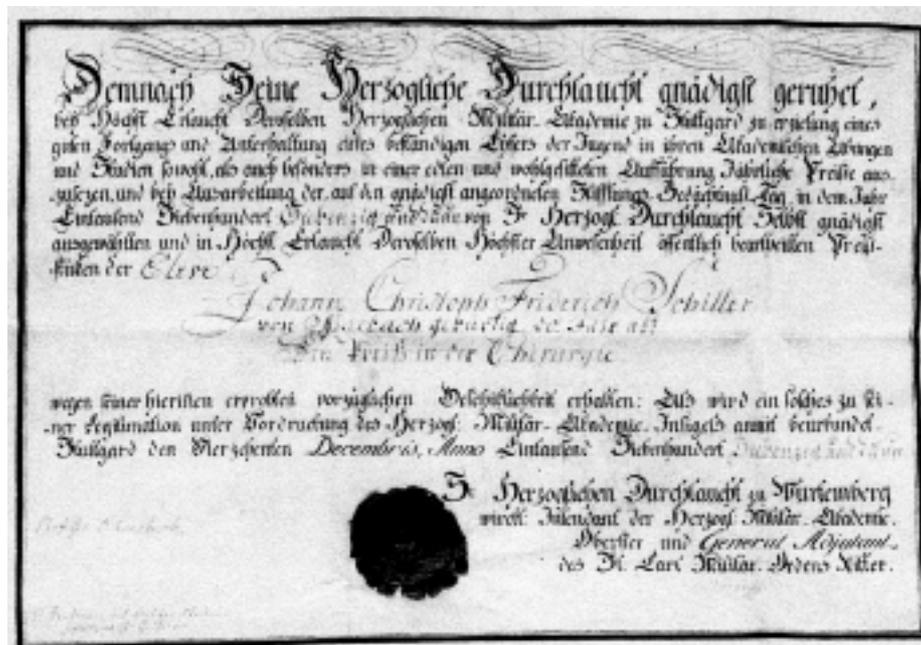


Abb. 2: Diplom für das Fach Chirurgie des Eleven Friedrich Schiller vom 14. Dezember 1779

nebenher außerhalb des Dienstes etwas Privatpraxis zu gestatten, wurde abgelehnt.

In seinem Amt als Regimentsarzt war er als Vorgesetztem dem Leibmedicus Doktor Johann Friedrich Elwert zugeordnet.

Mit sehr unterschiedlichen Bewertungen berichten seine Studienfreunde aus der Akademiezeit über Schillers medizinische Berufsausübung und seine ärztlichen Ambitionen.

Nach Darstellung des früheren Mitzöglings und späteren Bibliothekars Johann Wilhelm Petersen habe Schiller die Subordination unter Dr. Elwert manchmal umgangen oder nicht beachtet, um mit den von ihm im medizinischen Dienst, der aus Kranken- und Infektbehandlung, Unfallhilfe und Verbandwechsel bei der Versorgung von 240 Regimentsveteranen bestand, mit den von ihm verordneten teils „heroischen Kuren“ nicht aufzufallen. Auch habe Dr. Elwert gelegentlich schonende Maßregeln ergreifen müssen, um diesen Kuren mit hochdosierten Arzneimitteln entgegenzuwirken.

Als einziges Fachbuch soll Schiller in dieser Zeit einen Apotheker-Almanach besessen haben.

Schillers Freund und vorheriger Mitzögling der Akademie, Georg Friedrich Scharffenstein, bezeugt, Friedrich habe anfangs seine ärztliche Tätigkeit „mit Ernst und nicht als Nebensache“ betrieben. Freund Scharffenstein verdanken wir auch eine genaue Schilderung der Feldscher-Uniform, die Friedrich Schiller tragen musste:

„Eingepresst in der Uniform, damalen noch nach dem alten preußischen Schnitt und, vorzüglich bei den Regimentsfeldscherern, steif und abgeschmackt; an jeder Seite hatte er drei steife vergipste Rollen, der kleine militärische Hut bedeckte kaum den Kopfwirbel, in dessen Gegend ein dicker langer Zopf gepflanzt war, der lange Hals war in eine sehr schmale rosshärene Binde eingezwängt. Das Fußwerk vorzüglich war merkwürdig: durch den den weißen

Kamaschen unterlegten Filz waren seine Beine wie zwei Cylinder von einem größeren Diameter als die in knappen Hosen eingepressten Schenkel. In diesen Kamaschen, die ohnehin mit Schuhwachs sehr befleckt waren, bewegte er sich, ohne die Knie recht biegen zu können, wie ein Storch. Dieser ganze, mit der Idee von Schiller so contrastirende Apparat war oft nachher der Stoff zu tollen Gelächter in unsern kleinen Kreisen“ (Scharffenstein: Schillers Persönlichkeit, 1. Theil, S. 161).

Philipp Friedrich Hetsch (1758-1839), ein Mitzögling Friedrich Schillers auf der Akademie, der zu einem der bedeutendsten schwäbischen klassizistischen Maler wurde, malte 1782 ein Porträt des Regimentsmedicus Schiller in Feldscher-Uniform (Abb.4). Ph. Fr. Hetsch lehrte von 1787 bis 1794, dem Zeitpunkt ihrer Schließung, an der „Karlsschule“ in Stuttgart.

Die Schriftstellerin Karoline von Wolzogen (1763-1847), Schwägerin Friedrich Schillers, veröffentlichte 1830 ihr Erinnerungsbuch in zwei Bänden „Schillers Leben“ und berichtet darin über die Akademie- und Regimentsarztzeit: „Schillers Schwester erzählt: Die Zöglinge der



Abb. 4: Schiller in Feldscher-Uniform als Regimentsmedicus, 1782, von seinem Mitzögling der Militärakademie, dem klassizistischen Maler Philipp Friedrich Hetsch (1758–1839)

Akademie durften Abends nur bis zu einer bestimmten Stunde Licht brennen. Da gab sich Schiller, dessen Phantasie in der Stille der Nacht besonders lebhaft war, und der in den Nächten sich gern selbst lebte, was der Tag nicht erlaubte, oft als krank an, um in dem Krankensaal der Vergünstigung einer Lampe zu genießen. In solcher Lage wurden die „Räuber“ zum Theil geschrieben. Manchmal visitirte der Herzog den Saal; dann fuhren die Räuber unter den Tisch; ein unter ihnen liegendes medizinisches Buch erzeugte den Glauben, Schiller benutze die schlaflosen Nächte für seine Wissenschaft.

So mit der Wirklichkeit gespannt, trat er aus der Akademie in die Welt, als ihm seine Probeschrift: Über den Zusammenhang der tierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen, ihre Pforten eröffnete. Er wurde im Dezember 1780 als Regimentsmedicus bei dem Regimente Augé angestellt. Diese Art der Anstellung, die ihn in den strengen Banden militärischer Verhältnisse erhielt, war ihm zuwider.

Es ist eine Frage, die er im späteren Leben oft an sich selbst that, ob er im freieren bürgerlichen Verhältnis sich nicht der Medizin mit Eifer und Glück für immer würde gewidmet haben? In verschiedenen Lebensepochen entstand diese Idee wieder in ihm, und immer behielt er große Vorliebe für diese Wissenschaft.

Ein geschärfter Blick in die menschliche Natur, ein feines Auffassen aller individuellen Zustände, blieb ihm immer als Gewinn dieses frühern Studiums. Er fürchtete oft, die Liebe zur Wissenschaft hätte ihn als praktischer Arzt zu allzu kühnen Fragen an die Natur verleiten können. Aber sein Herz und seine Sympathie mit jedem menschlichen Leiden hätten ihn sicher vor jedem Übermaße geschützt.

Seine Dienstgeschäfte veranlassten natürlich eine Pause in seinen dichterischen Arbeiten; er legte sich selbst ein strenges Gelübde auf, den Lockungen der Muse zu widerstehen. Seine Zeitgenossen behaupten, dass er sich als praktischer

Arzt durch Geist und Kühnheit, aber nicht im gleichen Grade durch Glück ausgezeichnet habe“.

Der Freundeskreis

Der literarisch und musisch begeisterte, freundschaftsfähige Freundeskreis des Mediziners Schiller an der Militärakademie bestand aus temperamentvollen Jünglingen des Sturm- und Drang-Zeitalters mit vielseitigen Interessen für Poesie, Malerei und Musik. Mit den Dichterfreunden Wilhelm von Hoven, Georg Friedrich Scharffenstein und (dem späteren Bibliothekar) Johann Wilhelm Petersen war nach der Lektüre von Goethes „Die Leiden des jungen Werthers“ geplant eine zweite Werther-Version zu schreiben. Dazu gehörten ferner der spätere Hofmaler Victor Wilhelm Peter Heidehoff, der eine Skizze zu einem Ausflug von Schiller mit fünf Freunden in den Wald mit szenischen Deklamationen aus dem fast fertiggestellten Drama „Die Räuber“ malte, unter ihnen auch der später berühmte Bildhauer Johann Heinrich Dannecker.

Zugehörig war ebenfalls der klassizistische Maler Philipp Friedrich Hetsch, ferner die Musiker Johann Rudolf Zumsteeg (später Hofkapellmeister) und Johann Andreas Streicher, Komponist und Klaviervirtuose, der 1782 zusammen mit Schiller aus der Karlsschule floh und später 1830 dieses Erlebnis in einem Buch „Schillers Flucht“ beschrieb.

Friedrich Schiller schrieb einem Freund 1782: „Meine Knochen haben mir im Vertrauen gesagt, dass sie nicht in Schwaben verfaulen wollen“. Doch konnte er sein Leben lang den schwäbischen Dialekt nicht ablegen. Es war ihm unmöglich, in der deutschen Hochsprache der Poesie vorzutragen. Als er 1782 in Mannheim aus dem Manuskript seines nach den „Räubern“ neuen Schauspiels „Die Verschwörung des Fiesco zu Genua“ vorlas, flohen viele Zuhörer nach dem zweiten Akt. Die Schauspieler des Mannheimer Theaters, unter ihnen der berühmte August Wilhelm Iffland, waren enttäuscht und ent-

setzt, denn was sie von Schiller gehört hatten, kam ihnen als „das elendeste Machwerk“ vor. Schuld daran war „Schillers schwäbische Aussprache und die verwünschte Art, wie er alles declamiert“.

Dokumente der ärztlichen Tätigkeit

Oktober 1778 gibt Friedrich Schiller während seiner medizinischen Ausbildung an der Militärakademie einen schriftlichen Obduktionsbericht nach der Sektion eines verstorbenen Mitschülers „Beobachtungen bei der Leichenöffnung des Eleve Hillers“. Am 6. Oktober 1778 widmete Friedrich Schiller dem Medizin-Kommilitonen Johann Christian Weckherlin einen Stammbucheintrag: „Auf ewig bleibt mit Dir vereint / Der Arzt, der Dichter und Dein Freund“.

Juni/Juli 1780 bemüht sich Schiller um den Mitzögling der Akademie Joseph Friedrich Grammont. Seine Berichte dazu schildern die körperliche und seelische Zerrüttung des Suicidgefährdeten und deuten sie durch die Spannungen zwischen pietistischer Frömmigkeit und aufklärerischer Philosophie sowie der Unfreiheit ausgelöst (26. Juni 1780): „Die ganze Krankheit ist meinen Begriffen nach nichts anderes als eine wahre Hypochondrie, derjenige Zustand des Unglücks in einem Menschen, in welchem er das bedauernswürdige Opfer der genauen Sympathie zwischen dem Unterleib und der Seele ist, die Krankheit tiefdenkender, tiefempfindender Geister, und der meisten großen Gelehrten. Das genaue Band zwischen Körper und Seele macht es unendlich schwer, die erste Quelle des Übels ausfindig zu machen, ob es zuerst im Körper oder in der Seele zu suchen sei.“

Pietistische Schwärmerei schien den Grund zum ganzen nachfolgenden Übel gelegt zu haben. Sie schärfte sein Gewissen, und machte ihn gegen alle Gegenstände von Tugend und Religion äußerst empfindlich, und verwirrte seine Begriffe. Das Studium der Metaphysik machte ihm zuletzt alle Wahrheit verdächtig und riss ihn zum andern Ex-

tremo über, so dass er, der die Religion vorher übertrieben hatte, durch skeptische Grübeleien nicht selten dahin gebracht wurde an ihren Grundpfeilern zu zweifeln.

Diese schwankende Ungewissheit der wichtigsten Wahrheiten ertrug sein vorzügliches Herz nicht. Er strebte nach Überzeugung, aber verirrte auf einen falschen Weg, da er sie suchen wollte, versank in die finstersten Zweifel, verzweifelte an der Glückseligkeit, an der Gottheit, und glaubte sich den unglücklichsten Menschen auf Erden. Alles dies hab ich in häufigen Wortwechseln aus ihm herausgebracht“.

Ein halbes Jahr später wurde Grammont aus der Militärakademie und Schillers Betreuung entlassen. Zu Haus in der Familie besserte sich sein Zustand.

Friedrich Schiller begann unter folgenden Bedingungen zuerst lyrisch, dann dramatisch zu dichten: Unter der Zucht der Militärakademie, die durch den Dienst als Regimentsarzt und die prakti-



Abb. 5: Einziges erhaltenes handschriftliches Rezept Friedrich Schillers aus seiner Regimentsmedicus-Zeit 1781. Verordnet wurde weinsaures Antimonium-Kalium = „Brechweinstein“.

sche Ausbildung als Mediziner kaum gemildert war, ferner in der örtlichen literarischen Resonanzszenen des Freundeskreises.

Schillers als Auftragsarbeiten entstandenen frühen Totengedichte von 1780/82, veröffentlicht in der „Anthologie auf das Jahr 1782“ („Elegie auf den Tod eines Jünglings“ und „Eine Leichenphantasie“), sind eine Form der zeitgebundenen „Arztlyrik“.

Die Widmung der Anthologie lautet: „Meinem Prinzipal, dem Tod, zugeschrieben“, und im Kommentar dazu: „— und der Autor verrät sich, dass er ein Arzt ist“.

Das einzige erhaltene Arztrezept Friedrich Schillers (Abb.5) verschreibt ein „Brechwasser, davon sogleich die Hälfte zu nehmen“.

Obwohl nicht promoviert, hat er einige Berichte mit „Dr. Schiller“ unterschrieben.

Schillers Flucht aus Stuttgart – Erstaufführung des Dramas „Die Räuber“ in Mannheim

Nach mehrfach unterbrochenen, meist nächtlichen Vorarbeiten erscheint noch während der Akademiezeit im Juni 1781 eine erste Buchausgabe seines ersten Dramas „Die Räuber“ mit 800 Exemplaren, anonym und im Selbstverlag, mit geliehenem Geld von Schiller finanziert (Abb.6). Am 24. Juli 1781 erfolgt eine erste Besprechung in der „Erfurtischen Gelehrten-Zeitung“ mit hohem Lob auf den Verfasser: „Haben wir je einen deutschen Shakespeare zu erwarten, so ist es dieser“. Am 22. Oktober 1781 gibt dieselbe Zeitung bekannt, dass es sich bei dem Dichter der „Räuber“ um Friedrich Schiller handelt. Am 13. Januar 1782 findet im Mannheimer Nationaltheater die Uraufführung statt. Schiller nimmt incognito in einer Loge daran teil.

Ein Augenzeuge berichtet: „Das Theater glich einem Irrenhause, rollende Augen, geballte Fäuste, heisere Aufschreie im Zuschauerraum. Fremde Menschen fielen einander schluchzend in die Arme, Frauen wankten, einer Ohnmacht nahe,



Abb. 6: Titel des Erstdrucks zur Aufführung von Schillers erstem Drama „Die Räuber“ 1782, anonym mit fingierter Angabe des Erscheinungsorts

zur Türe. Es war eine allgemeine Auflö-
sung, wie im Chaos, aus dessen Nebeln
eine neue Schöpfung hervorbricht.“

Vom 25. bis 29. Mai 1782 nutzt Schiller die Abwesenheit des Herzogs Karl Eugen aus Stuttgart, um wiederum nach Mannheim zum Nationaltheater zu reisen, doch die Entfernung des Regimentsmedicus von seinem Dienst wird bekannt. Schiller wird vom Herzog selbst mit der Verfügung von 14 Tagen Arrest und dem Verbot allen „Verkehr mit dem Ausland“ bestraft. Er lässt ihn Ende August 1782 auf Schloss Hohenheim vorführen und untersagt bei Androhung von Festungshaft jede nichtmedizinische Schriftstellertätigkeit.

Eine Eingabe Schillers mit Bitte um Rücknahme des Schreibverbotes wurde die Annahme verweigert, weitere Bittschriften verboten.

Anfang September 1782 fasste Schiller den endgültigen Entschluss zur Flucht

aus seiner Regimentsarzt-Tätigkeit in Stuttgart.

Während der Festlichkeit zu Ehren des späteren Zaren Paul I. und seiner Gemahlin Feodorowna, der Nichte des württembergischen Herzogs, verlässt Schiller am 22. September 1782 bei einer Festbeleuchtung des Schlosses Solitude unter dem Namen Dr. Ritter mit seinem Musikerfreund Andreas Streicher, der sich Dr. Wolf nennt, nach 22 Uhr Stuttgart durch das Esslinger Tor, an dem der in den Fluchtplan eingeweihte Freund Leutnant Scharffenstein Wache hat.

Er gelangt unbehelligt am 24. September 1782 nach Mannheim. Am 31. Oktober 1782 wird Schiller aus der Stuttgarter Regimentsliste als „entwichen“ gestrichen und zum Deserteur erklärt. Aus Sicherheitsgründen verlässt Schiller am 3. Oktober 1782 zu Fuß Mannheim und gelangt über Darmstadt, Frankfurt, Mainz und Worms am 13. Oktober 1782 nach Oggersheim und von dort weiter mit der Postkutsche am 7. Dezember nach Bauerbach in der Nähe von Meiningen auf das Gut von Henriette Freifrau von Wolzogen, der Mutter des ehemaligen Mitzöglings der Militärakademie Wilhelm von Wolzogen.

Sie hatte ihn bereits auf seiner zweiten Reise nach Mannheim im Mai 1782 begleitet und im Sommer 1782 nach Schillers Arreststrafe ihr Gut als Zuflucht angeboten. Damit endete die Militärarztzeit und die freie Dichterentfaltung begann. Im modernen Medien- und Kommunikationszeitalter bleibt es nahezu ungreiflich, dass ein 23-jähriger temperamentvoller Dichter im Postkutschenzeitalter des 18. Jahrhunderts nach dem Erstlingsdrama „Die Räuber“ und den nachfolgenden Aufführungen von „Fiesco“, „Kabale und Liebe“, „Don Carlos“ in wenigen Jahren ohne Medienvermittlung zu überragendem europäischem Ruhm gelangte.

Wir ergänzen die Darstellung von Friedrich Schillers Medizinerzeit durch Anfügung einer Übersichts-Tabelle zu seinen Lebens-Stationen.

Schillers Lebens-Stationen

- 1759 10. November Geburt im Marbach.
- 1764 Übersiedlung nach Lorch.
- 1767 Lateinschule Ludwigsburg,
- 1772 jährliches Landexamen in Stuttgart
- 1773 Auf Befehl Herzog Karl Eugens Eintritt in die „Militärpflanzschule“ auf der Solitude.
- 1774 Beginn des Jurastudiums.
- 1775 Verlegung der Militärakademie nach Stuttgart.
- 1776 Erstveröffentlichung „Der Abend“.
Beginn des Medizinstudiums.
- 1780 Dissertation „Über den Zusammenhang der tierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen“: Entlassung aus der Militärakademie.
- 1781 Regimentsmedicus in Stuttgart.
Erstausgabe (anonym) „Die Räuber“.
- 1782 „Die Räuber“ in Mannheim uraufgeführt; Flucht über Mannheim nach Oggersheim und Bauerbach.
- 1783 Rückkehr nach Mannheim; Theaterdichter auf ein Jahr.
- 1784 „Fiesco“ in Mannheim, „Kabale und Liebe“ in Frankfurt uraufgeführt.
- 1785 „Rheinische Thalia“, in Dresden Gast Körners: „An die Freude“.
- 1786 Geschichtsstudien; „Thalia“.
- 1787 „Don Carlos“ in Hamburg uraufgeführt; Übersiedlung nach Weimar.
- 1788 „Geschichte des Abfalls der Niederlande“.
- 1789 Übersiedlung nach Jena; Beginn der Universitäts-Lehrtätigkeit.

- 1790 Trauung mit Charlotte von Lengefeld, „Geschichte des Dreißigjährigen Krieges“.
- 1791 Lungenentzündung und Beginn schwerer Erkrankungen bis zum Tode; Karlsbad; Kant-Studium, „Wallenstein“-Plan
- 1792 Vorlesung über Ästhetik.
- 1793 Erste Fassung der Briefe „Über die ästhetische Erziehung des Menschen“.
- 1794 In Jena Beginn enger Beziehung zu Goethe.
- 1795 Erscheinungsbeginn der „Horen“.
- 1796 „Xenienalmanach“.
- 1797 „Balladenalmanach“.
- 1798 „Wallensteins Lager“ in Weimar uraufgeführt.
- 1799 „Die Piccolomini“ und „Wallensteins Tod“ in Weimar uraufgeführt; Übersiedlung von Jena nach Weimar.
- 1800 „Maria Stuart“ im Weimar uraufgeführt.
- 1801 „Die Jungfrau von Orleans“ in Leipzig uraufgeführt.
- 1802 Einzug in das eigene Haus.
- 1803 „Die Braut von Messina“ in Weimar uraufgeführt.
- 1804 „Wilhelm Tell“ in Weimar uraufgeführt.
- 1805 Arbeit an „Demetrius“.

Am 9. Mai 1805 Tod in Weimar

Zusammenfassung und Schluss

Anregende glückliche Kinder- und Jugendjahre, eine temperamentvolle Spiel-, Rede- und Theaterbegabung, an die Theater-Literatur heranführende vorbildliche Lehrer sowie in die Glaubenslehre leitende Prediger wurden zur Ausgangssituation einer persönlichkeitsfestigenden Studienzeit an der Stuttgarter „Karlsschule“, einer mit militärischem Zwang geführten Militärakademie, an

der Friedrich Schiller zunächst Jura, dann Medizin studierte. Die Enge der Reglementierung wurde durch vielseitige Lese- und theologischer Schriften sowie der großen Dichtungen und durch das poetische Ausleben im Freundeskreis gleichgesinnter Kommilitonen mit eigenen Dichtungen überwunden. Der Erfolg des Erstlings-Dramas „Die Räuber“ bei der Uraufführung im Nationaltheater in Mannheim führte zu frühem europäischem Ruhm des Dichters Friedrich Schiller, der sich dem beruflichen Zwang im Militärdienst durch die Flucht in die Freiheit – dem Ideal seiner Werke – entzog.

Literatur

Literatur der Welt in Bildern, Texten, Daten: Friedrich Schiller
Hrsg.: Christoph Wetzels, Salzburg 1979
Alt, Peter-André: *Friedrich Schiller, München 2004*
Oellers, Norbert: *Friedrich Schiller, München 2004*
Wölfel Kurt: *Friedrich Schiller, München 2004*
Von Wolzogen, Caroline: „Schillers Leben“ in: *Gesammelte Schriften, Hrsg. Peter Boerner, Hildesheim, Zürich, New York 1990*
Reinwald, Christophine:
In „Arch. f. Literaturgeschichte“ I, 457; IV, 482
Abbildungen: Schiller-Nationalmuseum und Deutsches Literaturarchiv Marbach/N.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Bernhard Knick
Oskar-Schüler-Str. 14, 82327 Tutzing

Schlüsselwörter

Medizinische Familientradition – Wunschberuf „Prediger“ – Frühe Lese- und Theater-Spielneigung – „Militärpflanzschule“ – Jura, dann Medizinstudium – Regimentsarzt – Dichter – Freundeskreis – Erfolg der „Die Räuber“-Aufführung – Flucht aus dem Militärdienst – Früher europäischer Ruhm

Der medikalisierte Tod: Todesbilder in Arzt- und Krankenhausserien

Elisabeth Hurth

Mit der Medikalisation des Todes, die Philippe Ariès in seiner *Geschichte des Todes* beschreibt, kommt es im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einer entscheidenden Entwicklung der abendländischen Totenkultur. Ärzte treten an die Stelle der Geistlichen. Dem Leichnam wird nicht länger eine sakrale Bedeutung zugesprochen. Auch die Interaktion von Seele und Körper wird nicht länger metaphysisch, sondern nervenphysiologisch erklärt. Die unsterbliche Seele verflüchtigt sich. Man sorgt sich mehr um den Körper als um die Seele. Die überlieferte Kunst zu leiden, zu altern und zu sterben wird durch die Medikalisation des täglichen Lebens ersetzt.

Dies verändert die Rolle des Arztes. War er einst ein Semiotiker des Todes, der die Zeichen des Körpers zu deuten wusste, so wird er jetzt zum entschiedenen Gegner des Todes. Als Schöpfer des Weiterlebens erfüllt er die therapeutische Hoffnung der Patienten auf Heilung. Entsprechend werden die medizinischen Bemühungen, das Leben zu verlängern, intensiviert und die Möglichkeiten der Lebensrettung durch die Technisierung der Medizin perfektioniert. In Zeiten solch ungebremsen medizinisch-technologischen Fortschritts wird dem Tod der Kampf angesagt und die Maschinerie des Am-Leben-Erhaltens ins Werk gesetzt. Das Kranksein wird zur Arena, in der um die Gesundheit des Patienten gekämpft wird und damit, im extremen Fall, auch gegen den Tod. Nach Ariès wird der Tod dabei durch die Krankheit substituiert. Der Tod erhält eine zeitliche Ausdehnung, nicht im Sinn einer christlichen Unsterblichkeitsgewissheit, sondern im Sinn einer stetigen Lebensverlängerung. Der medizinisch definierte Tod wird zeitlich zugunsten des Diesseits und nicht des Jenseits ausgedehnt. Er wird mit Hilfe der Apparatemedizin messbar.

Tod – Ausdruck des Scheiterns

Diese Entwicklung spiegelt sich in den TV-Serien um Ärzte und Krankenhäuser.

In TV-Krankenhäusern wie der populären Sachsenklinik aus der Serie *In aller Freundschaft* (ARD) werden die Patienten mit Krebs oder Demenz in den letzten Tagen vor ihrem Tod noch therapiert. Demenz- und Krebskranke werden mit Magensonden ernährt – und zwar bis zum letzten Atemzug. Mancher Zuschauer mag so in der Vorstellung bestärkt werden, selbst der Tod sei irgendwie „wegtherapierbar“. Die lebenserhaltenden und -verlängernden Techniken der Medizin führen in den Serien dazu, dass der Tod nicht mehr als notwendiges Ende des Lebens verstanden wird, sondern zunehmend als Versagen der medizinisch-technischen Anstrengungen gilt. Der Tod wird so oft als Ausdruck des Scheiterns begriffen. In Serien wie *Dr. Sommerfeld* (ARD) oder *Freunde fürs Leben* (ZDF) wird für den Zuschauer aber auch deutlich, dass ärztliches Handeln sich zwar ganz gegen den Tod stark macht, es den Tod selbst aber nicht überwinden kann. Wenn eine Serie diese Grenze zulässt, wird sie offen für Hoffnungsbilder vom Abschiednehmen und Sterben.

Dort aber, wo man sich auf das diesseitige Leben richtet, soziale Absicherung einfordert und die Kurswerte Jugend, Dynamik und Gesundheit hochhält, wird Sterben ein spezielles Krankheitsproblem. In einem hoch technisierten Betrieb wie dem TV-Krankenhaus soll es keine Störungen oder Pannen geben. Ziel ist die Wiederherstellung der Gesundheit und Lebenserhaltung. Der Kranke soll funktionstüchtig gemacht werden. Seine Gesundheit ist weitgehend verselbständigt Betriebsziel technischer Praktiken. Wenn der Tod eintritt, so ist dies eine Störung des Betriebs. Der Tod interessiert nun allenfalls unter der Frage nach den Todesursachen. Den natürlichen Tod gibt es im Grunde nicht. Alles, was zum Tod führt, gilt als Krankheit. Damit verwandelt sich letztlich das ganze Leben, so es auf den Tod zuläuft, zur Krankheit.

TV-Seelendoktoren

Viele TV-Halbgötter in Weiß treten als Seelendoktoren auf, die ihren Patienten eine besondere Form von Gesundheit anbieten. Sie zeigen nicht nur technisches Können in einem physischen Reparaturbetrieb, sondern vor allem auch mitmenschliches und einfühlsames Engagement. Die TV-Seelendoktoren wissen um die inneren und äußeren Dinge, die bedrohen und krank machen und können sie abwenden oder wegnehmen. Sie vermitteln so ein notwendiges Maß an Sicherheit, Vertrautheit und Orientierung. In einem so erhöhten Arztbild rückt der Halbgott in Weiß zu einer Art Seelsorger auf, der in erster Linie eine moralische Instanz darstellt. Als solche urteilt er auch oft über den Tod. Die Angehörigen eines Unfalltoten müssen sich in der Serie *Der Landarzt* (ZDF) sagen lassen, das Opfer habe wider besseren, also medizinischen Wissens zu viel getrunken und durch seine Verantwortungslosigkeit den Unfall selbst verursacht. Ein solcher Tod ist nicht auf individuelle Betroffenheit angelegt. Er wird letztendlich als unmoralisch qualifiziert. So mancher Serientod, sei es eine Raucherlunge oder eine Fettleber, unterliegt diesen ethischen Zuweisungen und führt dem Zuschauer die Unmoral des frühen Todes vor.

Harmonie-Strategien

Umso vorbildlicher und moralisch profilierter treten dagegen die TV-Ärzte auf. Wenn sich etwa der TV-Arzt Dr. Bruckner um das leibliche und seelische Leiden seiner Patienten kümmert, dann greift er auf traditionelle Werte wie Hilfsbereitschaft zurück, die oft nur noch in der seriellen Fiktion, nicht aber in der Realität ihren Platz haben. Die Harmonie-Strategien der Arztserien bestätigen dabei die Einsicht, dass Krankheit durch Werte überwunden werden kann, die in einer ‚coolen‘ Gesellschaft immer weniger Fuß fassen. Die unterhaltsam erzählten Konflikte vermitteln so die Gewiss-

heit der menschlichen Lösbarkeit von Krankheit nach dem erziehungsoptimistischen Motto „Wer gut ist, der wird auch gesund“. Umgekehrt gilt auch: „Wer böse ist, muss sterben“. Der Tod als letztes Leid wird so ethisiert. Die Unterhaltung in Arztserien erweist sich an dieser Stelle als Erfüllung der von vielen Zuschauern ersehnten Verlässlichkeit

und Agentur des letzten Vertrauens, der es gelingt, auch das Kranke und dem Tod Verfallene der gegenwärtigen Welt zumindest für die Dauer einer Serienfolge vergessen zu machen.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Elisabeth Hurth

Wendelsteinstraße 50a, 65199 Wiesbaden

Schlüsselwörter

Medikalisierung - Seelendoktor - physischer Reparaturbetrieb - ethisierter Tod

Rechtskräftiges Urteil gegen einen Krankenhausträger, der einem Notfallpatienten 1995 HIV-kontaminierte Blutprodukte verabreicht hatte

Dr. Thomas K. Heinz



Dem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14. Juni 2005 lag der Fall einer jungen Frau zur Entscheidung vor, die Schmerzensgeld und Schadensersatz wegen einer HIV-Infektion vom Träger eines Krankenhauses verlangt.

Ihr heutiger Ehemann wurde nach einem schweren Unfall im Jahre 1985 mit Frischblutspenden und Blutersatzprodukten verschiedener Hersteller behandelt. Bei ihrem Ehemann, den sie etwa drei Jahre nach der Behandlung kennenlernte, wurden Ende 1997 HIV-Antikörper in einer Blutprobe festgestellt. Anfang 1998 stellte sich heraus, dass auch die Klägerin HIV-infiziert ist.

Das Berufungsgericht hat der Klage stattgegeben. Die dagegen gerichtete Revision des Beklagten hat der VI. Zivilsenat zurückgewiesen. Er billigte in Bestätigung seiner bisherigen Rechtsprechung dem

HIV-Infizierten einen Beweis des ersten Anscheins zu, dass Infektionsquelle die verabreichten Blutprodukte sind, wenn der Infizierte bzw. der vom Infizierten weiter angesteckte Ehepartner weder zu den HIV-gefährdeten Risikogruppen gehören noch nach der Art ihrer Lebensführung einer gesteigerten Infektionsgefahr ausgesetzt sind und feststeht, dass zumindest eines der verabreichten Blutprodukte HIV-verseucht war. Im Streitfall war von der Verseuchung eines Blutproduktes aus prozessualen Gründen auszugehen, weil das behandelnde Krankenhaus nicht die erforderlichen Angaben über Chargennummern und Hersteller gemacht hat. Der Senat hielt außerdem angesichts der erheblichen von einer HIV-Infektion für den Infizierten und dritte Personen ausgehenden Gefahren die Ärzte des Beklagten für verpflichtet, den Ehemann der Klägerin im Rahmen seiner weiteren unfallbedingten Krankenhausaufenthalte nachträglich auf die mit der Bluttransfusion verbundene HIV-Infektionsgefahr hinzuweisen und ihm zu einem HIV-Test zu raten. Dem

stand nicht entgegen, dass 1985 noch keine vollständig sicheren Erkenntnisse über transfusionsassoziierte HIV-Infektionen bestanden, da zumindest die Möglichkeit eines solchen Infektionswegs in medizinischen Fachkreisen ernsthaft in Betracht gezogen wurde. In den Schutzbereich dieser Aufklärungspflicht ist nicht nur der behandelte Patient, sondern auch dessen zukünftiger, zum Behandlungszeitpunkt noch nicht bekannter, Ehepartner einbezogen. Dies folgt aus der Verpflichtung eines Arztes, die Weiterverbreitung von gefährlichen Infektionen zu verhindern.

BGH Urt. v. 14. Juni 2005,
Az: - VI ZR 179/04 -

Anschrift des Verfassers

*RA Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstraße 66, 60322 Frankfurt*

Schlüsselwörter

Blutprodukte - Kontaminierte HIV-Infektion - Infektionsgefahr - Blutspende



Bundessozialgericht hilft Ärzten bei Regressen

RA Jörg Hohmann, Hamburg; RA Dr. Thomas Schlegel, Frankfurt;

Professor Dr. med. Gudrun Neises, Europa FH Fresenius

Kann ein Arzt das belastende Datenmaterial der Krankenkassen (errechnetes Verordnungsvolumen) erschüttern, müssen die Krankenkassen nicht nur einen Teil ihrer Unterlagen, sondern das gesamte Material in dem jeweiligen Fall vorlegen. Ist es den Krankenkassen nicht möglich, die geforderten Unterlagen im Original oder in Kopie zu präsentieren und damit ihren Rückforderungsanspruch zu untermauern, gibt es einen Abschlag vom Regress in Höhe der nicht beweisbaren Summe.

Mit dieser Entscheidung konnte sich ein Allgemeinarzt aus Frankfurt gegen die Prüfungskommission durchsetzen. Die Prüfungskommission hatten dem Arzt über dem Fachgruppendurchschnitt liegende Verordnungswerte vorgeworfen und entsprechend eine Kürzung vorgenommen. Der Arzt hatte jedoch die Rezepte selbst überprüft und herausgefunden, dass ein Teil von ihm Fehler aufwies (Fremdverordnungen, unplausible Rezepte). In dem Gerichtsverfahren hat er eine fehlerhafte Durchführung der ergänzenden repräsentativen Einzelfallprüfung und vor allem eine unzureichende Aussagekraft der statistischen Unterlagen gerügt. Trotz ausdrücklicher Rügen seien die Prüfungskommissionen den von ihm aufgezeigten Fehlern bei der Erfassung und Zuordnung der Verordnungskosten nicht nachgegangen.

Der Senat hat der Revision entsprochen und die Kürzung aufgehoben. Dabei wurde zunächst festgestellt, dass die Arzneikostenregresse insoweit nicht zu beanstanden seien, als die Kosten zunächst auf der Basis elektronischer Daten ermittelt worden seien. Die Vorlage aller Verordnungsblätter – im Original oder als Printimage – sei nicht Voraussetzung der Durchführung einer Vergleichsprüfung. Mögliche Fehler bei der Erfassung der Verordnungskosten des einzelnen Arztes führen nicht dazu, daß die Prüfungskommissionen von sich aus Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten haben müssen. Kann jedoch der von der Prüfung betroffene Arzt im Verwaltungsverfahren durch Vorlage eigener Unterlagen plausibel machen, daß die ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten fehlerhaft sind, müssen die Prüfungskommissionen nachgehen und auf die Kassen einwirken, die Verordnungsblätter möglichst vollständig vorzulegen.

Bei dem Arzneikostenregress handelt es sich um einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch. Er ist nur begründet, wenn zur Überzeugung der Prüfungskommission feststeht, dass der betroffene Arzt jedenfalls einen Schaden in der zu Grunde gelegten Höhe verursacht hat, also Arzneimittel in einem bestimmten

Umfang verordnet hat, der sich nach Durchführung der Prüfung nach Durchschnittswerten als unwirtschaftlich erweist.

Erfolgt die Vorlage von Verordnungsblättern nicht, muß die damit verbundene Einschränkung der Verteidigungsmöglichkeit des Arztes gegen einen Arzneikostenregress durch einen Abschlag von der als Ergebnis einer statistischen Vergleichsprüfung festgesetzten Regresssumme berücksichtigt werden.

Dieses Urteil verschärft in erheblichem Ausmaß die formelle Voraussetzung zur Durchführung der Prüfung. Dennoch bleiben noch offene Fragen.

Grundsätzlich hat der Senat bestätigt, daß die Prüfung auf der Grundlage der übermittelten elektronischen Daten stattfinden kann. Dies hatte der Gesetzgeber zum 1. Januar 2004 in § 84 Abs. 2 c SGB V geregelt. Aber auch dort heißt es, dass bei begründeten Zweifeln an der Richtigkeit der Daten, die der Arzt vorzutragen hat, die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder Kopien dieser Belege zu überprüfen ist.

Zunächst liegt es also am Arzt, die behaupteten Verordnungsvolumina kritisch

zu hinterfragen. Es kann jedem Arzt nur empfohlen werden, seine eigenen Verordnungsdaten regelmäßig und vollständig zu erfassen. Erfahrungen zeigen, daß in jedem Einzelfall Abweichungen vorhanden sind. Ebenso haben sich bislang bei jeder Rezepteneinsicht fehlerhafte Erfassungen ergeben, die durchaus in sechstelliger Größenordnung (Euro) liegen können.

Nur durch die konsequente Erfassung der Arzneiverordnung ist es dem Arzt möglich, die Glaubhaftigkeit der Kassendaten zu erschüttern. Dabei können auch weitere externe Analysen (z.B. die Teilnahme an der Prescriber Studie oder IFA-Regress-Analyse) ergänzend herangezogen werden.

Nimmt der Arzt an solchen Studien nicht teil, kann er nach wie vor bei bestehenden Differenzen von seinen eigenen zu den kassenseitig übermittelten Verordnungsdaten Rezepteneinsicht verlangen. Dabei kann er sich auf das Akteneinsichtsrecht in § 25 SGB X berufen. Werden die bei der Akteneinsicht entdeckten Fehler (z.B. Verordnungen aus falschem Zeitraum, Verordnungen anderer Kollegen, hinein gerechnete Hilfsmittel oder Impfstoffe, sonstige unplausible Rezepte) ergänzend zu den eigenen Verordnungsdaten beispielhaft vorgebracht, ist die Glaubwürdigkeit in die kassenseitig vorgelegte Datenlage erschüttert. Sodann muss die behauptete Regresssumme vollständig belegt werden. Bisherige Annahmen von Prüfungsgremien, die Rezepte müssten nur anteilig vorgelegt werden (z.B. 85 % in Niedersachsen oder 33 % in Westfalen-Lippe) sind mit dem neuen Urteil des Bundessozialgerichts gegenstandslos. Die Rezepte müssen sodann vollständig vorgelegt werden (im Original oder in lesbaren Kopie). Gelingt dies nicht, kann als Regress-Summe nur von dem nachgewiesenen Verordnungsvolumen ausgegangen werden.

Dieses gilt bei allen Prüfverfahren. Nach Auffassung des Senats handelt es sich bei einem Arzneikostenregress um

einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch. Dieser ist nur begründet, wenn der gesamte Schaden auch bewiesen ist. Dieses gilt erst recht für eine Richtgrößenprüfung, denn anders als bei einer Durchschnittsprüfung, bei der die Kürzung im Ermessen der Prüfungsgremien steht, handelt es sich bei einer Richtgrößenprüfung um eine gebundene Entscheidung: bei einer Überschreitung des Schwellenwertes (von mehr als 25 %) hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten. Die exakte Feststellung, in welcher Höhe Kosten veranlassen wurden, um ausgehend von diesem Betrag Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, um dann festzustellen, ob ein Mehraufwand vorliegt, ist deshalb unerlässlich.

Nach dieser Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts dürften bereits

viele Verfahren aus formellen Gründen zum Erliegen kommen. Wird die Datenerfassung und Übermittlung bei den Krankenkassen nicht optimiert, können Ärzte diese Prüfungen zeiteffizient mit formellen Gründen bekämpfen.

Urteil des BSG vom 27. April 2005 - Az: B 6 KA 1/04 R

MedizinRecht.de GmbH
RA Dr. Thomas Schlegel
Gartenstr. 179, 60596 Frankfurt
Tel: 069-43059600
Fax: 069-43059-565
Redaktion@MedizinRecht.de

Schlüsselwörter

Krankenkassen - Prüfungsgremien - Einzelfallprüfung - Arzneikostenregress - Schadensersatzanspruch



Sicherer Verordnen

Statine

Periphere Neuropathie

Die australische Überwachungsbehörde hat insgesamt 281 Berichte über Verdachtsfälle sensorischer oder sensomotorischer Neuropathien nach der Einnahme von Statinen erhalten. Der vermutete Kausalzusammenhang wurde in 13 Berichten durch Untersuchungen der Nervenleitfähigkeit, bei 50 % der Berichte durch den Rückgang der Neuropathie nach Absetzen (nach Monaten, in einigen Fällen nach Jahren und nur zum Teil) unterstützt.

Arzneimittel	Fälle	Wiederhergestellt
Simvastatin (Zocor®, Generika)	136	59 (43 %)
Atorvastatin (Sortis®)	108	60 (56 %)
Pravastatin (Generika)	26	17 (65 %)
Fluvastatin (Cranoc®, Local®)	11	9 (82 %)

Quelle: Aus. Adv. Drug React. Bull. 2005; 24 : 2

Clozapin

Grenzen der Therapiefreiheit

Wegen somatoformer Schmerzen und Schlafstörungen wurden einer 42-jährigen Frau von einem Arzt für Allgemeinmedizin Gruppentherapie und das atypische Neuroleptikum Clozapin (Leponex®, Elcrist®, Generika) verordnet. Die Patientin erhielt die Tabletten abgezählt für jeweils 14 Tage als Schlafmittel ohne weitere Informationen, jedoch mit vierwöchentlichen Blutbildkontrollen. Trotz unveränderter Schmerzproblematik und einer Gewichtszunahme von 13 kg in drei Monaten reagierte der Arzt nicht auf Fragen der Patientin nach der Medikation. Bei einer Rückfrage in einer Apotheke wurde auf einen Zusammenhang zwischen dem Gewichtsanstieg und der Tabletteneinnahme hingewiesen und eine Rückfrage beim Arzt empfohlen. Die Patientin suchte die Praxis jedoch nicht wieder auf.

Anmerkungen: Es ist nicht zulässig, Patienten über die Risiken eines Medikamentes nicht aufzuklären.

Nach einem neuen Urteil des Bundesgerichtshofes (AZ: VI ZR 289/03 - 15. März 2005) kann es bei schwerwiegenden Risiken unter Umständen sogar nicht genügen, nur auf die Packungsbeilage zu verweisen. Der Arzt muss sich grundsätzlich mündlich vergewissern, dass ein Aufklärungsformular oder die Packungsbeilage den Informationswünschen des Patienten und seiner Fähigkeit, die Information zu verwerten, entspricht.

Clozapin darf nur unter strengen Blutbildkontrollen (in den ersten Monaten wöchentlich, dann vierwöchentlich) verordnet werden, ein Hinweis auf die ersten grippeähnlichen Symptome einer Agranulozytose sind unerlässlich. Weitere schwerwiegende unerwünschte Wirkungen von Clozapin wie Delir, Arrhythmie, Ikterus oder malignes neuroleptisches Syndrom lassen es geraten erscheinen, Patienten insbesondere bei einem Off-label-use dieses Arzneistoffes ausführlich über die Risiken aufzuklären.

Quelle: Mitteilung eines niedergelassenen Kollegen

Valdecoxib

Aus dem Handel

Auf Druck der amerikanischen Überwachungsbehörde wurde der Vertrieb von Valdecoxib (Bextra®) in den USA und Europa vom Hersteller Anfang April „freiwillig“ eingestellt. Neben dem kardiovaskulären Risiko wurde die Rücknahme auch mit nicht vorhersehbaren schweren Hautreaktionen (z.B. exfoliative Dermatitis) und dem nicht belegten Vorteil gegenüber anderen Nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAID) begründet. Das Prodrug von Valdecoxib, Parecoxib (Dynastat®) ist von diesem Rückruf nicht tangiert.

Quelle: Pharm. Ztg. 2005; 150: 1303

Parecoxib

Nierenversagen

Zum parenteral applizierbaren COX-II-Hemmer Parecoxib (Dynastat®) hat die

australische Überwachungsbehörde insgesamt 13 Berichte über Nierenfunktionsstörungen erhalten, darunter vier Fälle eines akuten Nierenversagens. Für die Behörde ist offenkundig, dass Coxibe - wie andere NSAID - die Nierenfunktion beeinträchtigen können. Vorschädigungen der Niere, multiple Dosen, höhere Dosen, höheres Alter, Leberfunktionsstörungen, gleichzeitige Einnahme von Diuretika oder ACE-Hemmern erhöhen das Risiko. In Australien wird daher nur eine einmalige perioperative Gabe von Parecoxib empfohlen.

Anmerkung: In der deutschen Fachinformation empfiehlt der Hersteller, bei Bedarf alle sechs bis zwölf Stunden bis zu maximal 80 mg nachzudosieren. In Anbetracht der derzeit laufenden Diskussionen über den Stellenwert aller Coxibe sollten diese Empfehlungen überdacht werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Patienten von der Gabe eines Coxibs profitieren können. Solange jedoch das Risikopotential dieser Arzneistoffgruppe noch Fragen aufwirft, sollten Ärzte Coxibe nur sehr gezielt einsetzen.

Quelle: Aus. Adv. Drug React. Bull. 2004; 23 : 2

Bosentan

Nekrotisierende Vaskulitis

Bosentan (Tracleer®), ein Endothelinrezeptor-Antagonist, wird bei pulmonaler Hypertonie eingesetzt. Bei einer 47-jährigen Frau mit langjährigem Lungenhochdruck traten circa vier Wochen nach der Einnahme von Bosentan (125 mg/d, dann 250 mg/d) erst Juckreiz in beiden Beinen auf. Drei Tage später zeigte sich das typische Bild einer Vaskulitis der Haut. Nach Absetzen von Bosentan besserten sich die Hautsymptome langsam. Die Autoren empfehlen ein frühzeitiges Absetzen dieses Arzneistoffes, wenn erste Symptome eines Juckreizes oder Hautrötungen auftreten.

Quelle: Brit. med. J. 2004; 329 : 430

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 6/2005

Die Kopflaus und der Stanislaus



Sie nährte sich von seinem Blut
in ihrem ganzen Leben,
es hat ihr immer neuen Mut
und neue Kraft gegeben:

ein Stich – und schon floss jedesmal
ein Strom durch ihre Kehle –
nein, vielmehr durch den Stichkanal
in ihre Leibeshöhle

Oft stand sie dabei Ängste aus,
weil gleich mit breiten Tatzen
der aufgestörte Stanislaus
begann, den Kopf zu kratzen.

Vier Eier klebt' sie Tag für Tag
den Haaren an die Schäfte.
Dann aber, wie auf einen Schlag,
verließen sie die Kräfte,

und hochbetagt, vier Wochen alt,
hat sie die Welt verlassen.
Doch hinterblieb zum Arterhalt
Nachkommenschaft in Massen,

von der ein Häuflein immer noch
bei Stanislaus zu Gast war.
Er spürte aber schließlich doch,
was das für eine Last war.

Was ich vom Schicksal einer Laus
im Folgenden berichte,
sieht zwar nach einer Fabel aus,
doch ist's Naturgeschichte.

Als wohlgeratnes Exemplar,
anfangs noch leicht benommen,
war sie in wildem Männerhaar
glücklich zur Welt gekommen

und lebte hier ihr Dasein aus,
Blut saugend, Eier legend,
und ein gewisser Stanislaus
lief mit ihr durch die Gegend.

Er war fast neunzehn Jahre alt
und – der Verlauf beweist es –
zwar wohlgebildet an Gestalt,
doch leicht beschränkten Geistes.



Nicht nur der Juckreiz quälte ihn
nun schon seit vielen Wochen,
sein Haar verklebte, und ihm schien
die Kopfhaut ganz zerstoehen.

Wobei man hier bemerken muss,
beiläufig, ganz am Rande:
es gab noch keinen Medicus
damals im Hinterlande.

Man nahm noch mit dem Schmied vorlieb,
der die Natur studierte,
wenn er nicht grad sein Handwerk trieb
und nebenbei kurierte,



und dieser sprach: „Der Lausbefall
in seiner ganzen Buntheit
gilt hierzulande überall
als Zeichen von Gesundheit.

Kopfläuse, die vertreibt man nie,
die lässt man friedlich saugen.
Im Gegenteil, entleibt man sie,
dann schlägt das auf die Augen.“

Und Stanislaus, der fragt sich: wie
soll es denn weitergehen?
Soll denn die Läusekolonie
in Ewigkeit bestehen?

Doch über Nacht und folgenschwer
Verändert sich die Lage:
man holte ihn zum Militär,
und dort gibt's ohne Frage

hygienisch keinen Vorbehalt.
Man machte keine Flausen
und ließ in einer Waschanstalt
den Stanislaus entlausen,

und gleich entstand ein Jux daraus,
weil jeder, der ihn kannte,
den frisch entlausten Stanislaus
jetzt nur noch ‚Stani‘ nannte.

Danach verliert sich seine Spur
im weiten Weltgetümmel.
Vielleicht ist er woanders nur,
vielleicht auch schon im Himmel.

Gelebt, geliebt, dahingerafft –
das Los, das uns verbindet.
Erst später hat die Wissenschaft
das Phänomen begründet,

und dabei stellte sich heraus,
es hatten – notabene! –
die Kopflaus und der Stanislaus
zum Teil die gleichen Gene,

und während die Aestheten schrein:
„Das passt nicht in die Landschaft!“
gesteht der Biologe ein:
„Es ist und bleibt Verwandtschaft!“

Auch wenn es manchem nicht gefällt,
gilt doch auf alle Fälle:
das Leben in der ganzen Welt
kommt nur aus einer Quelle.“

Und damit endet mein Traktat.
Ich kann nur anempfehlen:
das Buch ‚Naturgeschichte‘ hat
noch viele Parallelen.

Sucht euch nur selbst ein Lehrstück aus!
Ich hoffe unterdessen,
die Kopflaus und der Stanislaus
sind nicht so schnell vergessen.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Mit meinen Augen

Wie geht es weiter?

Siegmond Kalinski



bild pop

Mitten im Sommer, gerade zur Urlaubszeit, stecken wir im Wahlkampf. Der Bundestag hat Kanzler Schröders Wunsch erfüllt und ihm das Vertrauen entzogen. Ob das Parlament aufgelöst wird und ob die Wahlen, wie es Schröders Regie vorsieht, tatsächlich am 18. September 2005 stattfinden werden, hängt von der Entscheidung des Bundespräsidenten ab. Bei Redaktionsschluss war dessen Votum noch nicht bekannt, man rechnet aber damit, dass er, zwar mit Bedenken und mit Bauchschmerzen, dennoch den Weg frei machen und den Bundestag auflösen wird.

Was sollte er auch sonst machen? Die völlig abgewirtschaftete Regierung noch weitere zwölf bis achtzehn Monate am Ruder lassen, damit sie noch mehr Unheil anrichtet? Dann besser mit erheblichen Zweifeln die allgemeine Unruhe beenden und hoffen, dass eine neue Regierung, gleich welcher Couleur, die Kraft findet, unser Land aus der gegenwärtigen allgemeinen und insbesondere wirtschaftlichen Misere herauszuziehen.

Sechs Jahre lang war die Glücksgöttin Fortuna dem Bundeskanzler, war sie Gerhard Schröder hold, aber im verfluchten siebten Jahr verließ sie ihn und von da an folgte eine Niederlage der nächsten. Wobei Schröders Erfolge sowieso schon immer eher auf internationalem Parkett lagen und er sich in diesen Erfol-

gen sonnte, während im Inland seine Regierung dem Volk eine Enttäuschung nach der anderen bereitete. Arbeitslosigkeit, Wirtschaftsflaute, missglückte Rentenreform, die Pleite der Pflegeversicherung, die Liste der Niederlagen ließe sich beliebig fortsetzen.

Der stille Wahnsinn

Bei Umwelt und Naturschutz beispielsweise, im Grunde wichtige Dinge, verzettelte man sich völlig und übersah dabei die echten Bedürfnisse der Bevölkerung. Als Beispiel für die Absurdität dieser Politik mag folgender Vorgang aus Westfalen dienen: Das Genehmigungsverfahren für die Startbahnverlängerung des Flughafens Münster/Osnabrück hat zehn Jahre gedauert. Ein Fisch stand im Weg! In einem Bächlein soll

damals ein „Neunauge“ gesichtet worden sein. Für ihn musste ein Gutachten erstellt, für ihn musste eine Tageslichtröhre gebaut werden mit oben liegenden, tageslichtdurchlässigen Schlitzen, damit der Fisch das Gefühl hat, in einer sonnigen Waldaue zu schwimmen. Die Röhre kostete elf Millionen Euro und wurde gebaut. Erst dann konnte die Startbahn verlängert werden. Wahrlich ein stiller Wahnsinn!

Ein weiteres Beispiel: Für Froschwanderungen in der Laichzeit mussten Straßen umgeleitet und Tunnels gebaut werden, die dann aber von den Tieren links liegen gelassen wurden, so dass gute Seelen die Amphibien am Straßenrand per Hand aufsammeln und auf die andere Seite bringen mussten. Die Liste solch kostspieliger „Erfolge“ verfehlter Umweltpolitik ist sehr, sehr lang....

Die Natur ist ein uns gegebenes Gut, das es zu schützen gilt, daran besteht kein Zweifel. Welche Unsummen uns aber dieser übertriebene Naturschutz gekostet hat, werden wir genau sowieso erst nach dem Kassensturz erfahren. Vielleicht hätten wir sonst sogar genug Geld gehabt, um Hartz IV und andere soziale Probleme zu lösen.

Wir stecken mitten im Wahlkampf. Und jeder stellt sich die Frage: Wie geht es weiter? Seien wir ehrlich! Wir alle werden weiterhin unsere Gürtel eng schnallen müssen.

Ulla Schmidt – Baronin von Münchhausen des XXI. Jahrhunderts

Die wichtigsten Themen des Wahlkampfes sind jedoch nicht Umweltpolitik und Naturschutz, sondern Wiederbelebung der Wirtschaft, Reduzierung der Arbeitslosigkeit und die Reform des Gesundheitswesens, der Renten und des Pflegesystems. Echte Herkulesaufgaben, denn Ulla Schmidt, der man guten Gewissens den Adelstitel einer Baronin von Münchhausen des XXI. Jahrhunderts verleihen könnte, hat ihrem/ihrer Nachfolger/in außer ihren Phantastereien und Märchen nur Ruinen hinterlassen. Das Schlimmste aber ist der Vertrauensverlust.

Im Gesundheitswesen traut keiner mehr dem anderen. Die Patienten trauen den Doktores nicht, die Ärzte trauen ihren Funktionären nicht, die Krankenkassen trauen weder den Versicherten noch ihren sogenannten Leistungserbringern und noch nicht einmal den anderen Krankenkassen – und so weiter und so weiter.

Die neuen Reformen

Gleich, welche Regierung ans Ruder kommt, die verfehlte Gesundheitsreform muss auf jeden Fall revidiert werden! Dabei sollte man sich jedoch keine Illusionen machen: Verbesserungen wird es keine geben, weder für die Versicherten, noch für die Ärzte. Eine alte Erfahrung lehrt, dass mit jeder Reform sich die Situation stets nur noch verschlechtert.

Die Ärzte streiken

Dabei ist die Situation für die Ärzte schon jetzt schlimm genug. Die Universitätskliniken von Gießen und Marburg mussten per Gesetzbeschluss zum 1. Juli 2005 fusionieren. Zur Zeit laufen die Ausschreibungen für die Privatisierung und angeblich sind auch schon mehrere Interessenten vorhanden. Dabei stellt sich die Frage, was dann mit Forschung und Lehre geschieht; denn an diesen Grundpfeilern jeder Universitätsklinik dürften die zukünftigen Eigentümer, die ja doch primär an Gewinnen orientiert sein werden, wohl kaum Interesse haben.

So ist es kein Wunder, dass für Anfang diesen Monats die angestellten Ärzte sowohl an den hessischen Universitätskliniken Frankfurt, Gießen und Marburg als auch die an anderen Krankenhäusern einen Streik angekündigt haben und auf die Straße gehen wollen, um gegen die immer schlechteren Arbeits- und Lohnbedingungen zu protestieren. Wir stecken mitten im Wahlkampf. Und jeder stellt sich die Frage: Wie geht es weiter? Seien wir ehrlich! Wir alle werden weiterhin unsere Gürtel eng schnallen müssen.

Schlüsselwörter

Gerhard Schröders Vertrauensfrage – Bundestagswahlen? – Umweltpolitik – Ulla Schmidt – Neue Reformen – Fusion der Unikliniken – Ärztestreik

Abenteuerreisen oder: Die Fraktur des Orthopäden

Klaus Britting

Während Heusinger, noch ohne Urlaubsfreuden, bloss in seiner Pfortnerloge in der Klinik sitzt, erscheint seit Wochen ein Kollege nach dem anderen mit frischer Urlaubsbräune und erzählt die unglaublichsten Erlebnisse.

Gottschalk, der drahtige Urologe, war in der Nevadawüste mit einer gemieteten Harley Davidson einen Abhang hinunter geflogen. Wegen einer Beinverletzung konnte er sich tagelang nicht bewegen. Er lebte vom Saft der Kakteen, von Wurzeln, Insekten und verspeiste, halb verhungert, Eidechsen. Erst nach sechs Tagen wurde er gerettet, stark dehydriert. Nächstes Jahr will er wieder hin.

Langhals, der Geizkragen in der Buchhaltung, fuhr auf einer selbst zusammengestellten Tour mit dem Mountainbike in den Abruzzen. Von einem Wolfsrudel wurde er tagelang verfolgt und nachts in seinem Zelt bedrängt. Natürlich hatte er kein Handy dabei – des Gewichts wegen, wie er sagt. Erst als er Bärengerüll imitierte und mit erhobenem Bike auf die Wölfe zustürmte, sollen sie von ihm abgelassen haben.

Erika, eine fleißige, aber stille Schwester aus der Gynäkologie, von der Heusinger dachte, sie würde unsere Stadt nur mit Fremdenführer verlassen, war mit einer Freundin auf dem Kajak in der Südtürkei. Die Damen verirrteten sich zwischen Euphrat und Tigris, landeten schließlich bei einer „fürchterlich brutal aussehenden Männerhorde von Kurden“, die sich als Bauern und brave Familien-

väter herausstellten. Es hat den beiden dann in dem kleinen Dorf bei den verschiedenen Familien so gut gefallen, daß sie den Urlaub überzogen. Die „Kurden“ kommen zu Weihnachten zu ihr, mit Kind und Kegel! Erika sucht für diese Zeit jetzt eine leere Turnhalle.

Berninger, seit über dreißig Jahren in der Pathologie tätig und für seine Bierruhe bekannt, kämpfte beim Tauchen in Australien mit einem Riesenhai, der „garantiert völlig weiß“ gewesen sein soll. Durch harmonische Bewegungen von Armen und Beinen gelang es ihm, das Ungeheuer zu besänftigen. Daß der Hai dann mit ihm „rhythmisch getanzt“ haben soll, verschaffte ihm die anerkennende Bewunderung reiferer Mitarbeiterinnen.

Berninger wurde einige Tage lang zum Helden, doch alle erwarteten die Rückkehr von Dr. Schubert, dem noch jungen Orthopäden. Dessen ausgefallene Abenteuerreisen waren Gesprächsstoff in der ganzen Klinik. Paragleiten in den Anden, Antarktisdurchquerungen, Biwaks im Himalaya, Riverrafting in Kanada – alles hatte er durchgemacht und heil überstanden. Diesmal ging es zum Segelfliegen nach Neuseeland, alles gut organisiert vom Reisebüro Adventure Travels. Dr. Schubert erschien nicht wie erwartet. Stattdessen ein Anruf aus einem Krankenhaus: es werde noch zwei Tage dauern, bis der Patient entlassen werden könne. Eine Armfraktur, Kopf- und Schnittverletzungen, Prellungen – mehr wollte die Schwester am Telefon nicht

sagen. Mit Bedauern, etwas Schadenfreude, aber regem Interesse nahmen es die Kollegen zur Kenntnis. Als Dr. Schubert erschien, trug er den Arm in der Schlinge und einen weißen Kopfverband, was sein erstaunlich ungebräuntes Gesicht noch blasser wirken ließ. Warum er denn auf dem rechten Bein hinke, fragten ihn sofort die Kollegen. „Wegen des Aufpralls. Der ging auch auf den Meniskus.“ Und der Arm in der Schlinge? „Die Tür ist ja stark eingedrückt worden und hat den Arm gequetscht, daher die Fraktur.“ Und der Kopf? „Bei der Wucht des Aufpralls bin ich natürlich irgendwo rangehauen und habe ziemlich geblutet. Aber die Kopfschmerzen nach der commotio cerebri sind jetzt weg.“ Wo denn das Flugzeug abgestürzt sei, wollten nun alle wissen. „Wieso abgestürzt? Ein Verrückter fuhr in mein Taxi, schon auf dem Hinweg zum Flughafen.“

Heusinger wackelte mit dem Kopf. Er hatte ja immer schon vor diesen Abenteuerreisen gewarnt!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71
24896 Treia
Telefon 04626/189988

Schlüsselwörter

Nevadaküste – Abruzzen – Südtürkei
– Australien – Neuseeland

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.

Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z.B. wegen Überbelegung schicken.

Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Voraussetzungen!

Wenn wir Veranstaltungen relat. kurzfristig absagen müssen, finden Sie die Information darüber auf der Homepage der Kammer. Diejenigen, die sich mit Adresse bei uns angemeldet haben, benachrichtigen wir persönlich.



TEILNAHMEBEITRAG für Seminare sofern nichts anderes angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademiemitglieder jew. die Hälfte (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung), € 5 Bonus bei verbindlicher Anmeldung und vorheriger Überweisung des Kostenbeitrages auf das Konto 360 022 55, Sparkasse Wetterau, BLZ 518 500 79 (bitte Veranstaltung im Betreff bezeichnen).

MITGLIEDSCHAFT: Es besteht die Möglichkeit, am Tagungsbüro die Akademie-Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt der reduzierte Teilnahmebeitrag. **Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen**, für die der Teilnahmebeitrag vorher entrichtet werden muß; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 90.

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT: Die angegebenen Punkte [P] gelten für den Erwerb des Fortbildungszertifikats der LÄK Hessen (150 P in 3 Jahren). Den Antrag dafür stellen Sie bitte weiterhin an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Baumann Fax 0 60 32/782-2 29.

Das Ausstellen von Fortbildungszertifikaten dauert in der Regel 6-8 Wochen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

NEU

ANTRÄGE AUF ZERTIFIZIERUNG mindestens **6 Wochen** vor Programmdruck stellen. Diese senden Sie bitte an die Landesärztekammer Hessen, Zertifizierungsstelle, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a.M. Die Antragsformulare finden Sie im Internet unter www.laekh.de oder fordern sie per E-mail an bei erika.glaum@laekh.de. Genaue Informationen siehe Homepage der Landesärztekammer.

Achtung: Die Punktezahl für die Zertifizierung können wir erst bekannt gegeben, wenn das vollständige Programm vorliegt.

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG BITTE BEACHTEN SIE DIE ALLGEMEINEN HINWEISE!

STRUKTURIERTE FACHSPEZIFISCHE FORTBILDUNG

Seminare mit praktischen Fallbeispielen und TED-Evaluation

INNERE MEDIZIN

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

5 P

Endokrinologie

Mittwoch, 07. September 2005, 15 s.t. bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. Cornelia Jaursch-Hancke, Wiesbaden

Hyperprolaktinämie – vom Tumor zum Medikamenteneffekt

Dr. med. M. D. Brendel, Gießen

Primärer Hyperparathyreoidismus - Fallstricke in Diagnostik und Therapie

Dr. med. R. Maier, Wiesbaden

Die häufigsten metabolischen Knochenerkrankungen –

Osteoporose und M. Paget Prof. Dr. med. P. Kann, Marburg

Aktuelle Therapie der Hyper- und Dyslipidämien PD Dr. med. Kornelia Konz, Wiesbaden

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau A. Zinkl, Akademie, Fax: 0 60 32/ 78 2-229

Drei phänotypisch identische, adipöse Typ 2 Diabetiker

Differentialdiagnostik und -Therapie

Prof. Dr. med. R. G. Bretzel, Gießen

Hormonersatztherapie bei der Frau – was bleibt?

PD Dr. med. M. Zygmunt, Gießen

Hypergonadismus beim Mann – Differentialdiagnostik und -Therapie

Dr. med. Cornelia Jaursch-Hancke

weitere Termine 2005: **12.10. und 14.12.**

E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

REPETITORIUM „INNERE MEDIZIN“

60 P

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

Montag bis Samstag, 14. bis 19. November 2005, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: voraussichtl. 480 € / Akademiemitglieder 432 € **Teilnehmerzahl:** 80

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung *schriftlich* an Frau A. Zinkl, Akademie, Fax: 0 60 32/ 78 2-229

Vorläufiges Programm s. HÄ 4/2005

E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

9 P

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

Nephrologie

Samstag, 08. Oktober 2005, 9 c.t. bis ca. 17 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. D. Weitzel, Wiesbaden

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau K. Baumann, Akademie, Fax 0 60 32/ 78 2-229

weiterer Termin: **10. Dez. 2005, Fortsetzung 2006**

E-mail: katja.baumann@laekh.de

FRAUENHEILKUNDE/GEBURTSHILFE

10 P

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

Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Mittwoch, 19. Oktober 2005, 9 c.t. bis 17.30 Uhr, Bad Nauheim

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie, Fax: 0 60 32 / 78 2-220

weiterer Termin: **15. Feb. 2006**

E-mail: heike.cichon@laekh.de

Montag bis Donnerstag 28.11. bis 1.12. 2005, jew. 8-18 Uhr, Bad Nauheim

s. HÄ 9/2005

Tagungsorte: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie, Fax: 0 60 32 / 782-220

E-mail: heike.cichon@laekh.de

CHIRURGIE

9 P

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. K. Schwemmler, Gießen

Thorax-Chirurgie

Samstag, 03. September 2005, 9 c.t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. W. Padberg, Gießen

Benigne Thoraxerkrankungen

Vorsitz: Prof. Dr. med. K. Schwemmler, Linden

Funktionsdiagnostik: Wann ist ein Patient operabel?

Dr. med. H. D. Heitmann, Greifenstein

Thoraxtrauma: stumpf-penetrierend-perforierend

Dr. med. M. Hirschburger, Gießen

Spontanpneumothorax: Wann und wie operieren?

Dr. med. M. Hinterthaler, Kassel

Thoraxchirurgische Erkrankungen im Kindesalter

Dr. med. F. Linke, Gießen

Maligne Thoraxerkrankungen (I)

Vorsitz: Prof. Dr. med. K.-H. Schultheiß, Düsseldorf

Bildgebendes Staging beim Bronchialkarzinom – Wann ist ein Karzinom

inoperabel? *Dr. med. D. Lommel, Gießen*

Mediastinoskopie: Wann ist invasives Staging notwendig?

Dr. med. M. Hürtgen, Koblenz

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie, Fax: 0 60 32 / 78 2-220

Operationsstrategien beim Bronchialkarzinom: Was ist machbar?

Prof. Dr. med. W. Padberg

(Neo-)adjuvante Therapie beim Bronchialkarzinom:

Stellenwert der Radiotherapie *Dr. med. M. Bieker, Marburg*

(Neo-)adjuvante Therapie beim Bronchialkarzinom:

Stellenwert der Chemotherapie *Dr. med. A. Käbisch, Gießen*

Diskussion beider Vorträge

Maligne Thoraxerkrankungen (II)

Vorsitz: Prof. Dr. med. W. Padberg

Lungenmetastasen: Was ist sinnvoll machbar?

Prof. Dr. med. K.-H. Schultheiß, Düsseldorf

Einteilung und Therapie der Mediastinaltumoren

Pleuresothelium: therapeutischer Nihilismus oder aggressive

multimodale Therapie? *PD Dr. med. J. Schirren, Wiesbaden*

weiterer Termin: **10. Dez. 2005: Unfall-Chirurgie**, *Dr. med. J.-P. Stahl, Gießen*

E-mail: heike.cichon@laekh.de

IMPFKURS zur Berechtigung der Impftätigkeit

10 P

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

Samstag, 29. Oktober 2005, 9s.t. bis 17.30 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Frankfurt a. M.

Vorgesehenes Programm

Mikrobiologisch-immunologische Impfbasics und kleine Impfstoffkunde *Dr. med. O. Zent, Marburg* **Rechtliche Grundlagen, allgemeine fachliche Regeln und STIKO-Empfehlungen, Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter** *Dr. med. H. Meireis* **Impfungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft/Impfungen im Arbeitsleben (einschl. Unfallchirurgie)** *Dr. med. Regina Allwinn* **Impfungen bei älteren und chronisch kranken Menschen** *Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a.M.* **Impfungen im Reiseverkehr / Malaria prophylaxe** *Dr. med. Dr. phil. Oswald Bellinger, Frankfurt a.M.* **Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen; Impffördernde Praxisorganisation** *Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a.M.* **Praktische Impf-Übungen in 4 POL-Gruppen** *Alle Referenten* **Impfkritik, Impfreaktionen und -schäden, Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Schutzimpfung** *Dr. med. Olaf Zent, Marburg* **Impfklausur: Anonyme Erfolgskontrolle mit anschließender Besprechung der Ergebnisse** *Alle Referenten*

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

INFEKTILOGIE

5 P

MRSA im Krankenhaus und anderswo

Sektionen Hygiene und Umweltmedizin und

Öffentliches Gesundheitswesen

s. HÄ 7/2005

Samstag, 24. September 2005, 9 s.t. bis 13.30 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann, Gießen

Dr. med. Christiane König, Dietzenbach

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

STRAHLENTHERAPIE

5 P

Aktueller Standard bei der Therapie des Rektumkarzinoms

Sektion Strahlentherapie

Mittwoch, 28. September 2005, Gießen

Leitung: Prof. Dr. Rita Engenhart-Cabillic, Marburg

Tagungsort: JL Universität, Hörsaal der Frauenklinik

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Thomas Morus „Utopia“ (1516)

Mittwoch, 19. Oktober 2005, 18 s.t.Uhr, Frankfurt a. M.

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

Tagungsort: Frankfurt-Oberarrad, Phil.-Theol. Hochschule St. Georgen

NEUROCHIRURGIE

5 P

Aktuelle Aspekte in der Therapie degenerativer

Halswirbelsäulen-Erkrankungen

Sektion Neurochirurgie

Samstag, 24. September 2005, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. V. Seifert, Frankfurt a. M.

Anatomie und Biomechanik der Halswirbelsäule *Dr. med. J. Beck, Frankfurt a. M.*

Klinische Syndrome: zervikale Myelopathie – Radikulopathie – Plexopathie

Prof. Dr. med. U. Ziemann, Frankfurt a. M. **Elektrophysiologische Untersuchungen**

Dr. med. Andrea Szelenyi, Frankfurt a. M. **Neuroradiologische Bildgebung** *Prof.*

Dr. med. F. Zanella, Frankfurt a. M. **Stellenwert von klinischer Untersuchung und**

diagnostischen Zusatzverfahren *Prof. Dr. med. H. Steinmetz, Frankfurt a. M.* **Konservative**

Therapie degenerativer Halswirbelsäulen-Erkrankungen *Dr. med. D.*

Scale / PD Dr. med. M. Rauschmann, Frankfurt a. M. **Operative Therapie des zervikalen**

Nervenwurzelkompressionssyndroms *Prof. Dr. med. A. Raabe, Frankfurt*

a. M. **Operative Therapie der zervikalen Myelopathie** *PD Dr. med. G. Marquardt,*

Frankfurt a. M. **Postoperative Nachsorge und Rehabilitation** *Dr. med. Franziska*

Reinhuber, Bad Homburg **Die künstliche Bandscheibe – die Zukunft der operativen**

Behandlung degenerativer Halswirbelsäulen-Erkrankungen? *PD Dr. med.*

R. Gerlach, Frankfurt a. M. **Diskussion nach jedem Vortrag**

– Selbstevaluation (Fragebogen) –

Tagungsort: Parkwohnstift Aeskulap, Carl-Oelemann-Weg 9

PHARMAKOTHERAPIEKURS

5 P

Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa

in der nicht-psychiatrischen Praxis

Sektion Klinische Pharmakologie

s. HÄ 7/2005

Samstag, 17. September 2005, 9.30 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

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

Nächster Kurs Samstag 12. November 2005

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

PRÄVENTIVMEDIZIN

Gesundheitsvorsorge, Prävention und Präventivmedizin in Hessen:

Strukturen, Initiativen, Möglichkeiten und Grenzen

– eine Standortbestimmung –

Europäische Gesellschaft für Präventivmedizin e.V.

und Sektion Allgemeinmedizin der Akademie

Fr/Sa, 7./8. Oktober 2005, Frankfurt a.M.

Tagungsort: Universitätsklinik, Hörsaal 23-4

Auskunft: Dr. med. G. Vetter, Ffm, Tel. 069 / 61 38 32

Anmeldung: Fax 069 / 24 24 63 99

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG (EBM 35100 / 35110)

28. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2005 je Tag **10 P**

Block 3 16. bis 19. September 2005, Wiesbaden

Leitung: Prof. Dr. med. N. Peseschkian

Teilnahmebeitrag auf Anfrage

Anmeldung schriftlich an Frau E. Hiltcher, Akademie

Fax: 0 60 32/ 78 2-229 E-mail: edda.hiltcher@laekh.de

11. Curriculum **21 P**

02. bis 04. Sept. 2005, Bad Nauheim

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

Teilnahmebeitrag auf Anfrage

Weiterer Termin: 12. November 2005

Fortgeschrittenen Seminar **21 P**

Fr. - So., 07. bis 09. Oktober 2005, Bad Nauheim

Teilnahmevoraussetzung: 80 stündiges Curriculum der Psychosomatischen

Grundversorgung oder Äquivalent

Anmeldung schriftlich an Frau U. Dauth, Akademie

Fax: 0 60 32/ 78 2-229 E-mail: ursula.dauth@laekh.de

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE **5 P**

Salutogenese

Sektion Kinder und Jugendpsychiatrie

Mittwoch, 14. September 2005, 15 bis 18 Uhr, Eltville

Leitung: Dr. med. D. Mallmann, Eltville

Das Konzept der Salutogenese nach Antonovski Dr. med. D. Eglinski, Eltville Fallgeschichte Priska Galette, Eltville Was Kinder stark macht Resilienz bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der Mannheimer Risikostudie Dr. phil. M. Laucht, Mannheim Patientenbericht Elisabeth Plattfaut, Eltville

Teilnahmebeitrag: € 10 (vor Ort zu entrichten) – Selbstevaluation (Fragebogen) –

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

Die Identität des Arztes und das Selbstverständnis des Facharztes **11 P**

3. Kongress über Identität (siehe Seite 528)

Samstag, 01. Oktober 2005, 9 Uhr, Bad Nauheim

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

Gemeinsamkeiten und Differenzen der ärztlichen Identitäten und daraus resultierende Konflikte, Gefährdung der Identität durch Gesundheitspolitik und Zukunftssängste – ein Diskussionsforum mit Referenten verschiedener Fachrichtungen: Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Innere Medizin, Psychotherapie/Psychosomatik und Zahnheilkunde. Bei dem 3. Kongress der Akademie über Identität steht der Arzt selbst im Zentrum der Veranstaltung.

Vorläufiges Programm (Änderungen vorbehalten)

Einführung in das Thema „Ärztliche Identität und Psychosomatik“

Dr. med. A. Schüler-Schneider

Die Identität des Gynäkologen Prof. Dr. med. E.-G. Loch

– **des Chirurgen** Prof. Dr. med. R. Weiner, Frankfurt a. M.

– **des Unfallchirurgen** PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt a. M.

– **des Zahnarztes** Prof. Dr. Dr. D. Heidemann, Frankfurt a. M.

– **des Kieferorthopäden** Prof. Dr. Dr. R. Sader, Frankfurt a. M.

– **des ärztlichen Psychotherapeuten** Dr. med. D. Becker, Frankfurt a. M.

– **des Psychologischen Psychotherapeuten** Dipl. Psych. J. Harth, Wiesbaden

– **des Internisten** Dr. med. S. Drexler, Mühlheim

– **des Dermatologen** Prof. Dr. med. U. Gielert, Gießen

Arbeitsgruppen

Plenum: Berichte aus den Arbeitsgruppen mit Statements zu den Fachidentitäten und einer gemeinsamen ärztlichen Identität. – Selbstevaluation –

Abendprogramm

17.30 Uhr **Klavierkonzert: Identität und Musik** J.Reinhuber, Aschaffenburg

18.30 Uhr **Abendessen**

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

VORSCHAU

MEDIZINISCHE REHABILITATION 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 92 SGB V) **17 P**

Sektionen Allgemeinmedizin/Arbeitsmedizin-Sozialmedizin

Die Akademie bereitet den 16stündigen Fortbildungskurs (2 Tage) für diesen Herbst vor. Er richtet sich hauptsächlich an folgende Fachgruppen: Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden, Kinderärzte, Neurologen, Psychiater, die noch keine der geforderten Qualifikationen für die Verordnung von Leistungen zur med. Rehabilitation zu Lasten der GKV erworben haben (§ 4 der Vereinbarung gem. Reha-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses). Die Übergangsfrist, in der Ärzte auch ohne die geforderte Qualifikation noch Leistungen zur med. Rehabilitation verordnen können, ist bis zum 31. März 2006 verlängert worden. Bitte melden Sie uns Ihr Interesse an diesem Kurs

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162) **Anmeldung:** Frau R. Hessler, Tel. 0 60 32/782-203 Fax -229 renate.hessler@laekh.de

SENIORENSPORT – FIT ALT WERDEN **5 P**

Arbeitskreis Sportmedizin

Samstag, 15. Oktober 2005, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. G. Hofmann, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, Biebertal

SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTBERATUNG **9 P**

Fortbildung/Wiederholungsseminar für s. HÄ 4/2005

Schwangerschaftskonflikt-Berater und Erfahrungsaustausch

Samstag, 29. Oktober 2005, 9 c.t. bis ca. 16 Uhr, Bad Nauheim

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

VOLUMENTHERAPIE **5 P**

Sektion Anästhesiologie

Samstag, 05. November 2005, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. Rübsam, Hanau

REISEMEDIZIN **7 P**

Sektion Arbeitsmedizin / Allgemeinmedizin

Samstag, 19. November 2005, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz, Gießen, Dr. med. U. Klinsing, Ffm

DEMENZERKRANKUNGEN **5 P**

Sektion Allgemeinmedizin

Samstag, 19. November 2005, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. K. Uffelman, Gemünden-Wohra

II. KURSE zur FORT- und WEITERBILDUNG

Tagungsort – falls nicht anders angegeben – **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
genauere Informationen siehe http://www.laekh.de/Weiterbildung/Akademie/akademie_angebote.html oder bei der zuständigen Sachbearbeiterin

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN (Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin 80 Std.) **s. HÄ 8/2005**

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler

Tel. 0 60 32/782-203 Fax - 229

renate.hessler@laekh.de

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2) Verbale Interventionstechniken (20 Std.)

Block 18 Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung (12 Std.)

Block 1 Grundlagen der Allgemeinmedizin (12 Std.)

Block 14 Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten (8 Std.)

Block 16 • Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1) (20 Std.)

23./24. September 2005 – Freitag, 9 Uhr –

15./16. Oktober 2005 **11 P**

28. Januar 2006 **11 P**

06. Mai 2006 **11 P**

09./10. Juni 2006 – Freitag, 9 Uhr – **21 P**

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2) Verbale Interventionstechniken (20 Std.)
Block 18 Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung (12 Std.)
Block 19 Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation (8 Std.)

22./23. September 2006
04./05. November 2006
25. Februar 2006

– Freitag, 9 Uhr –

21 P
 16 P
 11 P

ARBEITS- / BETRIEBSMEDIZIN (60 Std.)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler

Tel. 0 60 32/ 782-283 Fax: -217

luise.stieler@laekh.de

GRUNDKURS: A2
AUFBAUKURS: B2
AUFBAUKURS: C2
GRUNDKURS: A1
AUFBAUKURS: B1
AUFBAUKURS: C1

09. – 16. September 2005
11. – 18. November 2005
02. – 09. Dezember 2005
13. – 20. Januar 2006
10. – 17. Februar 2006
10. – 17. März 2006

€ 490 (Akademiemitgl. € 441)
 € 490 (Akademiemitgl. € 441)

20 P
 20 P
 20 P
 20 P
 20 P
 20 P

DIDAKTIK

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth

Tel. 0 60 32/ 782-238

ursula.dauth@laekh.de

MODERATORENTRAINING in Bad Nauheim
LITERATUR- UND QUELLENSUCHE IM INTERNET

11. – 13. November 2005
24. September 2005

€ 330 (Akademiemitgl. € 297)
 € 200 (Akademiemitgl. € 180)

26 P
 10 P

ERNÄHRUNGSMEDIZIN (100 Std.)

neuer Kurs 2006

95 P

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost

Tel. 0 60 32/782-201 (Mo.-Do.) Fax -229

marianne.jost@laekh.de

MEDICAL ENGLISH

10 P

Auskunft: Dr. med. Nix

Anmeldung: Frau C. Lepka

Tel./Fax 0 60 32/86 82 48

Tel. 0 60 32/782-200 Fax - 2 50

05./12./26. Nov., 03./10./17. Dez. 2005

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

claudia.lepka@laekh.de

MEDIZINISCHE INFORMATIK (280 Std)

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon

Tel. 0 60 32/782-213 Fax -220

heike.cichon@laekh.de

FORT- UND WEITERBILDUNGSKURS

auf Anfrage

P

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger

Tel. 0 60 32/782-202 Fax - 229

veronika.wolfinger@laekh.de

NOTDIENSTSEMINAR
FACHKUNDENACHWEIS RETTUNGSDIENST
LEITENDER NOTARZT
WIEDERHOLUNGSS. LEITENDER NOTARZT

10./11. + 17. September 2005, Bad Nauheim
2006 neuer Termin in Vorbereitung
12. – 15. November 2005, Kassel
01./02. Oktober 2005, Kassel
24. September 2005, Wiesbaden
25. – 28. Januar 2006, Bad Nauheim

€ 140 (Akademiemitgl. € 70)

25 P

ÄRZTLICHER LEITER RETTUNGSDIENST

Modul I + II

P

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

Bad Nauheim, Dr. Ratthey, Malteser Hilfsdienst
Wiesbaden, Dr. Veit Kürschner

10. Sept./26. Nov.2005
8. Okt./ 12. Nov. 2005

0 60 47/96 14 -0
 06 11/43 28 32

u.riemann@malteser-altenstadt.de
anette.faust@hsk-Wiesbaden.de

10 P

PALLIATIVMEDIZIN für Ärzte

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger

Tel. 0 60 32/782-202 Fax - 229

veronika.wolfinger@laekh.de

FALLSEMINAR (40 Std.)
KURSWEITERBILDUNG (40 Std.)

16. – 20. November 2005, Bad Nauheim
05. – 09. Dezember 2005, Bad Nauheim

P
 P

PRÜFARZT IN KLINISCHEN STUDIEN (16 Std.)

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler

Tel. 0 60 32/782-203 Fax - 229
07./08. Juli 2006

renate.hessler@laekh.de

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

21 P

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT (200 Std.)

je 20 P

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon

Tel. 0 60 32/782-213 Fax -220

heike.cichon@laekh.de

Block III (48 Std.)

12. – 17. September 2005

€ 980 (Akademiemitgl. € 882)

Block IV (48 Std.)

31. Oktober – 5. November 2005

€ 980 (Akademiemitgl. € 882)

Zusatzmodul: TQM – Assessor EFQM

29./30. September 2005

auf Anfrage

20 P

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80 Std.)

neuer Kurs 2006

68 P

Auskunft und schriftl. Anmeldung: Frau A. Zinkl

Tel. 0 60 32/782-227 Fax: -229

adelheid.zinkl@laekh.de

SOZIALMEDIZIN

je 20 P

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler

Tel. 0 60 32/ 782-283 Fax: -217

luise.stieler@laekh.de

AUFBAUKURS AK II

07. – 14. Oktober 2005

€ 490 (Akademiemitgl. € 441)

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem. RöV

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher

Tel. 0 60 32/782-211 Fax - 229

edda.hiltcher@laekh.de

GRUNDKURS

03./04. September 2005 + 1 Nachmittag

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

SPEZIALKURS

05./06. November 2005 + 1 Nachmittag

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

AKTUALISIERUNGSKURS

03. Dezember 2005

€ 110 (Akademiemitgl. € 99)

gem. RöV für Ärzte und Medizinphysikexperten

22 P
 22 P
 9 P

SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG (50 Std.)

60 P

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost

Tel. 0 60 32/782-201 (Mo.-Do.) Fax -229

marianne.jost@laekh.de

ULTRASCHALLKURSE nach den Richtlinien der DEGUM und KV

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost

Tel. 0 60 32/782-201 (Mo.-Do.) Fax -229

marianne.jost@laekh.de

ABDOMEN ABSCHLUSSKURS

05. November 2005 (Theorie)

€ 225 (Akademiemitgl. € 203)

GEFÄSSE ABSCHLUSSKURS

25./26. November 2005

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

25 P
 20 P

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG (16 Std.)

15 P

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler

Tel. 0 60 32/782-203 Fax -229

renate.hessler@laekh.de

23./24. Juni 2006

€ 200 (Akademiemitgl. € 180)



Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Alice-Hospital

1.8.2005, 18.00 – 20.00 Uhr: Vortragsraum des Alice-Heims, Dieburgerstraße 31, Darmstadt. **„Wundversorgung/Nahtechniken.“** Dr. Schmidt. Auskunft: Dr. Amin Mortazawi. Tel. (0 61 51) 7 73 73. **2P**

Deutsche Akademie für Flug- und Reisemedizin

4.11. – 6.11.2005: Lufthansaausbildungszentrum Seeheim. **„Fliegerarztlehrgang, Grundlehrgang, Refresher E4.“** Leitung: Prof. Dr. U. Stüben. Auskunft: T. Hay. Tel. (0 69) 69 69 12 22. **48P**

Klinikum Darmstadt

7.10. – 9.10.2005: Medizinische Klinik IV, Angiologie, Klinikum Darmstadt, Heidelberger Landstr. 379, Darmstadt. **„Doppler- und Duplex-Ultraschallkurse: Aufbaukurs der extrakraniellen, hirnversorgenden Arterien.“** Leitung: PD Dr. R. Bauersachs. Auskunft: Frau Klumpp. Tel. (0 61 51) 1 07 44 01.

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

Jeden Donnerstag 16.30 Uhr: 4. Obergeschoß, Bibliothek der Klinik für Neurologie, Klinikum Darmstadt/Eberstadt, Heidelberger Landstr. 379, Darmstadt. **„Neurologische Fortbildung.“** Leitung: Prof. Dr. D. Claus. Auskunft: Sekretariat Prof. Claus. Tel. (0 61 51) 1 07 45 01. **1P**

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw

Jeden 1. Samstag im Monat, 9.00 Uhr, Tagesseminar: Mehrzweckhalle des Kreiskrankenhauses Erbach/Odw., Albert-Schweitzer-Str. 10-20. **„Mega-Code-Reanimations-Training.“** Auskunft: M. Pfann, R. Müller. Tel. (0 60 62) 46 86. **11P**

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Mittwochs, 14täglich, 17.30 – 19.00 Uhr: Rodensteinstr. 83, Bensheim. Auskunft: Dr. M. Vandewall. Tel. (0 62 51) 6 85 10. **3P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.

2.8.2005, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt 23, Frankfurt. **„Schmerzkonferenz.“** **4P**
20.30 Uhr: **Qualitätszirkelsitzung.** **4P**
Auskunft: Dr. Thomas Flöter. Tel. (0 69) 29 98 80 77.

Paul-Ehrlich-Institut

2.8.2005, 14.15 Uhr: Hörsaal Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 51-59, Langen. **„Wissenschaftliches Kolloquium: Physico-chemical characterisation of recombinant allergen vaccines: How far can we go and how far do we need to go?“** Prof. Dr. Fatima Ferreira, Salzburg. Auskunft: Silke Gutmuth. Tel. (0 61 03) 77 10 04.

Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim

Besprechungsraum Anästhesie, Marienburgstraße 2, Frankfurt, jeweils 7.15 – 8.00 Uhr.

3.8.2005: **„Der geriatrische Patient: Anästhesiologische Besonderheiten.“** Dr. Heller. **1P**

10.8.2005: **„Perioperative Therapie mit Gerinnungsfaktoren.“** Prof. Dr. Kessler. **1P**

17.8.2005: **„Die Psoaskompartimentblockade: Technik und Tipps.“** Dr. Müller. **1P**

24.8.2005: **„Algorithmus Schwieriger Atemweg.“** Dr. Eichler. **1P**

31.8.2005. **„Literaturrecherche - Der besondere Artikel.“** Dr. Souquet. **1P**

7.9.2005: **„PCA im akuten Schmerzdienst: Organisatorische Voraussetzungen und praktische Durchführung.“** Dr. Brähler. **1P**

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Paul Kessler. Tel. (0 69) 6 70 52 62.

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Hörsaal 22-2, Neues Hörsaalgebäude, Haus 23 A, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt, jeweils 7.00 - 7.45 Uhr.

3.8.2005: **„Lungenembolie - Prophylaxe, Diagnose, Behandlung.“** Dr. Milke. **1P**

8.8.2005, 17.00 – 18.30 Uhr: **„Perioperative Schmerztherapie nicht-Opioid-Analgetika.“** Prof. Dr. H. Bürkle, Münster. **2P**

17.8.2005: **„Einlungenbeatmung.“** Dr. Hofstetter. **1P**

24.8.2005: **„Perioperative Herzrhythmusstörungen.“** Dr. Breikreutz. **1P**

31.8.2005: **„Pulsoximetrie und Kapnometrie – Klinische Wertigkeit.“** Dr. Pullmann. **1P**

7.9.2005: **„Monitoring und Behandlung des erhöhten ICP.“** Dr. Hauer. **1P**

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Zwißler. Tel. (0 69) 63 01 58 67.

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Frankfurt

9.8.2005: Stammtisch. Auskunft: Dr. Christine Hidas. Tel. 0170 96 11 868.



Klinikum Offenbach

Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach.

10.8.2005, 17.30 Uhr: Demoraum des Röntgeninstituts. **„Gefäßforum Offenbach – Interdisziplinäre Fallvorstellung und Indikationsbesprechung.“** Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. N. Rilinger. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

18.8.2005, 15.00 Uhr: Konferenzraum der Neurochirurgie. **„Schmerztherapeutische Ansätze beim Rückenschmerzpatienten und Failed back syndrome.“** Auskunft: Dr. Elke Januschek. Tel. (0 69) 84 05 38 81.

7.9.2005, 16.00 – 17.30 Uhr: Seminarraum Cafeteria, Eingang über Rebenisch-Zentrum. **„Analosedierung mit Diazepam und Ketamin: Indikation, Durchführung und Risiken.“** Dr. T. Pierson. Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. H. Menke. Auskunft: Sekretariat Plastische Chirurgie. Tel. (0 69) 84 05 51 41.

Schmerzforum Rhein-Main e.V.

18.8.2005, 19.00 – 20.30 Uhr: Im Medienzentrum, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus E, 3. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt. **„Schmerzkonferenz.“** **3P**

20.30 – 22.00 Uhr: **„Verhaltensmedizinische (Biofeedback gestützte) Interventionen in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen.“** Dipl.-Psych. Jens Tersek, Marburg. Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt. Tel. (0 69) 46 37 38 oder 13 37 69 66. **3P**

GPR Klinikum

25.8.2005, 17.00 Uhr: Konferenzraum 3, Cafeteria, GPR Klinikum, August-Bebel-Str. 71, Rüsselsheim. **„Perioperative Schmerzen, Periduralkatheter, neue systemische Pharmakotherapie.“** PD Dr. C. Konrad. Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. H. Schütte. Auskunft: H. Langjahr. Tel. (0 61 42) 88 13 96. **3P**

Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main

6.9.2005, 19.30 Uhr: **„Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main.“** Moderation und Auskunft: Gisela Scholz-Tarnow. Tel. (0 61 02) 78 60 40.

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

7.9.2005, 17.30 Uhr: Kleiner Hörsaal, Hörsaal 4, Haus 23, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. **„Leberersatzverfahren und Karzinomrisiko bei PSC.“** A. Rifai, Hannover; M. Ott, Hannover; T. Berg, Berlin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22.

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V. / Ärzterein Hanau e.V.

7.9.2005, 17.00 Uhr: St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25, Cafeteria, Hanau. **„Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen.“** Auskunft: Sekretariat Dr. G. Lautenschläger. Tel. (0 61 81) 25 55 35. **4P**

CCB Cardioangiologisches Centrum Bethanien

8.9.2005, 8.00 – 17.00 Uhr: Mediencenter, CCB, Im Prüfling 23, Frankfurt. **„Workshop Interventionelle Angiologie.“** Dr. Fach, Dr. Mohrs, Dr. Magdanz, W. Pfeil. Anmeldung: Frau S. Schöttke. Tel. (0 69) 94 50 28 18.

Kinzigal-Klinik Bad Soden-Salmünster

10.9.2005, 9.00 – 14.00 Uhr: Kinzigal-Klinik, Bad Soden-Salmünster. **„Therapie und Diagnostik depressiver Erkrankungen.“** Leitung: Dr. R. Czwalinna. Auskunft: Sekretariat Dr. Czwalinna. Tel. (0 60 56) 73 76 01.

9th International Foot and Ankle Surgery Course

7.10. - 8.10.2005: Kongresszentrum Bad Homburg. **„9. Internationaler Operationskurs Fuß- und Sprunggelenkschirurgie.“** Hallux valgus, Hallux rigidus, Arthroskopie Fuß und oberes Sprunggelenk, Vorfußdeformitäten, Degenerative Erkrankungen am Rückfuß und am oberen Sprunggelenk, Trauma, Verletzungen und Überlastungsschäden im Sport. Kursgebühr: € 300/350. Auskunft: Prof. Dr. N. Wülker. Tel. (0 70 71) 25 64 50. www.foot-ankle.org.

Markus-Krankenhaus

Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr: Demonstrationsraum des Röntgeninstituts, 1. Stock, Wilhelm-Epstein-Straße 2, Frankfurt. **„Interdisziplinäre Fallkonferenz des Brustzentrums.“** Leitung: Dr. W. Herrmann. Auskunft: Sekretariat Dr. Herrmann. Tel. (0 69) 95 33 21 47. **2P**

Hochtaunuskliniken Bad Homburg v.d.H.

Die Klinik der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Prof. Dr. K. Böttcher, bietet den niedergelassenen Kollegen der halb-/ganztägigen Hospitation. Anmeldung: Tel. (0 61 72) 14 31 31.

Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst

Jeden Donnerstag, 8.00 – 9.00 Uhr: Konferenzraum 3. Stock, Frauenklinik, Städt. Kliniken Frankfurt-Höchst. **„Senologische Fallkonferenz – multidisziplinär prä-/postoperativ.“** Auskunft: Sekretariat Radiologie. Tel. (0 69) 31 06 27 16.

Jeden Donnerstag, 13.00 Uhr s.t., Hörsaal Pathologie, 1. UG: **„Interdisziplinäre autoptische und bioptische Fallbesprechung.“** Prof. Dr. P. J. Klein. Auskunft: Sekretariat. Tel. (0 69) 31 06 23 42. **3P**

Jeden Donnerstag, 13.00 Uhr s.t.: Hörsaal Pathologie, 1. UG. **„Interdisziplinäre autoptische und bioptische Fallbesprechung.“** Prof. Dr. P. J. Klein. Auskunft: Sekretariat. Tel. (0 69) 31 06 23 42. **3P**

Klinikum Stadt Hanau

Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr: C-Bau, 1. Stock, Klinikum Stadt Hanau. **„Interdisziplinäres Brustzentrum – Gynäkologie Onkologie – Fallbesprechung.“** Anmeldung von Patienten: Sekretariat PD Dr. Thomas Müller. Tel. (0 61 81) 2 96 25 10.

Jeden Dienstag, 17.00 Uhr s.t. - 18.00 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung, Leimenstraße 20, Hanau. **„Interdisziplinäres onkologisches Kolloquium.“** Chirurgie, Prof. Dr. Valesky; Med. Onkologie und Hämatologie, PD Dr. Burk; Radioonkologie, PD Dr. Zierhut; Radiologie, Prof. Dr. Dinkel; Gastroenterologie, Prof. Dr. Teschke; Nuklearmedizin, PD Dr. Zimny; Pneumologie, Dr. Thöming, Prof. Dr. Kromer; Pathologie, Dr. Blasius; Gynäkologie, PD Dr. Müller. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Valesky. Tel. (0 61 81) 2 96 28 10.

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Mammaboard

Jeden Mittwoch, 15.00 Uhr: Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 14, EG, Demo-Raum Radiologie, Frankfurt. **„Interdisziplinäre Konferenz zu Erkrankungen der Brustdrüse – Fallbesprechung, Patientinnenvorstellung.“** Prof. Kaufmann, Prof. Vogel, Prof. Hansmann und Mitarbeiter. Auskunft: Tel. (0 69) 63 01 51 15.

Klinikum Offenbach

Mittwochs, 13.15 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung. **„Interdisziplinäres chirurgisch onkologisches Kolloquium.“** Anmeldung nicht erforderlich. Auskunft: PD Dr. C. Tonus. Tel. (0 69) 84 05 -30 43 oder -39 41. **1P**



DRK Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen

Jeden Mittwoch, 15.00 – 16.00 Uhr: Bibliothek des Instituts für Transfusionsmedizin, Sandhofstraße 1, Frankfurt. „**Transfusionsmedizinische Fortbildungsveranstaltung.**“ Veranstalter: Prof. Dr. Erhard Seifried. Tel. (0 69) 6782201. **1P**

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums

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

Arbeitskreis für TCM der JWG-Universität

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 der JWG-Universität

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.

Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie der JWG-Universität

Wöchentlich Donnerstags, 7.30 – 8.30 Uhr: Interdisziplinäres Tumorboard. Leitung: Prof. Bechstein. Innere Medizin-Gastroenterologie (Prof. Caspary), Innere Medizin-Hämatonkologie (Prof. Hölzer), Strahlentherapie (Prof. Böttcher), Radiologie (Prof. Vogl), Orthopädie (PD Dr. Kurth) Allgemeine Chirurgie (Prof. Bechstein) Palliativmedizin (Hospital für Palliative Medizin). Auskunft: Dr. Christiane Gog. Tel. (0 69) 63 01 66 82. **2P**

Krankenhaus Nordwest

Dienstags, 14-tägig, 16.00 – 17.00 Uhr: „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz.**“ Leitung: PD Dr. Eckhart Weidmann. Auskunft: PD Dr. Weidmann. Tel. (0 69) 76 01 33 19. **2P**

Die Klinik für Urologie und Kinderurologie am Krankenhaus Nordwest, Prof. Dr. E. Becht, bietet den niedergelassenen Kollegen der halb/ganztägigen Hospitation. Tel. Anmeldung (0 69) 76 01 34 15. **2P**

ASM Akademie für Sexualmedizin e.V.

Neuer zweijähriger Kurs ab November 2005, Praxis Dr. Berberich, Kasinostraße 31, Frankfurt. „**Frankfurter Curriculum für Sexualmedizin.**“ Auskunft: Dr. Hermann J. Berberich. Tel. (0 69) 31 67 76.

Qualitätszirkel Gesundheitsökonomie

Wer hat Zeit und Interesse? Praxismanagement – Qualitätsmanagement – PR in der Arztpraxis – Ökonomie in Diagnostik und Therapie – Selbstverständnis des medizinischen Unternehmers.

1. Treffen 18.00 - 20.00 Uhr, Raum 10.01, KV Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, Frankfurt. Kontakt: Dr. Martin H. Wesner, Moderator. Tel. 0170 7 76 72 02.

Qualitätszirkel Bipolarität

Wer hat Interesse ab Herbst 2005 in einem QZ zum Thema: Bipolare Störung/manisch-depressive Erkrankung und deren Vergesellschaftung mit anderen symptomatischen und strukturellen psychischen Störungen (Verständnis, Diagnostik, Aufklärung, Behandlungsansätze) kontinuierlich mitzuarbeiten? Moderation und Kontakt: Claudia Regina Seibert. Tel. (0 69) 59 85 42.

Qualitätszirkel für Ärzte und Psychologen

Dienstags, monatlich 19.30 - 21.00 Uhr: „**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Vom Erstinterview zum Behandlungsende.**“ Auskunft: Barbara Ullrich. Tel. (0 69) 55 17 25. **4P**

Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Mittwochs 20.00 – 22.00 Uhr. **4P**

Diagnostische Prozesse „Vom Erstinterview zum Kassenantrag.“

Psychodynamische Konzepte „Modellvorstellungen als Grundlagen zum Verständnis.“

Jeweils 10 Treffen pro Jahr in Frankfurt-Pranheim. Auskunft: Dr. Cordula Damm. Tel. (0 69) 76 20 18.

Arbeitskreis Pastoralmedizin

3. Mittwoch im Monat, 20.00 - ca. 22.00 Uhr: Bad Homburg. Ärztliche Therapie und seelsorgerliche Begleitung. Neuer Kurs ab 21.9.2005. Leitung und Auskunft: Dr. Hein Reuter. Tel. (0 61 72) 68 52 80. www.heinreuter.de

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Mittwoch und Donnerstag, zwei Sitzungen im Monat im Frankfurter Nordend. Leitung: Dr. Gabriele Otto. Tel. (0 69) 59 44 50. **3P**

Balintgruppe

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

Balintgruppen

montags, zweiwöchentlich **3P**

Samstags, monatlich **5P**

Praxis Dr. Mario Scheib, Kettenhofweg 137, Frankfurt. Tel. 0700 99 10 00 00.

Balintgruppe

Mittwochs, alle 2-3 Wochen, 16.45 - 18.15 Uhr: KinzigtalKlinik, Parkstraße 7-9, Bad Soden-Salmünster. Auskunft: Sekretariat Dr. R. Czwalinna. Tel. (0 60 56) 73 76 01. **3P**



Fortbildung

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Psychosomatische Grundversorgung: Kontinuierliche Balintgruppe Theorie 50 Stunden. Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt. Leitung: Dr. Herzig, Prof. Krause, Dr. Schüler-Schneider. Auskunft: Dr. Schüler-Schneider. Tel. (0 69) 63 53 63. **65P**

Progressive Muskelrelaxation: Seminar mit 8 Doppelstunden, 5 x Donnerstags, 18.30 – 21.45 Uhr, bzw. 2 x bis 21.15 Uhr, Rohrbachstraße 7, Frankfurt. Leitung: Dr. Renate Herzig. Auskunft: Dr. Herzig. Tel. (0 69) 467995. **21P**

Psychoanalytische Selbsterfahrungsgruppe: 18.00 Uhr: Stresemannallee 11, Frankfurt. Anerkannt für die Psychotherapeutische, Psychosomatische und Psychiatrische Facharztweiterbildung. Leitung: Dr. Axel Schüler-Schneider. Tel. (0 69) 63 53 63. **3P**

Psychosomatische Grundversorgung

„**Psychosomatische Grundversorgung**“ Theorie und Technik der Verbalen Intervention. **81P**

Balintgruppe Montags, 1x monatlich, 19.00 – 22.00 Uhr, Humboldtstraße 25, EG, Frankfurt. **5P**

Balintgruppe Samstags, 1x monatlich, 9.30 – 12.30 Uhr, Humboldtstraße 25, EG, Frankfurt. **5P**

Autogenes Training – Anwenderorientierte Grund- und Fortgeschrittenenurse mit jeweils 8 Doppelstunden, Humboldtstraße 25, EG, Frankfurt. **42P**

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Kreiskrankenhaus Schotten-Gedern

1.8.2005, 7.30 – ca. 8.30 Uhr: Kreiskrankenhaus, Außenliegend 13, Schotten. „**Theorie und Praxis der neuromuskulären Monitoring Verfahren.**“ Hr. Bademli. Auskunft: Sekretariat Dr. Jürgen Raitz. Tel. (0 60 44) 6177104. **1P**

Klinik Waldhof Elgershausen

5.8.2005, 16.30 – 18.30 Uhr: Seminarraum Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein. „**Onkologisches Kolloquium.**“ Prof. Dr. Harald Morr, Prof. Dr. W. Padberg, Prof. Dr. R. Engenhardt-Cabillic, PD Dr. Alles. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Morr. Tel. (0 64 49) 92 72 61.

St. Josefskrankenhaus

11.8.2005, 20.00 – 21.30 Uhr: Cafeteria des St. Josefskrankenhauses, Liebigstraße 24, Gießen. „**Geriatrisches Abendseminar: Neuroleptikatherapie beim alten Patienten.**“ PD Dr. Detlev Schmal. Auskunft: Sekretariat PD Dr. K. Ehlenz. Tel. (06 41) 7 00 23 20.

Schmerztherapeutisches Kolloquium Schotten e.V.

17.8.2005, 18.30 Uhr: Praxis Dr. Viola Rippin, Frankfurter Straße 1, Gedern. „**Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellung.**“ Auskunft: Dr. Viola Rippin. Tel. (0 60 45) 95 38 59.

Balintgruppe

Donnerstags, 4wöchentlich in Friedberg **4P**
Dr. Michael Knoll, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Johann-Peter-Schäfer-Str. 3, Friedberg. Anmeldung Sekretariat Dr. M. Knoll. Tel. (0 60 31) 89 13 19.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Montags, 14tägig, 20.15 Uhr: Ulrich Breidert-Achterberg, 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.**“ Prof. Dr. R. Engenhardt-Cabillic, Prof. Dr. W. Padberg, Prof. Dr. Dr. F. Grimminger. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Engenhardt-Cabillic. Tel. (06 41) 9 94 17 00. **2P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

10.8.2005, 18.00 Uhr c.t. – ca. 20.15 Uhr: Hörsaal des Klinikums Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisches-orthopädisches Kolloquium: Perioperative Gerinnungsstörungen.**“ Dr. M. Jonas, Düsseldorf. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 881571. **3P**

Schmerz und Palliativzentrum Fulda

Schmerz- und Palliativzentrum, Robert-Kircher-Straße 15, Fulda, jeweils 19.30 – 22.00 Uhr.

10.8.2005: „**Qualitätszirkel Palliativmedizin.**“ **4P**

24.8.2005: „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz.**“ **3P**

Auskunft: Sekretariat Thomas Sitte. Tel. (06 61) 9 01 50 16.

Kinder- und jugendpsychiatrisches Forum

Konferenzraum Haus 4, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Herkulesstraße 111, Kassel, jeweils 15.00 – 16.30 Uhr.

10.8.2005: „**Der besondere Fall: Zwangsstörung.**“ Dr. Margret Wirthgen.

24.8.2005: „**Der besondere Fall: Drogeninduzierte Psychose.**“ Said Towhidi.

7.9.2005: „**Therapie mit Pferden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.**“ Susanne Woble.

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

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Kassel

18.8.2005, 19.30 Uhr: Restaurant Carls an der Fuldabrücke.

Homöopathie

5.8.2005, 16.30 – 19.00 Uhr: Praxis Dr. Birgit Tuchtfeld, Aßbachstraße 38, Vellmar. „**Einzelfallsupervision mit Repertorisation.**“ Kursgebühr: € 30,-. Anmeldung: Praxis-Tel. (05 61) 82 13 66. **4P**

Balintgruppe

2.9.2005: Blockseminar.

Psychosomatische Grundversorgung

3.9. – 4.9.2005: für KV-Ziffern und FA-Weiterbildung.



Auskunft: Dr. Wienforth. Tel. (0 56 62) 2629 oder Dr. Bornhütter. Tel. (05 61) 31 51 83.

Marienkrankenhaus

Marienkrankenhaus, Marburger Straße 85, Kassel.

7.9.2005, 18.00 – 21.00 Uhr: „**Spiroergometrie-Indikation, Interpretation, praktische Bedeutung.**“ **3P**

5.10. – 9.10.2005, ganztägig. „**Schlafmedizinischer Refresherkurs mit Erwerb der Qualifikation nach den BUB-Richtlinien.**“ **20P**

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

Wicker-Klinik

10.9.2005: Wicker-Klinik, Fürst-Friedrich-Straße 2-4, Bad Wildungen. „**Fachtagung für Psychosomatik: Mütter in der Psychotherapie – Der Mythos als stiller Begleiter?**“ Auskunft: Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff. Tel. (0 56 21) 79 22 37.

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

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

Jeden Montag 16.00 – 17.00 Uhr: Bibliothek der Frauenklinik. „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz gynäkologischer Tumoren einschließlich Mammakarzinom.**“ Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. H.J. Feldmann, Dr. A. Hertel, Prof. Dr. H. Arps. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling. Tel. (06 61) 84 25 30. **2P**

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

Jeden 2. Montag, 16.00 – 17.00 Uhr: Medizinische Klinik II. Seminarraum 2. „**Aktuelle Gastroenterologie.**“ Leitung: Dr. K. L. Diehl, Prof. Dr. D. Jaspersen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 54 21. **3P**

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

Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr: Demonstrationsraum – Radiologie-Zentrum. „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz – Radioonkologie.**“ Prof. Dr. H. Arps, Prof. Dr. R. Behr, Prof. Dr. W. Fassbinder, Prof. Dr. H. J. Feldmann, PD Dr. A. Hellinger, PD Dr. A. Hertel, Prof. 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.

Notfallmedizinische Fortbildung

Jeweils erster Montag im Monat, 17.30 – 19.00 Uhr: Kreisklinik Hofgeismar. „**3. Monatliche Rettungsdienstfortbildung.**“ Auskunft: Sekretariat Frau Rapp. Tel. (0 56 71) 8 15 00.

Supervision

Einzelsupervision, 14-tägig, Termin nach Vereinbarung. Dr. Lutz Oehlmann, Braacher Straße 3, Rotenburg a.d.Fulda. Tel. (0 66 23) 91 98 88. **3P**

Klinikum Kassel/Praxisgemeinschaft Hämatologie/Onkologie

Jeden 2. Montag im Monat, 18.00 - 21.00 Uhr: Hörsaal Pathologie des Klinikums Kassel. „**Kasseler Tumorkonferenz.**“ Prof. M. Wolf, Prof. J. Faß, Prof. P. Albers, Prof. J. Rüschoff, PD Dr. T. Dimpfl, Prof. J. Pausch, Prof. P. Kuhn, Dr. P. Schneider, Dr. H. Kops. Dr. U. Söling, Dr. S. Siehl, Prof. Dr. W.-D. Hirschmann. Auskunft: Sekretariat Prof. M. Wolf. Tel. (05 61) 9 80 30 46 oder Sekretariat Dr. U. Söling. Tel. (05 61) 7 39 33 72.

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 14-tägig, 19.30 Uhr: Auskunft: Dr. U. Walter, Bahnhofstr. 12, Fulda. Tel. (06 61) 9 01 49 60. **3P**

Balintgruppe

Mittwochs 19.30 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

Hospital zum Hl. Geist

31.8.2005, 17.00 Uhr: Konferenzraum Hospital zum Heiligen Geist, Am Hospital 8, Fritzlar. „**Klinisch-pathologisch-onkologische Konferenz.**“ Prof. Dr. Rüschoff, Dr. Stahl, Dr. Dausch, Dr. Michels. Auskunft: Sekretariat Dr. Michels. Tel. (0 56 22) 99 72 60. **2P**

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin der Philipps-Universität

9.9.2005, 18.30 Uhr s.t. – 21.00 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Straße 8, Marburg. „**Plananalyse und Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie.**“ Prof. Dr. Franz Caspar, Freiburg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Renschmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 -30 62 oder -64 72.

Institut für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie der Philipps-Universität

10.9.2005, 11.00 – 14.30 Uhr: Hörsaal III, Klinikum der Philipps-Universität (Lahnberge), Conradstraße, Marburg. „**Novellierte Richtlinien zur Anwendung von Hämotherapie – Gravierende Änderungen für die klinische Praxis.**“ Leitung: Prof. Dr. Volker Kretschmer. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Kretschmer. Tel. (0 64 21) 2 86 62 83. **4P**



Klinik für Neurochirurgie der Philipps-Universität

Mittwochs, wöchentlich, 7.30 – 9.00 Uhr: Seminarraum Nr. 3130, Ebene +1, Baldingerstraße, Klinik Lahnhöhe, Marburg. **„Interdisziplinäres neuroonkologisches Tumorkolloquium.“** Anmeldung von Patienten bei Dr. Heinze. Kurscode/Nummer 060-05-50459-000. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Bertalanffy. Tel. (0 64 21) 2 86 64 47. **3P**

Zentrum für Frauenheilkunde der Philipps-Universität

Jeden Dienstag 16.15 Uhr: Arbeitsbereich für Senologische Diagnostik. **„Interdisziplinäre postoperative Konferenz mit Demonstrations- und Fallvorstellungen.“** Auskunft: Sekretariat Dr. V. Duda. Tel. (0 64 21) 28664421.

Jeden Freitag 15.00 – 18.00 Uhr: Hörsaal der Frauenklinik. **„Interdisziplinäres Tumorboard des Brustzentrums Regio.“** Auskunft: Sekretariat Dr. U. Albert. Tel. (0 64 21) 2 86 64 32.

AG Epileptologie des EZM

Jeden 1. Dienstag des Monats, 19.00 – ca. 20.00 Uhr: Konferenzraum des Zentrums für Nervenheilkunde des Universitätsklinikums, 1. Stock, Rudolf-Bultmann-Straße 8, Marburg. **„AG Epileptologie.“** Auskunft: Prof. Dr. F. Rosenow, PD Dr. H. Hamer. Tel. (0 64 21) 2 86 52 00.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Samstags, vierwöchentlich, 9.30 – 15.00 Uhr: Walter-Voß-Weg 12, Marburg. Dr. Michael Knoll. Tel. (0 60 31) 89 13 19. **6P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken

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

3.8.2005 und 17.8.2005: 18.00 Uhr: Sitzungssaal 99D302. **„Onkologischer Arbeitskreis Wiesbaden.“** Leitung: Prof. Dr. N. Frickhofen. Organisation: Dr. H.-G. Fuhr. Fallanmeldung: Frau Decker-Eilenz. Tel. (06 11) 43 33 33. **3P**

15.8.2005, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. **„Prävention lebensbedrohender Blutungen peripartaler Blutungskomplikationen.“** Herrle. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

28.8. – 2.9.2005: **„Echokardiographie-Grundkurs.“** F.J. Beck, Poertschach. Auskunft: Sekretariat Prof. M. Sigmund. Tel. (06 11) 43 24 15.

31.8.2005, 18.15 – 20.00 Uhr: 2. Stock, Personalcasino, hintere Räume. **„Halten die neuen Substanzen in der Therapie des Kolonkarzinoms das, was sie versprechen und kosten?“** Dr. D. Arnold, Halle. Leitung: Prof. Dr. N. Frickhofen. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33.

7.9.2005, 16.00 – 17.30 Uhr: Bibliothek der Kinderklinik, Erdgeschoß. **„Pädiatrisch-Neurochirurgische Konferenz.“** Auskunft: Sekretariat Dr. Ulrich J. Knappe. Tel. (06 11) 43 30 70.

Donnerstags 16.30 Uhr: Raum 99D302, Untergeschoß Hauptgebäude HSK. **„Interdisziplinäres Tumorboard des OSP-HSK.“** Leitung: Prof. Dr. N. Frickhofen. Anmeldung von Patienten schriftlich: Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **3P**

Donnerstags 8.00 – 10.00 Uhr: Räume der gynäko-onkologischen Ambulanz. **„Gynäkologisch-onkologische-radiotherapeutische Sprechstunde.“** Prof. Dr. A. du Bois, PD Dr. F.J. Prott. Auskunft: Sekretariat Prof. 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. Birgit Queißer. 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

Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden

15.8.2005, 18.00 – 20.00 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. **„Schmerzkonferenz.“** **4P**
20.00 - 22.00 Uhr: **„Qualitätszirkel Palliativmedizin.“** **4P**
Auskunft: Sekretariat Dr. Th. Nolte. Tel. (06 11) 7 16 77 51.

Qualitätszirkel

27.8. – 28.8.2005: KVH-Bezirksstelle Wiesbaden. **„Moderatorentaining für Qualitätszirkel.“** Prof. Herbert Haid. Auskunft: KVH Landesstelle, Tanja Schneider. Tel. (0 69) 79 50 25 19.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden e.V.

6.9.2005, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Straße 36, Wiesbaden. **„Die Renaissance alter und neuer Infektionskrankheiten.“** Prof. Dr. Kurth, Berlin. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13.

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

7.9.2005, 18.00 – 20.00 Uhr: Ärztehaus, Adelheidstraße 7, Limburg. **„Inkontinenz.“** Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78.

Asklepios Paulinen Klinik

10.9.2005, 9.30 – ca. 17.00 Uhr: Kurhaus Wiesbaden, Salon Carl-Schuricht, Kurhausplatz 1, Wiesbaden. **„Wie viel Risiko verträgt die Schwangerschaft? – Risikofaktoren in der Schwangerschaft, Wachstumsretardierung, Gestationsdiabetes und das Neugeborenen Hörscreeing.“** Leitung: Dr. Volker Heyl, Dr. Thorsten Mihm. Teilnahmegebühr: € 20,-. Auskunft: Sekretariat Frauenklinik. Tel. (06 11) 8 47 -23 91. **8P**

Verein zur Förderung Senologischer Fortbildung e.V.

15.10. – 16.10.2005: Mammographie-Screening-Zentrum, 1. Stock, Michelsberg 3, Wiesbaden. **„Intensivkurs für Radiologen und Gynäkologen – Selbststudium an über 250 Fällen.“** K. Bock, M. Reichel, C. Blumenroth. Auskunft: Sekretariat Dr. Margrit Reichel. Tel. (06 11) 3 60 52 13.

St. Josefs-Hospital

4.11. – 5.11.2005: Frauenklinik St. Josefs-Hospital, Solmsstraße 15, Wiesbaden. **„Vorträge, Fragen und Antworten aus der Gynäkologie und Geburtshilfe.“** Leitung: PD Dr. S. Sievers, Neustadt; Prof. Dr. G. Hoffmann,



Wiesbaden; Dr. W. Harlfinger, Mainz. Auskunft: Frau Fechner. Tel. (06 11) 1 77 15 01.

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

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.

St.-Vincenz-Krankenhaus

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

Jeder zweite Mittwoch des Monats, 17.00 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung, Erdgeschoß. **„Arbeitskreis Gefäßmedizin.“** Auskunft: Dr. F. Rabe-Schmidt, Gefäßchirurgie, Tel. (0 64 31) 2 92 44 01 oder Dr. S. Eichinger, Radiologie, Tel. (0 64 31) 2 92 45 55. **2P**

Jeden 2. Dienstag, 17.00 Uhr: Konferenzraum A. Busch. **„Interdisziplinäres Brustzentrum – Fallbesprechung.“** Mittelhessisches Brustzentrum, Onkologischer Schwerpunkt. Auskunft: Sekretariat Frauenklinik. Tel. (0 64 31) 2 92 44 51. **5P**

Jeden Mittwoch, 16.15 Uhr: Besprechungsraum 1. Stock. **„Tumorboard“** Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen des onkologischen Schwerpunktes. Auskunft: Sekretariat Dr. K.-P. Schalk. Tel. (0 64 31) 2 92 44 51.

Jeder letzte Mittwoch im Monat, 17.00 – 19.00 Uhr: Seminarräum. **„Interdisziplinäre Schmerzkongferenz.“** Leitung: Dr. Sebastian Eichinger, Dr. Christoph Lerchen. Auskunft: Sekretariat Dr. S. Eichinger. Tel. (0 64 31) 2 92 45 51. **2P**

Balintgruppe

Mittwochs, 14-tägig, 17.30 – 19.30 Uhr s.t.: Auskunft: Dr. L. Albers, J. Klauenflügel (ermächtigt). Tel. (06 11) 5 64 09 65. **4P**

Forum für Integrierte Medizin Mainz/Wiesbaden

Referate und Diskussionen unter dem Oberthema **„Theorie der Humanmedizin.“** Zweimonatlich freitags, 17.00 – 19.00 Uhr s.t. Praxis Dr. Albers. Ort und Programm unter www.forum-integrierte-medizin.info **2P**

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**

Qualitätszirkel tiefenpsychologische Psychotherapie

monatliche Sitzung dienstags, 19.30 Uhr für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Auskunft: Dr. N. Mink. Tel. (06 11) 52 88 22. **4P**

NACH REDAKTIONSSCHLUSS EINGEGANGEN

FRANKFURT

Markus Krankenhaus

1.9.2005, 16.30 – 18.00 Uhr: Markus Krankenhaus, Aula, Wilhelm-Epstein-Straße 2, Frankfurt. **„Wie verbindlich ist die Patientenverfügung? Ethische und rechtliche Fragen der aktuellen Debatte.“** Fallbeispiele und Diskussion u.a. mit Bundesjustizministerin Brigitte Zypries. Auskunft: Dr. Kurt Schmidt, Zentrum für Ethik in der Medizin. Tel. (0 69) 95 33 25 55.

Neuroradiologisches Forum

6.9.2005, 17.00 – 18.00 Uhr: Universitätsklinikum, Haus 95, Institut für Neuroradiologie, Hörsaal, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. **„Zerebrale Perfusion – Grundlagen, Methodik und klinischer Einsatz.“** Prof. Dr. H. Traupe, Gießen. Auskunft: Dr. Özlem Gürvit. Tel. (0 69) 63 01 54 62. **1P**

Diabetes Haus

14.9. – 17.9.2005: Diabetes Haus, Karl-Hermann-Flach-Straße 15A, Oberursel. **„ZI-Zertifizierung Hypertonie-Schulung (nach Grüßer) zum Erwerb der Abrechnungsqualifikation der EBM2000 plus-Ziffern 92141, 92142, 92171, 92172.“** Leitung: Dr. Günter Zerth. Auskunft: Herr Müller. Tel. (0 61 71) 63 39 52. **5P**

KASSEL

Orthopädische Klinik Kassel

9.9. – 10.9.2005: Fortbildungszentrum Orthopädische Klinik, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel. **„Masterclass-Symposium Kassel: Knieendoprothetik.“** Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Werner Siebert. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Siebert. Tel. (05 61) 3 08 42 01.

WIESBADEN

Deutsche Klinik für Diagnostik

DKD, Aukammallee 33, Wiesbaden, jeweils 17.30 Uhr, Bibliothek II+III.

8.8.2005: **„Die Brust im MRT.“** Dr. I. Wachenfeld, Dr. B. Tiebert. **2P**

22.8.2005: **„Das Herz im MRT: Einsatz der Kernspintomographie in der kardiologischen Diagnostik.“** O. Ekinci. **2P**

29.8.2005: **„Urtikaria.“** H.G. Nagel. **2P**

Auskunft: Sekretariat Dr. Roland Conradi. Tel. (06 11) 57 76 42.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

21.9. – 24.9.2005: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden. **„78. Jahrestagung der DGN.“** Kongresspräsident: Prof. Dr. W. H. Oertel. Auskunft: AKM Congress Service. Tel. (0 76 21) 9 83 30.



Veröffentlichung von Fortbildungsveranstaltungen

Wir bitten die Veranstalter von Fortbildungen im Bereich der Bezirksärztekammern der LÄK Hessen – fünf Wochen vor Erscheinen – die Unterlagen (zusammen mit dem Anerkennungsschreiben der LÄK Hessen) direkt an die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes zu senden.

Der Antrag auf Anerkennung ist rechtzeitig bei der Anerkennungsstelle der LÄK Hessen in Frankfurt, Im Vogelsgesang 3, zu stellen, beachten Sie bitte auch dort die Fristen.

Die Veranstalter sind verantwortlich für die Richtigkeit der angegebenen Fortbildungspunkte.

Die Redaktion

9. Offene Europäische Fechtmeister- schaften der Medizin-Berufe a.W. 11. Oktober 2005

Kulturhaus zu Sonne Schkeuditz, Schulstraße 10, 04435 Schkeuditz

Startberechtigt sind alle Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, sowie sonstige Angehörige der Medizinberufe und die Studierenden der entsprechenden Fächer mit gültigem Sportpass.

Das komplette Programm kann angefordert werden bei:

Dr. Hans-Wilhelm Deutscher

Illtalstraße 58, 66571 Eppelborn-Bubach

Tel. 06881 7026, Fax 06881 897399

E-Mail: Dr.Deutscher@t-online.de

34. Norddeutsche Psychotherapietage Lübeck 2. – 7. Oktober 2005 (Vorkurse 30.9./1.10.2005)

Norddeutsche Psychotherapietage 2005: Fort- und Weiterbildungsveranstaltung für Ärzte, Diplom-Psychologen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Pflegepersonal aus psychotherapeutisch-psychosomatischen Einrichtungen, Musiktherapeuten, Gestaltungstherapeuten und Körpertherapeuten.

Leitung: PD Dr. med. Günter Jantschek, Lübeck
Prof. Dr. med. Christian Reimer, Gießen
Dr. med. Eberhard Wilke, Bad Malente-Gremsmühlen

Das komplette Programm finden Sie unter:
www.norddeutsche-psychotherapietage.de

Lärm macht krank Tagung am 29. September 2005

In Deutschland ist die Bevölkerung dem Lärm durch eine Vielzahl von Geräuschquellen ausgesetzt. Straßen, Schienenwege, Flugplätze, Gewerbe- und Sportanlagen führen nicht selten zu gesundheitlichen Problemen und verringern die Wohn- und Lebensqualität. Viele technologische Fortschritte in der Lärminderung werden durch ein erhöhtes Verkehrsaufkommen, neue Straßen- und Schienenprojekte, Aus- und Neubau von Flughäfen wieder aufgewogen (Beispiel Flughafen Kassel-Calden). Welche gesundheitlichen und strukturpolitischen Auswirkungen hat der Lärm? Welche Wege der Lärminderung sind möglich? Welche politischen Maßnahmen sind dringlich? Ziel der Tagung ist es, die Auswirkungen von Lärm zu analysieren und über technische und politische Möglichkeiten zur Lärmreduzierung zu diskutieren.

Zielgruppe: Stadt- und Verkehrsplaner, Vertreter aus Medizin und Politik, Mitglieder von Umweltverbänden und kirchliche Umweltbeauftragte, Lärm-Betroffene.

Leitung: Dr. Georg Hofmeister, Hofgeismar; Dr. Martin Reinhold, Kaufungen; Stefan Weiß, Hanau.

Tagungsbeitrag: Euro 20,00

Anmeldungen bitte schriftlich an
Ev. Akademie Hofgeismar, Postfach 1205, 34362 Hofgeismar
per Fax 05671/881-154 oder
per mail ev.akademie.hofgeismar@ekkw.de
www.akademie-hofgeismar.de

Können wir aus dem „Fall Terri Schiavo“ lernen?

Gisela Bockenheimer-Lucius

Diskussionen um medizinethische Probleme überstürzen sich immer häufiger: ein Heilungsversuch mit menschlichen embryonalen Stammzellen mithilfe des sog. therapeutischen Klonens, Stellungnahmen zur rechtlichen Regelung der Patientenverfügung und ganz aktuell ein lebhafter Streit um die Regelungen des Embryonenschutzgesetzes machen Schlagzeilen.

In besonderer Weise hat aber nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland das dramatische Geschehen um die amerikanische „Wachkoma“-Patientin Terri Schiavo eine hochemotionale Diskussion ausgelöst und gezeigt, dass Entscheidungen zu einem Behandlungsabbruch fundamentale, auch stark kulturell und religiös geprägte Empfindungen und Wertebilder berühren, wenn Bewusstsein, Kommunikationsfähigkeit und Ernährung zentrale Bedeutung bekommen. Diese Debatte verdient daher aufmerksame Beachtung, da sie Probleme bewusst gemacht hat, die in unserem Land eine künftige Regelung zur Gültigkeit von Patientenverfügungen betreffen.

Die Hintergründe lassen sich knapp zusammenfassen: Terri Schiavo erlitt im Alter von 27 Jahren vermutlich aufgrund einer Hypokaliämie im Rahmen einer Anorexie einen Herzstillstand mit der Folge eines schweren hypoxischen Hirnschadens und wurde mit der Diagnose eines *Persistent vegetative state* über 15 Jahre hinweg mithilfe einer Sonden-Ernährung am Leben erhalten. Ihr Ehemann forderte die Einstellung des „tube feeding“ mit dem Hinweis auf frühere Äußerungen seiner Frau, dass sie unter derartigen Umständen nicht würde leben wollen. Terri Schiavos Eltern bestanden auf der Fortführung der Ernährung und bezeichneten den Abbruch als Mord an ihrer Tochter. Eine schriftliche Verfügung von Terri Schiavo lag nicht vor. Am 18. März 2005 wurde die Sonde nach

jahrelangem Rechtsstreit zum dritten Mal entfernt und nach einer Entscheidung des U.S. District Court von Florida auch nicht wieder eingesetzt. Terri Schiavo starb am 31. März 2005 (vgl. [11]).

Das „Wachkoma“ – ein klinisch dringend zu differenzierendes Krankheitsbild

Das Bild des sog. „Wachkoma“-Patienten wirft seit gut zwei Jahrzehnten eine Fülle von klinischen wie ethischen und rechtlichen Fragen auf. Einerseits kann durch die Fortschritte der Medizin auch nach schwersten Schädel-Hirnverletzungen oder hypoxischen Hirnschädigungen das Leben eines Menschen immer öfter erhalten werden. Andererseits ermöglichen eine hochauflösende Bildgebung, der Einsatz neurophysiologischer Verfahren sowie PET-Befunde eine immer präzisere Diagnostik und verfeinerte Prognostik. Dabei zeigen sich aber auch erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten der hochkomplexen neurologischen Krankheitsbilder und damit einhergehend eine oftmals verwirrende medizinische Begrifflichkeit. Dies führt vor allem in der öffentlichen Debatte der *ethischen* Herausforderungen und Verpflichtungen zu Unsicherheiten und unangebrachten Schuldzuweisungen. Alle Bezeichnungen wie *Coma vigilé*, *Coma dépassé*, *Apallisches Syndrom*, *Vegetative state*, *Non-cognitive state*, *Minimal cognitive state*, *Minimally responsive state* oder *Minimally conscious state* sind umstritten und haben sich als untauglich erwiesen (vgl. zu der gesamten Problematik u.v.a. [6; 7; 8; 9; 15; 17]). Auch der bei uns zumeist gebrauchte Begriff des „apallischen Syndroms“ ist medizinisch falsch. Vor allem aber ist die in der deutschen Alltagsdebatte übliche Gleichsetzung unterschiedlicher klinischer Krankheitsbilder unter die Diagnose „Wachkoma“ weder medizinisch noch mit Blick auf ethische Probleme sachgerecht.

Dieses fälschlich so bezeichnete „Wachkoma“ geht in den meisten Fällen aus einem Koma hervor: Die Patienten öffnen zeitweilig ihre Augen, allerdings ohne ihre Umgebung wahrzunehmen und ohne auf Ansprache zu reagieren. Während im echten Koma „Wachheit“ und Wahrnehmung völlig aufgehoben sind, sind die betroffenen Menschen im so bezeichneten „Wachkoma“ nicht in unserem üblichen Verständnis „wach“. Sie zeigen vielmehr eine wechselnde *Vigilanz*, d.h. „Helligkeit“ mit fehlenden Zeichen des Bewusstseins. Kennzeichnend für das Krankheitsbild ist diese *Dissonanz von Vigilanz und Bewusstsein*. Jenett und Plum haben 1972 dafür den (ebenfalls umstrittenen) Begriff „Persistent Vegetative State“ (PVS) geprägt. Die Bezeichnung „persistent“ grenzt den Zustand ab von dem, was im weiteren Verlauf als „permanent vegetative state“ bezeichnet wird. *Persistent* bedeutet, daß es sich um eine anhaltende Symptomatik handelt, was aber keine Aussage zum weiteren Verlauf beinhaltet und nicht mit „irreversibel“ gleich gesetzt werden darf. *Permanent* meint die *Irreversibilität* [8]. Die US-amerikanische Multi-Society Task Force on PVS hat dazu treffend festgestellt: „Persistent vegetative state is a diagnosis; permanent vegetative state is a prognosis ... which like all clinical diagnosis in medicine is based on probabilities, not absolutes.“ [17] Je nach Alter des betroffenen Patienten und Ursache der Hirnschädigung können die Hirnfunktionsstörungen erheblich variieren. Bewusste Wahrnehmung und bewusstes Empfinden und Erleben sind bei derart schwerwiegenden Hirnschädigungen nicht anzunehmen, auch wenn mit spezifischen nuklearmedizinischen und kernspintomographischen Methoden in den primären Sinnesfeldern u.U. Veränderungen der Rindentätigkeit auf selektive sensorische Reize nachgewiesen werden können.

Rudolf W.C. Janzen hat daher mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass Bemühungen um eine frühzeitige präzise Diagnose und Prognose unabdingbar sind, um die Chancen des Patienten für ein selbstbestimmtes Leben nach der Intensivbehandlung zu beurteilen und belastende Entscheidungen zu Behandlungsbegrenzungen nicht in spätere Phasen zu verlagern. Das bedeutet, dass Therapieziele von Anfang an reflektiert und überprüft werden müssen und die therapeutischen Handlungsoptionen sehr unterschiedliche ethische Herausforderungen darstellen. Die Schwierigkeiten medizinischer Indikationen betreffen sowohl das „Ob“ als auch das „Wie“ lebensverlängernder Maßnahmen (Vortrag „Therapieabbruch bei zerebraler Schädigung“, Hamburg, November 2004).

Die umgangssprachliche Verkürzung „Wachkoma-Patient“ ist also obsolet. Klinisch hoch differenzierte Aussagen müssen den ethisch begründeten Entscheidungen zum Lebenserhalt vorausgehen. Dies gilt nicht zuletzt für die pauschale Beschreibung des medizinisch und ethisch Gebotenen in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung (2004). Dort heißt es, dass bei „Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma)“ eine „lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ... grundsätzlich geboten“ [3] ist. Eine Einschränkung wird nur durch den Willen des Patienten zugestanden, jedoch sagt diese Festlegung angesichts der derzeitigen Kenntnisse aus Neurophysiologie, Neurologie und Neuroradiologie nichts dazu aus, dass im Einzelfall auch bei einem „Wachkoma“-Patienten die medizinische Indikation zu einer lebenserhaltenden Maßnahme höchst fragwürdig sein kann.

Dies ist ganz besonders belastend, wenn bei multimorbiden, schwerstgeschädigten Menschen der Wunsch nach Abbruch von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr entsteht, wie es ein typischer Fall zeigt, der vor dem LG Heilbronn ver-

handelt wurde: „Frau A. befindet sich seit dem 8. August 2003 in vollstationärer Pflege. Nach mehreren massiven Hirnblutungen und Schlaganfällen (Mediainfarkt rechts 11. Juni 2002, Apoplex links 21. Juli 2002, Kleinhirnininfarkte) liegt sie im Wachkoma, das heißt außer der Atmung und der Herzstätigkeit sind alle selbständigen geistigen und körperlichen Funktionen erloschen.“ Hier ist der Arbeitsgruppe um Meinolfus Strätling ausdrücklich zuzustimmen, dass lebenserhaltende Maßnahmen, wie z.B. die Aufrechterhaltung der künstlichen Ernährung, umso fragwürdiger sind, je unwahrscheinlicher ein Behandlungserfolg für den individuell Betroffenen erscheint [16].

Der Streit um die künstliche Ernährung

Die seit langem heftige Diskussion um die Frage der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei einem nichteinwilligungsfähigen Menschen stand auch im Streit um Terri Schiavo im Mittelpunkt. Dabei war es von besonderer Bedeutung, dass Papst Johannes Paul II., der zur gleichen Zeit im Sterben lag, bereits ein Jahr zuvor unmissverständlich den Verzicht auf künstliche Ernährung als „Euthanasie durch Unterlassung“ bezeichnet hatte und der Vatikan die Entscheidung zur Beendigung der Sondenernährung folglich als Mord bewertete.

Damit hat der Papst eine Unterscheidung getroffen, die geklärt schien: Er hat nämlich implizit die Ernährung über eine Sonde erneut den sog. *Remedia ordinaria* zugeordnet, d.h. den Mitteln, die gewöhnlicher Natur sind [14]. Die Unterscheidung von *remedia ordinaria* (auf die nicht verzichtet werden darf) und *remedia extraordinaria* (auf die verzichtet werden darf) stammt von Papst Pius XII. Alfred Simon stellt zu Recht fest, dass je nach Stellungnahme nur die parenterale Ernährung oder auch die enterale Ernährung den *remedia extraordinaria* zugeordnet wird, so dass die Differenzierung „zur normativen Bewertung der künstlichen Ernährung wenig beiträgt“ [13]. Auch in der Rechtsprechung wird diese Unterscheidung

gelegentlich zur Begründung der Unverzichtbarkeit der parenteralen Sondenernährung genutzt, aber es ist dem früheren Richter am Bundesgerichtshof Ernst Ankermann beizupflichten, dass es nicht nachvollziehbar ist, „weshalb derjenige, der nur durch Infusionen ernährt wird, sterben dürfen soll, der andere aber nicht.“ [1] Hans Bernhard Wuemeling hat präzise dargelegt, „dass es bei der sittlichen Beurteilung der Mittel zur Lebenserhaltung auf die Umstände ankommt, unter denen sie zum Einsatz (oder Nicht-Einsatz) kommen sollen. Ihre Verhältnismäßigkeit ist nicht etwa einfach eine Eigenschaft dieser Mittel selbst, sie kann sich vielmehr – eben je nach Umständen – im Lauf der Zeit wesentlich verändern.“ Das heißt, *Remedia ordinaria* können durchaus zu *Remedia extraordinaria* werden. Die Verhältnismäßigkeit der Mittel muss also hinsichtlich der künstlichen Ernährung ebenso überprüft werden wie bei der künstlichen Beatmung oder der Gabe von Antibiotika [20].

Die Verhältnismäßigkeit verweist aber wieder auf die Indikation und das therapeutische Ziel ärztlichen Handelns. Dies halten auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung fest: „Art und Ausmaß sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; die gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“ [3] Ebenso beschreiben es die Leitlinien zur Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, die die künstliche Ernährung eindeutig als therapeutische Maßnahme bezeichnen: „Der Einsatz von Sondenernahrungen erfolgt stets auf der Basis eines medizinisch begründeten Behandlungszieles. ... Das Fortbestehen der Indikation für eine Sondenernährung muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden.“ [4]

Die DGEM liefert dann die wesentliche Begründung einer Begrenzung der Nahrungszufuhr: „Abgesehen davon, dass bei jedem Menschen einmal die Therapiebemühung an natürliche Gren-

zen stößt und einen Lebensgewinn für den Patienten nicht mehr ermöglicht, ist die Ernährung jedenfalls bei diesen Patienten [mit apallischen Syndrom; GBL] indiziert und fortzusetzen, solange Möglichkeiten der Remission nicht ausgeschlossen sind.“ [4] Wenn also die *Irreversibilität* des Vegetativen Syndroms nach gewissenhafter Diagnostik und nach „bestem Wissen und Gewissen“ des Arztes festgestellt werden muss, dann gehört es zu den ärztlichen Aufgaben, die Lebensqualität des Patienten zu berücksichtigen und gegebenenfalls ein würdiges Sterben zuzulassen.

Bewusstsein, Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität

In Patientenvoraussetzungen finden sich in der Regel Formulierungen zur Kommunikationsfähigkeit, die zur Grundlage für Behandlungsbegrenzungen herangezogen werden. Dort heißt es etwa: „Im Fall meiner irreversiblen Bewusstlosigkeit oder schwerster Dauerschäden meines Gehirns“ oder „Wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer und wo ich bin“ oder „Wenn ich längere Zeit im Koma oder aus anderen Gründen nicht kommunikationsfähig bin“. Auch Befragungen von Gesunden wie Kranken zeigen immer wieder, welche hohe Priorität der Fähigkeit zu Kommunikation und eigenverantwortlichem Denken und Entscheiden gegeben wird [12].

Allerdings entzündet sich vor allem am Beispiel der Patienten im *Persistent vegetative state* – also bei Menschen wie Terri Schiavo – der Streit um die Kommunikationsfähigkeit. Die Reduktion der Existenz des Patienten „auf die bei ihm konstatierten Defekte“ wird nachdrücklich getadelt: „Sie [die Defekte, GBL] werden zu bestimmenden und entscheidenden Faktoren, weil nur sie als relevant und wirklich vorhanden akzeptiert werden, während die Grimassen, das Umherirren der Augen, die Geräusche bei unangenehmer Krankengymnastik im Zustand des vegetative state als bloße Reflexe des Patienten oder als hoffnungsvolle Einbildungen des Pflege-

personals oder der Angehörigen abgeben werden.“ [18] Zudem schildern Ärzte und Pflegende aus der Rehabilitationsmedizin die ganz eigene Persönlichkeit dieser Kranken und Erfolge einer Kommunikation [21].

Jeder Mensch ist Zeit seines Lebens eingebunden in ein Netz von Beziehungen, und seine Identität, sein Erleben des „Ich-Seins“ konstituiert sich auch aus diesem Angewiesensein und der Abhängigkeit von anderen, die ihn umgeben. Innerhalb dieses Beziehungsnetzes lässt Kommunikation sich zweifellos nicht auf die Fähigkeit zur Wahrnehmung des eigenen Ichs, des Erkennens der Angehörigen und der Fähigkeit zum Sprechen reduzieren. Was aber erlebt der betroffene Mensch? Welche Form von „Kommunikation“ gibt es für ihn noch? Die Tatsache, dass die *Binnenperspektive* der Betroffenen *im aktuellen Zustand*, niemals erfassbar sein wird, wird das unüberwindbare Hindernis bleiben.

Für die/denjenigen, der eine Patientenverfügung verfasst, ist die *Irreversibilität* des Zustands der wesentliche Aspekt, und zumindest in dieser Hinsicht sind grundsätzliche medizinische Unterschiede zu beachten, die weit über das Deskriptive hinausgehen. Zweifellos ist eine medizinische Diagnose wie Prognose immer mit gewissen Unsicherheiten ver-

bunden und nicht frei von Werturteilen. Unbestreitbar ist jedoch, dass je nach Alter des Patienten und Ursache des Vegetativen Syndroms erhebliche Unterschiede hinsichtlich möglicher verbleibender Fähigkeiten zu Wahrnehmung und Kommunikation resultieren. Unterstellt man – wie einige Ärzte, aber auch Juristen, Theologen und Ethiker es tun, dass der betroffene Mensch bereits allein aufgrund seiner Eingebundenheit in eine Gemeinschaft und aufgrund der Bedeutung, die er für andere hat, weiterhin „kommuniziert“ und zudem in einer ihm eigenen spezifischen Welt lebt, dann gesteht man zu, dass der Patient auch leiden könnte [u.a. 5; 18; 21]. Spätestens damit wird die Frage nach der *individuellen* Belastbarkeit und Leidensfähigkeit höchst dringlich. Was muten wir einem Menschen möglicherweise zu, der sich gegen lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr wehren kann?

George J. Annas fordert in einem aktuellen Beitrag im *New England Journal of Medicine*, Ärzte sollten ihre Behandlungsentscheidungen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten fällen (the subjective standard). Sollte der Wille des Patienten nicht zu erfassen sein, so sollten die Entscheidungen auf der Basis des ‚best interest‘ gründen (what a reasonable person would most likely want in the same circumstances) [2]. Damit trifft er den hochsensiblen

Punkt allgemeiner Lebensqualitätskriterien. Michael Quante hat jüngst sehr überzeugend dargelegt, dass wir in einer pluralistischen Gesellschaft um Lebensqualitätsurteile nicht herum kommen, wenn wir den persönlichen Werten und Lebensentwürfen der Menschen gerecht werden wollen [10]. Dabei kann die individuelle Patientenverfügung die *subjektiven* Kriterien explizit machen. Hans Bernhard Wuermeling geht weiter, wenn er sagt, dass die Ablehnung einer lebenserhaltenden Maßnahme durch den Patienten auch objektiv nachvollziehbar sein kann, wenn sie nämlich „unter den gegebenen Umständen nicht mehr als angemessen, vertretbar, vernünftig, kurz als unverhältnismäßig anzusehen ist. Für ihn trifft dies zu, „wenn ein Krankheitszustand, der mit Bewusstlosigkeit einhergeht, keine Besserung mehr erwarten lässt.“ ([21], ähnlich in [20]).

Und die Lehre aus dem „Fall Terri Schiavo“?

Die Lehre muss sein, dass über die persönliche Einstellung zu zentralen Werten ein früher, intensiver und kontinuierli-

cher Austausch stattfinden muss. Die hohe Komplexität neurologischer Krankheitsbilder und die einschneidenden Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen verlangen eine skrupelhafte Befassung mit eigenen Wertvorstellungen, der eigenen Lebensgeschichte und Erlebniswelt, um einen geeigneten Zugang für den individuellen Stellenwert zu finden, den Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit haben. Zweifellos wird niemals ein Mensch zuverlässig das völlig veränderte Erleben und die Binnenperspektive eines Patienten im Vegetativen Syndrom voraus empfinden können. Es bleibt aber zu fragen, ob nicht gerade ältere Menschen wohl begründete Grenzen beschreiben und ziehen können, weil sie im Laufe ihres Lebens Erfahrungen gesammelt haben mit Krankheit und Tod von Angehörigen und Freunden, die es ihnen möglich machen, für ihren individuellen Fall einen Zustand in irreversibler Wahrnehmungs- und Kommunikationsunfähigkeit und einen Lebenserhalt mittels Sondenernährung für ihr Lebensende einzuschätzen.

Eine zweite Lehre muss sein, dass es zwar von herausragender Bedeutung ist, den eigenen Willen schriftlich niederzulegen und eine Vertrauensperson zu benennen, um unwürdigen Streit zu vermeiden, dass aber mit Blick auf die aktuelle deutsche Debatte um die Reichweite von Patientenverfügungen die Gültigkeit einer Vorausverfügung auch für den Zustand des Vegetativen Syndroms unverzichtbar ist.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin

*Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius
Lehrbeauftragte für Ethik in der Medizin
am Universitätsklinikum Frankfurt a.M.
Senckenbergisches Institut für
Geschichte der Medizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main*

Schlüsselwörter

Ethik – Apallisches Syndrom – Vegetatives Syndrom – Kommunikationsfähigkeit – Sondenernährung – Patientenverfügung

Briefe an die Schriftleitung

Familiengesundheitspflege kein neues Berufsfeld sondern eine Erweiterung des Handlungsfeldes von Pflegenden und Hebammen

„Ein neuer Gesundheitsberuf soll dem Ärztemangel abhelfen?“

(Hessisches Ärzteblatt 6/2005, Seite 414f)

Schade, dass Siegmund Kalinski sich vor dem Schreiben seines Artikels nicht genauer über das Konzept der Weltgesundheitsorganisation zur ‚Family health nurse‘/Familiengesundheitspflege informiert hat.

Die europaweite Einführung des WHO-Konzepts Familiengesundheitspflege ist ein erklärtes Ziel von „Gesundheit 21“ und war ein zentrales Thema der zweiten WHO-Ministerkonferenz für Pflegende und Hebammen 2000 in Mün-

chen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen greift dies in seinen Gutachten 2003 und 2005 auf und hebt die Schlüsselrolle, die Pflegende und Hebammen in der primären Gesundheits-

versorgung zukünftig einnehmen sollen hervor. Die Umsetzung des Konzepts der Familiengesundheitspflege ist also **kein** – wie von S. Kalinski befürchtet – politischer Lösungsvorschlag zur Beseitigung des Ärztemangels, sondern ein weiterer Schritt, um Prävention und Gesundheitsförderung als erfolgversprechende Intervention zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu implementieren. Das Konzept der Familiengesundheitspflege im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist ein niedrighschwelliges, aufsuchendes Angebot im familiären Setting. Dieser Ansatz ist im deutschen Gesundheitswesen neu. Die Umsetzung der Familiengesundheitspflege in Deutschland erfolgt daher im Rahmen eines Pilotprojektes. Es versteht sich von selbst, dass innerhalb eines eben erst gestarteten Modellprojektes das zugrundeliegende Konzept nicht in einem Gesetz (Präventionsgesetz) verankert sein kann, und sich Antworten auf die mögliche Finanzierung und Anbindung der Familiengesundheitspflege im deutschen Gesund-

heitswesen vor allem aus dem Projekt selbst erschließen werden.

Richtig gestellt werden muss des Weiteren, dass es sich bei der zukünftigen FGP/FGH **nicht** um einen neuen Gesundheitsberuf handelt sondern lediglich um die Erweiterung der originär pflegerischen Aufgaben in einem neuen Handlungsfeld. Die berufsbegleitende Weiterbildung für Pflegendе und Hebammen baut auf die bereits in den jeweiligen Grundausbildungen erworbenen Kompetenzen auf und ist angelehnt an das Rahmenkonzept der WHO, das Handbuch zur Fortbildung Public Health/Gesundheitsförderung für Pflegeberufe in der Europäischen Union und den Konsens der Expertengruppe, an der u.a. auch Experten der Bundesärztekammer beteiligt waren (siehe Abschlussbericht der Projektdesign- und Konsensphase unter <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/AbschlussberichtFGP.pdf>).

Die von S. Kalinski befürchtete Konkurrenz zu anderen Gesundheitsberufen ist unbegründet, denn die Unterschei-

dung und Abgrenzung im Arbeitsalltag ergibt sich durch die originären Tätigkeitsfelder der unterschiedlichen Berufsgruppen. Für die Ausübung der Familiengesundheitspflege ist eine Anbindung der FGP/FGH an und auch eine Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen wie z.B. ambulante Pflegedienste, Gemeinschaftspraxen mit Ärztinnen, Kranken- und Pflegekassen, Beratungseinrichtungen, Krankenhäuser, öffentlicher Gesundheitsdienst, interdisziplinäre Beratungszentren als Teil des Quartiersmanagements, Gesundheitszentren notwendig. Es geht also um Kooperation und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Eine präzise Betrachtung im Schnittstellenbereich wird hier für weitere Klarheit sorgen. Dies wird u.a. Teil der wissenschaftlichen Begleitung dieses Modellprojektes sein, die von der Universität Witten durchgeführt wird.

*Christa Schrader / Claudia Mischke
Projekt Familiengesundheitspflege
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
– Bundesverband e.V. –DBfK, Berlin*

Kommentar dazu

Bei uns nicht unbedingt notwendig

Während meiner dreißigjährigen Tätigkeit als Kassenarzt bin ich mit vielen Krankenschwestern, Pflegerinnen und Hebammen zusammengekommen und habe die Zusammenarbeit mit ihnen sehr geschätzt. Sie waren eine wertvolle Hilfe und ein wichtiger Bestand unseres Gesundheitssystems.

Allerdings kann nicht alles, was uns EU und WHO bescherten und bescheren, bei uns immer mit Enthusiasmus aufgenommen werden, selbst dann nicht, wenn es zentrales Thema der zweiten Konferenz für Pflegendе und Hebammen 2000 in München war.

Unbestritten positiv ist die Rolle der Pflegerinnen und Hebammen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu werten, ihnen aber die Schlüsselrolle in der zukünftigen primären Gesundheitsversorgung zuzuweisen, schießt wohl über das

Ziel hinaus und war daher auch Thema von Beratungen in ärztlichen Gremien, unter anderem in der Bundesakademie für Allgemeinmedizin in Berlin am 27. April 2005.

Zwischen einer wichtigen Rolle und der Schlüsselrolle aber besteht ein himmelweiter Unterschied. So, wie die Schlüsselrolle in „Gesundheit 21“ beschrieben wird, erinnert es einen stark an die Rolle der „Barfußärzte“ in China und der „Feldscher“ in der ehemaligen Sowjetunion, die, wenn man die geographische Größe beider Länder und den dortigen Ärztemangel (zu damaligen Zeiten) in Betracht zieht, durchaus von großer Bedeutung war. Heute jedoch haben solche Konstrukte auch dort keine wesentliche Bedeutung mehr.

Konstrukte mit einer „Schlüsselrolle“ für Pflegerinnen und Hebammen sind zwei-

fellos in unterentwickelten und armen Ländern notwendig und sinnvoll, nicht jedoch in hochzivilisierten Staaten. Dort, wie zum Beispiel in Deutschland, sind sie bei richtiger Gesundheitspolitik, ohne ideologischen Ballast, nicht notwendig.

Dr. Siegmund Kalinski, Frankfurt

Nachruf

Professor Dr. med. Ernst Halberstadt



Am 14. Juni 2005 verstarb der ehemalige Leiter der Abteilung für Geburtshilfe der Universitäts-Frauenklinik Frankfurt, Professor Dr. med. Ernst Halberstadt,

plötzlich und unerwartet im Alter von 73 Jahren.

Ernst Halberstadt wurde am 2. März 1932 als Sohn des Regierungs- und Schulrates Ernst Halberstadt und seiner Ehefrau Maria, geb. Rolland, in Hachenburg im Oberwesterwald geboren. Während seiner Schulzeit in Frankfurt und Bad Homburg entdeckte er sein Interesse an der Medizin und seine innere Berufung, Arzt werden zu wollen. Obwohl ihm angesichts der damaligen Ärzteschwemme viele vom Medizinstudium abrieten, immatrikulierte er sich 1952 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität für das Studium der Medizin und legte im Sommer 1958 nach elf Semestern das Staatsexamen ab. 1959 schloss er seine Doktorarbeit zum Thema „Die unterschiedliche gerinnungsfördernde Wirkung von Frischblut und Konservenblut“ mit der Note „sehr gut“ ab. Während der Medizinalassistentenzeit war Ernst Halberstadt jeweils mehrere Monate in der Universitäts-Frauenklinik, in der II. Medizinischen Klinik und im Pathologischen Institut des Frankfurter Universitätsklinikums sowie in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Dieburg tätig. Von 1960 bis 1965 arbeitete er an der Universitäts-Frauenklinik und im St. Markuskrankenhaus in Frankfurt. 1965 erhielt er die Anerken-

nung als Facharzt für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ und begab sich von Januar bis November 1966 in die USA an das Department of Pathology der Dartmouth Medical School. Zurück auf heimatlichem Boden habilitierte sich Ernst Halberstadt 1968 mit der Arbeit „Untersuchungen zur Frage der postpartualen Hämostase“ an der Johann Wolfgang Goethe-Universität für das Fach „Geburtshilfe und Gynäkologie“. Von 1969 an beteiligte sich Ernst Halberstadt an der Umstrukturierung der Frankfurter Universitäts-Frauenklinik zu einem Zentrum mit eigenständigen Spezialbereichen. Er selber übernahm die Abteilung für Geburtshilfe und wurde 1972 offiziell als Abteilungsleiter bestätigt und zum Professor ernannt. Sein Kreissaal war der erste in Deutschland, der über einen von einem spezialisierten pädiatrischen Neonatologen (Professor von Loewenich) geleiteten Bereich für die Intensivbetreuung Neugeborener verfügte. Die enge Kooperation der beiden Disziplinen führte zu einer eindrucksvollen Steigerung der Überlebensrate der Neugeborenen und machte Frankfurt zum Vorbild.

Ernst Halberstadt war von 1987 bis 1990 stellvertretender Direktor der Frauenklinik. Als überzeugter Verfechter der universitären Selbstverwaltung engagierte er sich aber nicht nur für sein eigenes Fachgebiet, sondern für den gesamten Fachbereich. Von 1985 bis 1993 war er Prodekan für den klinischen Bereich, Mitglied des Klinikumsvorstands und Vorsitzender des Ausschusses für Lehr- und Studienangelegenheiten. Darüber hinaus gehörte er über mehrere Jahre dem Fachbereichsrat an. Er setzte sich

vehement für die Verbesserung der Ausbildung der Studierenden und Assistenzärzte ein und wurde als Lehrender, aber auch als Vermittler bei Diskussionen und Konflikten zwischen Studierenden und Hochschullehrern, hoch geschätzt.

Ernst Halberstadt war Arzt aus ganzem Herzen. Im Verlauf seiner langjährigen Tätigkeit betreute er an die 30.000 Geburten und war auch an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr für die Klinik erreichbar. Seine Beziehung zu den Patientinnen war von Offenheit, Einfühlung und Vertrauen bestimmt, er wurde von ihnen geschätzt und verehrt. Auch die Pensionierung im Jahr 1997 hielt Ernst Halberstadt nicht davon ab, weiterhin als niedergelassener Gynäkologe und Geburtshelfer tätig zu sein. Solange er gelebt hat, hat er dem Leben auf die Welt und den Lebenden in der Welt geholfen.

Wir, seine früheren Mitarbeiter und die vielen Patientinnen danken ihm für das Geleistete.

Professor Halberstadt hinterlässt seine Frau und zwei Kinder, denen unser tiefes Mitgefühl gilt.

*Der Dekan des Fachbereichs Medizin
Professor Dr. Josef Pfeilschifter*

*Der Ärztliche Direktor des
Universitätsklinikums
Professor Dr. Roland Kaufmann*

*Der Geschäftsführende Direktor der
Universitätsfrauenklinik
Professor Dr. Manfred Kaufmann*

Professor Dr. med. Heinrich Schaupp †

Am 8. Juni 2005 verstarb Professor Dr. med. Heinrich Schaupp, geschäftsführender Direktor des Zentrum der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde des Universitätsklinikums Frankfurt am Main, im Alter von 72 Jahren in seiner Wahlheimat Brisbane in Australien. Mit der deutschen Volksgruppe in Besarabien mußte seine Familie gegen Kriegsende die Heimat verlassen, seine Eltern – beide Lehrer – fanden in Coelbe bei Marburg eine neue Existenz. Nach Schulzeit und Studium der Medizin in Marburg ging Schaupp nach Solingen zur Weiterbildung im HNO-Fachgebiet. Bedingt durch die Niederlassungsbeschränkungen in der Nachkriegszeit waren Weiterbildungsstätten äußerst rar. Erst mit dem vom Marburger Bund erstrittenen Urteil des BVG im Jahr 1960 setzte eine Flucht aus den Krankenhäusern in die freien Arztpraxen ein. Die Gunst der Stunde erkennend hatte sich Schaupp auf eine freigeordnete Stelle zur Weiterbildung in der Universitäts-HNO-Klinik erfolgreich beworben.

Schon bald wurde er von seinem Chef, Professor R. Mittermaier, angeregt, die Diagnostik und Therapie der Riech- und Geschmackstörungen fortzuentwickeln was zu neuartigen Verfahren führte wie beispielsweise die Elektrogustometrie und zu ersten Ansätzen zur objektiven Olfaktometrie. Damit war zugleich auch der Weg gewiesen zu Schaupps späterem Spezialgebiet der Rhinologie, einschließlich der funktionellen, ästhetischen und rekonstruktiven Chirurgie. Als Dozent bei regelmäßig stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft war er hoch angesehen und beliebt.

Mit einer umfassenden Arbeit mit dem Titel „Kritische Analyse der Möglichkeiten einer objektiven Gustometrie“ wurde Schaupp 1970 habilitiert, nachdem er schon seit 1968 Oberarztfunktionen ausgeübt hatte. Die durch die studentischen Unruhen ausgelösten oft chaotischen Zustände in der medizinischen Fakultät erforderten ein besonnenes und konsequentes Verhalten der Lehrkräfte im akademischen Unterricht. Hier bewährte sich Schaupp, der seine natürliche Lehrbefähigung offenbar von seinen Eltern geerbt hatte, in besonderer Weise: bei ihm gab es keine tumultuarischen Veranstaltungen, geduldig stand er Rede und Antwort ohne seine Lehraufgabe zu vergessen. Anfang 1973 wurde Schaupp im Zuge der wachsenden Anforderungen an die Hochschulen durch die Lehre zum Professor auf Lebenszeit ernannt.

Vom Reformeifer der damaligen Zeit zeugt die vom amtierenden Kultusminister von Friedeburg durchgesetzte demokratische Strukturreform der Hochschulen und Universitäten 1970-1971, die im klinischen Bereich dazu führte, dass aus Königreichen Fürstentümer entstanden. Größere Einheiten, sogenannte Medizinische Zentren und Institute, wurden in Abteilungen und gemeinsame Einrichtungen untergliedert und ein Direktorium gebildet. Nur die Abteilungsleiter erhielten die ärztliche Weisungsbefugnis und Organisationsverantwortung. Die dadurch unterprivilegierten Hochschullehrer wurden nach Klageerhebung beim VG Frankfurt abschließend vom VGH in Kassel beschieden, dass alle hauptamtlichen Professoren die ihnen übertragenen Funktionen weisungsunabhängig selbstständig ausüben dürfen.

Bei den oft hitzig geführten Strukturdebatten im Fachbereichsrat wurde sehr bald klar, dass nicht alle Professoren mit einer Abteilung betraut werden konnten, obwohl Spezialisten und sogar Subspezialisten vehement eigene Verantwortungsbereiche forderten, dabei aber an Kapazitätsgrenzen stießen. So waren Spannungen und persönliche Zerwürfnisse nahezu unvermeidlich. Auch Schaupp

setzte sich vergeblich für die Schaffung einer Abteilung für regionale plastische und rekonstruktive Chirurgie im HNO-Zentrum ein. Er musste wegen des seinerzeit bestehenden Pflegenotstandes mit dadurch eingeschränkter Bettenbelegung seine klinische Tätigkeit erheblich eingrenzen, zugunsten wissenschaftlicher und Lehrtätigkeit innerhalb und außerhalb des Klinikums. Hiervon zeugen zahlreiche Publikationen und Studienaufenthalte u.a. in den USA, Polen, Tschechoslowakei und Österreich sowie Kongressbeiträge.

Obwohl kein Abteilungsleiter wurde Schaupp 1977 zum Geschäftsführenden Direktor des HNO-Zentrums gewählt; die konfliktreiche aufreibende, dennoch effizient gestaltende Amtsführung nahm aber schon 1999 aus gesundheitlichen Gründen ein allzu frühes Ende. Mit 49 Jahren bereits im Ruhestand übersiedelte er mit seiner Familie nach Australien. In Brisbane übte Schaupp noch ärztliche Beraterfunktionen aus und fand zunehmende öffentliche und private Unterstützung für das von ihm initiierte Tinnituszentrum. Diese vielversprechenden Aktivitäten wurden nun unerwartet durch eine akute Verschlimmerung eines chronischen Leidens beendet.

Professor Dr. Gerd Rosemann, Hanau

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Professor Dr. med. Rita Engenhardt-Cabillic, Direktorin der Klinik für Strahlentherapie der Universitätsklinik Marburg erhielt in Heidelberg den mit 50.000 Euro dotierten Anita- und Cuno-Wieland-Preis. Mit der zum zweiten Mal



vergebenen Auszeichnung würdigt das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim besondere Leistungen in der Erforschung, Bekämpfung und Behandlung von Krebskrankheiten.

Dr. med. Michael Wießner, Volkmarssen, wurde von der Bezirksgruppe Wald-eck im Hessischen Hausärzterverband mit dem „power of peer-Preis“ 2004 aus-



gezeichnet. Bei der Preisverleihung wurden seine besonderen Verdienste auf dem Gebiet der Qualitätszirkelarbeit und bei der Pflege kollegialer Kooperationen gewürdigt.

Professor Dr. med. Helmut Nier, Offenbach, wurde anlässlich der Sitzung des Fachausschusses „Qualitätssicherung Viszeralchirurgie/Gefäßchirurgie“, Eschborn, mit der Ehrenplakette der Landes-



ärztekammer Hessen für herausragende Leistungen für die hessische Ärzteschaft ausgezeichnet. Die Auszeichnung überreichte die Präsidentin der LÄK Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe.



Professor Dr. med. Dr. h.c. Eduard Becht, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Krankenhaus Nordwest, wurde von der Universität Athen der Titel „doctoris honoris causa“ verliehen.

Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Erwin Kuntz, ehemaliger Chefarzt der Medizinischen Klinik II am Klinikum Wetzlar, erhielt aus der Hand des Staatskommissars der Provinz Bozen Giustino de Santo den hohen Orden der Republik Italien „Commendatore“. Mit dieser außergewöhnlichen Ehrung wurden die Verdienste von Professor Kuntz um die ärztliche Fortbildung der deutschen und österreichischen Bundesärztekammer und der Deutschen Akademie für Medizinische Fortbildung in Grado, Meran und Montecatini gewürdigt. Der Geehrte hielt dort seit 1959 weit über 100 Referate aus dem Bereich Gastroenterologie.



Dr. med. Jürgen Steinhauer, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Weilmünster und Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Oberlahn (GNO) wurde mit dem Ehrenbrief des Vorstandes der KV Hessen ausgezeichnet. Der ehemalige Vorsitzende der KV, Dr. Horst Rebscher-Seitz, überreichte die hohe Auszeichnung im Rahmen des „Schmerztages“ und würdigte Steinhauers Engagement um die Belange der hessischen Vertragsärzte.



Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Exner, Chefarzt der Klinik für Plastische Chirurgie am Markus-Krankenhaus in Frankfurt wurde für seinen Einsatz in Entwicklungsländern in Bad Nauheim mit dem mit 15.000 Euro dotierten E. Pitzer Preis 2004 ausgezeichnet. Er wurde für seine „Verdienste als Chirurg für die Ärmsten der Armen in den Ländern der Dritten Welt“ mit der erstmals ver-



liehenen Auszeichnung geehrt. Mit der Hilfsorganisation „Interplast“ reist er seit 25 Jahren nach Afrika, Asien und Lateinamerika und operiert dort Kranke. Die ehrenamtliche Hilfe leistet Dr. Exner während seines Urlaubs.

Professor Dr. med. Wolfgang H. Oertel, ärztlicher Direktor der neurologischen Klinik der Philipps-Universität Marburg, hat sich in vielfältiger Weise um die Grundlagenforschung (u.a. Genetik, Transplantations- und Stammzellforschung), die klinische (pharmakologische und bildgebende Diagnostik, experimentelle und Pharmakotherapie) und die Versorgungsforschung verdient gemacht. Er wurde mit dem Dr. Dingebauer Preis insbesondere für seine Verdienste beim Aufbau des Kompetenznetz Parkinson geehrt.



Professor Dr. med. Klaus-Henning Usadel, ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik I (Endokrinologie/Angiologie) am Universitätsklinikum Frankfurt, wurde anlässlich der Veranstaltung der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft verliehen. Die Auszeichnung überreichte der Hauptgeschäftsführer der LÄK Hessen, Dr. med. Michael Popović.

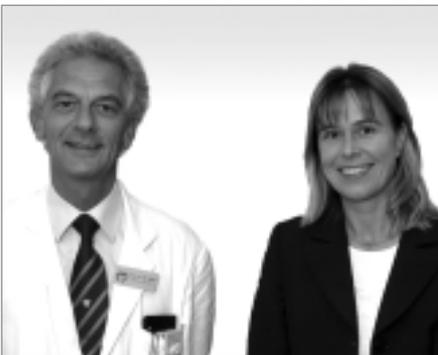


Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Oldenburg, vom Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie des DRK-Blutspendedienstes des Klinikums der Johann Wolfgang



Goethe-Universität in Frankfurt wurde im Muschelsaal des Kurhauses Wiesbaden im Rahmen der 111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit dem mit 25.000 Euro dotierten Paul-Martini-Preis 2005 für klinisch-therapeutische Arzneimittelforschung ausgezeichnet.

Zwei Frankfurter Kardiologen, **Professor Stefanie Dimmeler** und **Professor Dr. Andreas Zeiher**, Universitätsklinikum Frankfurt sowie internationale Kooperationspartner wurden mit einer Forschungsförderung in Höhe von sechs Millionen US\$ für kardiovaskuläre Forschung ausgezeichnet. Dieses „Transatlantic Network of Excellence for Cardiac Regeneration“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Reparaturvorgänge des Herzens zu erforschen, um dadurch neue Behandlungsverfahren zur Regeneration und Heilung des Herzens nach Herzinfarkt und bei Herzschwäche zu entwickeln.



Die Frankfurter Herzforscherin **Stefanie Dimmeler** erhielt außerdem den mit 1,55 Millionen Euro verbundenen Gottfried-Wilhelm-Leibnizpreis, die höchstdotierte Wissenschaftsauszeichnung in Deutschland.

Der **Verein zur Förderung der Neurologischen Wissenschaften** verlieh in einem feierlichen Rahmen im November 2004 im Steigenberger Frankfurter Hof in Frankfurt den von der Firma Janssen-Cilag gestifteten wissenschaftlichen Förderpreis. Eingerahmt von Darbietungen der Solistin Cornelia Kuther-Reinhuber mit Klängen von Platti,

Honneger und Quantz wurden bereits zum sechsten Male insgesamt drei Preisträger ausgezeichnet.

Dr. Anja Bräuer, Charité Campus Mitte, Zentrum für Anatomie, Institut für Zell- und Neurobiologie, wurde für ihre Arbeit „A new phospholipid phosphatase, PRG-1, is involved in axon growth and regenerative sprouting“ mit dem ersten Preis ausgezeichnet. Der zweite Preis ging an Priv.-Doz. Dr. Reinhold Nafe, Institut für Neuroradiologie, Klinikum der JW Goethe-Universität Frankfurt, für seine Arbeit „Morphology of tumor cell nuclei is significantly related with survival time of patients with glioblastomas – a morphometric study regarding nuclear size, shape, texture and topometry“. Für seine Arbeit „Motor learning elicited by voluntary drive“ wurde Priv.-Doz. Dr. Martin Lotze, Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie, Tübingen, der dritte Preis zugesprochen.

Professor Dr. med. Klaus-Dieter Schulz, Marburg, wurde anlässlich des 55. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zuerkannt. Mit dieser Würdigung dankt ihm die Gesellschaft für sein herausragendes Engagement.

Für seine besonderen Leistungen auf dem Gebiet der Brustkrebs-Forschung ist Professor Dr. med. Klaus-Dieter Schulz geehrt worden. Die Susan G. Komen



Breast Cancer Foundation e.V., Verein für die Heilung von Brustkrebs, zeichnete den emeritierten Hochschullehrer mit dem erstmals in Deutschland vergebenen „Lifetime Achievement Award“ aus. In Anerkennung seiner besonderen Verdienste um die fachübergreifende Umsetzung der Qualitätssicherung auf dem Gebiet des Mammakarzinoms wird Professor Dr. med. Klaus-Dieter Schulz die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Senologie zuerkannt.



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Klaus Tegtmeier, Dillenburg, am 27. Juli.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt:

Arztausweis Nr. HS/D/3024, ausgestellt am 10.11.1997, für Dr. med. Karl Gröticke, Ober-Ramstadt,

Arztausweis Nr. HS/G/5844, ausgestellt am 6.6.2005, für Melanie Königshoff, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/K/2748, ausgestellt am 8.9.1993, für Brigitte Petri, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K/6938, ausgestellt am 28.7.2004, für Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Reidick, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/M 107/1998, ausgestellt am 1.9.1998, für Dr. med. Björn Tackenberg, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/F/11138, ausgestellt am 6.12.2002, für Dr. med. Ursula Vertesy, Eppstein,

Stempel Nummer 40 76 708, Ärztlicher Notdienst Main-Taunus-Ost (Dirk Althen, Hainburg),

Stempel Nummer 40 76 714, Ärztlicher Notdienst Main-Taunus-Ost (Dr. med. Elke Iburg, Frankfurt).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Alexandra Bock, tätig bei Dr. med. E. Klippel, Hünfeld

Daniela Mann, tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dres. med. G.C. u. C. Jelinek, Darmstadt

Marie-Luise Müller, tätig in der Praxisgemeinschaft Dr. med. F. Köhler u.
D. Martis-Lang, Frankfurt

Brigitte Wittek, tätig bei Dr. med. E. Reiß u. H. Zajonz, Raunheim

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

Zum **25jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Bettina Fackiner, tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dres. med. K. Uffermann, W. Stenner u. A. Stenner, Gemünden

Gabriele Herbener, tätig bei Dr. med. H. Nelke, Kassel

Sabine Herzyk, tätig bei Dr. med. W. Schaum, Gelnhausen

Judith Löher, tätig in der Gemeinschaftspraxis V. Asmus-Reuter,
Dres. med. W. Jungkunz u. H. Grenz, Friedberg

und zum **mehr als 25jährigen Berufsjubiläum**

Carola Pöllner, seit 27 Jahren tätig bei Dr. med. H. Engel, Kassel

Regina Preis, seit 30 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dr. med. J. Waehlert u. A. Schubert, vormals Praxis Dr. med. J. Waehlert,
Dr. med. V. Hühn, H. F. Ahrens u. Dr. med. H. van Geöns, Staufenberg

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen eine
Ehrenurkunde ausgehändigt.



Wir gedenken der Verstorbenen

Obermedizinalrat a.D. Dr. med. Egon Conrad, Melsungen
* 20.7.1913 † 9.4.2005

Medizinalrat Dr. med. Hans Cortis, Bad Sooden-Allendorf
* 6.12.1919 † 23.2.2005

Dr. Marija Firn, Gießen
* 24.3.1912 † 9.6.2005

Dr. med. Hans Freudenberg, Fulda
* 6.8.1914 † 17.4.2005

Ibrahim Galal, Weiterstadt
* 1.10.1935 † 26.5.2005

Dr. med. Rolf-Dieter Gress, Karben
* 9.3.1949 † 25.5.2005

Dr. med. Rolf Lindenborn, Fürth
* 2.10.1929 † 10.5.2005

Dr. med. Helmut Walther, Büttelborn
* 27.2.1914 † 13.6.2005

Dr. med. Wittich Watzka, Gießen
* 30.10.1934 † 1.4.2005

Lösungswort des Kreuzworträtsels von Seite 451, Ausgabe 7/2005

K O K A I N A B U S U S

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres möchten wir Sie gerne auf einige wichtige Ausbildungsbestimmungen hinweisen:

1. Zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen der Auszubildenden können mehrere natürliche oder juristische Personen in einem Ausbildungsverbund zusammenwirken, soweit die Verantwortlichkeit für die einzelnen Ausbildungsabschnitte sowie für die Ausbildungszeit sichergestellt ist (Verbundausbildung). (Vertrags)Unterlagen und Auskünfte zu Fördervoraussetzungen und -höhe sind bei der zuständigen Bezirksärztekammer erhältlich.
2. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt ist verpflichtet, die/den Auszubildenden zum Besuch der Berufsschule anzuhalten und sie/ihn dafür freizustellen (§ 2 c Berufsausbildungsvertrag (BAV)).
3. In § 4 Abs. 3 des Berufsausbildungsvertrages hat sich die/der auszubildende Ärztin/Arzt dazu verpflichtet, die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung tritt dadurch ein, dass das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das **1. Schuljahr**. Die Kostenübernahme durch das Land Hessen erfolgt nicht automatisch, sondern muss über die jeweilige Berufsschule **beantragt** werden. Die Auszubildenden werden i.d.R. in der Berufsschule darüber informiert.
4. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 38,5 Stunden (§ 6 Abs. 1 Manteltarifvertrag (MTV)).

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

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

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

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

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

Beispiel:

Erster (langer) Berufsschultag: 40 Std. – 8 Std. = 32 Std.

Zweiter Berufsschultag: 32 Std. – 4 1/4 Std. = 27 3/4 Std.

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

Die o.g. Ausführungen gelten hinsichtlich Beschäftigungsverbot und Anrechnungsregelung seit 1. März 1997 wegen einer Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr für volljährige Auszubildende. Die volljährigen Auszubildenden müssen an jedem Berufsschultag in die Praxis. Die Unterrichtszeit einschließlich der Pausen und Wegezeiten wird konkret auf die Arbeitszeit angerechnet. Die Summe der Berufsschulzeit und der betrieblichen Ausbildungszeiten kann kalenderwöchentlich größer sein als die regelmäßige tarifliche Wochenarbeitszeit laut Berufsausbildungsvertrag.

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

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

5. Die Probezeit muss gemäß § 20 Berufsbildungsgesetz (BBiG) mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zuungunsten der/des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre deshalb gemäß § 25 BBiG nichtig. Die Verlängerung der viermonatigen Probezeit kann deshalb nicht wirksam vereinbart werden. Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit ermöglicht, gilt insoweit nicht für Auszubildende. Eine Probezeit findet auch bei Wechsel der Ausbildungspraxis statt.
6. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt ist verpflichtet, die/den Auszubildende/n für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich der notwendigen Fahrtkosten zu übernehmen (§ 19 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen, § 4 Abs. 3 Satz 1 i.V. m. § 2 a BAV). Die/Der Auszubildende trägt einen Eigenanteil an den Verpflegungskosten i.H. v. Euro 25,00 pro Lehrgang, der vom Gehalt abgezogen werden kann. Abweichungen davon müssen vereinbart werden!
7. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt stellt die notwendige Schutz- und Berufskleidung, mindestens zwei Berufskittel im Jahr, unentgeltlich zur Verfügung. Er trägt die Reinigungskosten (§ 14 MTV). Die Schutz- und Berufskleidung verbleibt jedoch im Eigentum der/des Ärztin/Arztes und ist nach Ausscheiden aus der Praxis zurückzugeben, es sei denn, es sind andere Vereinbarungen getroffen worden.
8. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt hat sicherzustellen, dass die/der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen **Hepatitis B** zu

Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. BGV A1, M 612/613 „Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).

9. Die/Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen sowie an dem Arbeitstag, der der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar vorangeht, freizustellen. Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlussprüfung, die Prüfung im Fach „Praktische Übungen“ und die Mündliche Ergänzungsprüfung (§ 2 k BAV). Die Freistellung für die Teilnahme an den Prüfungen erstreckt sich grundsätzlich auf die Zeit, die der/die Auszubildende für eine ordnungsgemäße Teilnahme benötigt. Geht dem Tag der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar ein Berufsschultag voran, ist die/Der Auszubildende an dem Arbeitstag unmittelbar vor dem Berufsschultag freizustellen. Eine Freistellung vom Berufsschulunterricht am Tag vor der Abschlussprüfung kann dagegen nicht verlangt werden.

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

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

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

11. Nach dem Manteltarifvertrag hat die/der Auszubildende monatlich Anspruch auf Euro 15,00 vermögenswirksame Leistungen, allerdings erst ab dem 2. Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV).
12. Der ausbildende Arzt ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von drei Kalendertagen zu verlangen (§ 3 k BAV).

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

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

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

Die Ausführungen beziehen sich auf den Manteltarifvertrag vom 12. September 1997 und den Gehaltstarifvertrag vom 1. Juli 2004.

Landesärztekammer Hessen,
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

NEU

Grundsätze der Prävention“ (BGV A1) Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen macht darauf aufmerksam, dass entsprechend der Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ (BGV A1) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist und frühere Vorschriften abgelöst hat, der Arzt als Arbeitgeber verpflichtet ist,

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

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

Wir bitten eindringlich, diese Vorschrift zu beachten. Nähere Angaben dazu entnehmen Sie dem von der BGW ausgegebenen Merkblatt **M 612/613 = Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B**. Die vorgeschriebene Schutzimpfung wird auch Gegenstand der neuen betriebsärztlichen Betreuung sein.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Erratum

Auf Seite 18 des Tätigkeitsberichts fehlt leider der Name des Autors, Andreas Lochner (Meldewesenkoordinator). Wir bitten, dieses Versehen zu entschuldigen.

Pressestelle der LÄKH

Carl-Oelemann-Schule – Fortbildungsangebote

Alle Fortbildungsveranstaltungen finden – soweit nicht anders angegeben – im Fortbildungszentrum Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

Fortbildung „Klinikassistent“ für Arzthelfer/innen (120 Ustd.)

Ziel der Fortbildung: Die im Bereich der Klinikassistenten fortgebildete Arzthelferin soll den Arzt im Krankenhaus bei Aufgaben entlasten, die an nichtärztliches Personal zu delegieren und nicht dem pflegerischen Aufgabenbereich zuzuordnen sind. Sie soll vor allem verwaltungsbezogene, organisatorische und am DRG-Abrechnungssystem des Krankenhauses orientierte Tätigkeiten durchführen.

Zulassungskriterien:

- Abgeschlossene Ausbildung als Arzthelfer/in
- Nachweis einer mindestens einjährigen Berufstätigkeit als Arzthelfer/in

Dieser berufsbegleitende Qualifizierungslehrgang setzt sich zusammen aus fachtheoretischem und fachpraktischem Unterricht sowie einem Praktikum. Er hat einen Umfang von insgesamt 120 Stunden.

Beginn des nächsten Lehrgangs: 16.09.2005
Teilnahmegebühr: 1.190,00 €

„Assistenz beim ambulanten Operieren“ (60 Ustd.)

Ziel der Fortbildung: Die Arzthelferin/der Arzthelfer soll die Ärztin/den Arzt bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge ambulanter Operationen qualifiziert unterstützen.

Zulassungskriterien:

- Abgeschlossene Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf der Arzthelferin/des Arzthelfers
- Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit in einer ambulant operierenden Einrichtung. Diese Berufserfahrung darf nicht länger als zehn Jahre vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme zurückliegen.

Beginn des nächsten Lehrgangs: 10.09. 2005
Teilnahmegebühr: 790,00 – 990,00 €
gestaffelt nach Teilnehmerzahl

Aufstiegsfortbildung Arztfachhelfer/Arztfachhelfer

Ziel der Fortbildung: Die Arztfachhelferin/der Arztfachhelfer soll die Ärztin/den Arzt durch weitgehend selbständiges Arbeiten sowie durch Koordinations- und Steuerungsfunktionen in den Bereichen Administration und Praxismanagement, Personalführung und Ausbildung sowie Gesundheitsberatung entlasten.

Zulassungskriterien:

- Abgeschlossene Ausbildung im Beruf der Arzthelferin/des Arzthelfers und Nachweis einer mindestens einjährigen Tätigkeit als Arzthelfer/in oder
- Vergleichbarer beruflicher Abschluss und zwei Jahre Tätigkeit im Aufgabenbereich einer Arzthelferin.

Die Fortbildung ist berufsbegleitend und setzt sich zusammen aus einem Pflichtteil von 280 Unterrichtsstunden und einem praxisbezogenen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

Teilnahmegebühr für den Pflichtteil beträgt: 1.480,00 €

Onkologische Fortbildung für Arzthelferinnen

Die Arzthelferin/der Arzthelfer soll die Ärztin/den Arzt bei der Versorgung onkologischer Patienten qualifiziert unterstützen. Die Fortbildung schließt mit einem qualifizierten Abschlussgespräch, das als Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gilt.

Zielgruppe:

120-Stunden-Lehrgang für Arzthelfer/innen oder Personen mit gleichwertiger Ausbildung bei onkologisch verantwortlichen Ärzten.

Beginn des nächsten Lehrgangs: 24. November 2005
Teilnahmegebühr: 1.350,00 €

Neu: Fortbildung für Arzthelfer/innen in der Palliativmedizin (120 Std.)

Ziel der Fortbildung: Die Arzthelferin/der Arzthelfer soll die Ärztin/den Arzt bei der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten qualifiziert unterstützen.

Zulassungskriterien:

- eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Arzthelfer/in und
- eine mindestens einjährige Berufstätigkeit als Arzthelfer/in.

Die Fortbildung umfasst 100 Stunden fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht sowie 20 Stunden Praktikum in einer geeigneten Einrichtung und wird berufsbegleitend durchgeführt.

Die Teilnahmegebühr beträgt: 985,00 €
Voraussichtlicher Lehrgangsbeginn: Oktober 2005

Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 24 Absatz 2 RöV“ (120 Ustd.)

Entsprechend der Röntgenverordnung bietet die Carl-Oelemann-Schule für Arzthelfer/innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 4 der Röntgenverordnung Lehrgänge zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz an.

Lehrgangstermine für das zweite Halbjahr 2005 in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim (120-Stunden-Lehrgang):

Kurs:	Abschnitt:	Termine:	Bemerkungen:
Nr. 05/3	Teil 1a:	Mo. 05.09. – Do. 08.09.2005	Prüfung
	Teil 1b:	Mi. 21.09. – Sa. 24.09.2005	
	Teil 2a:	Mo. 10.10. – Do. 13.10.2005	
	Teil 2b:	Mi. 02.11. – Sa. 05.11.2005	

Teilnahmegebühr: 1.085,00 €
inkl. Prüfungsgebühr

Notfälle in der Arztpraxis (P106)

Termin: Stufe 1: Samstag, 10.09.2005, 10:00 – 16:30 Uhr
Stufe 2: Samstag, 17.09.2005, 10:00 – 16:30 Uhr

Dozent: Johanniter-Unfallhilfe e.V.
 Teilnahmegebühr: 220,00 € gesamt, inkl. Gerätenutzung

EKG Grundlagen (P108)

Termin: Stufe 1: Samstag, 10.09.2005, 10:00 – 16:00 Uhr
 Stufe 2: Samstag, 17.09.2005, 10:00 – 16:00 Uhr
 Dozent: Barbara Strege /
 Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 Teilnahmegebühr: 160,00 € gesamt

Prüfungsvorbereitungskurse

Medizinische Fachkunde (P005)

Termin: Stufe 1, Samstag, 12.11.2005, 10:00 – 16:00 Uhr
 Stufe 2, Samstag, 19.11.2005, 10:00 – 16:00 Uhr
 Dozent: Dr. Lisa Matoff
 Teilnahmegebühr: 100,00 €

Abrechnung (P006)

Termin: Samstag, 26.11.2005, 10:00 - 16:00 Uhr
 Dozent: Gerald Funk
 Teilnahmegebühr: 50,00 €

Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 3 RöV (P 103)

Termin: Samstag, 19.11.2005, 8:00 – 16:00 Uhr
 Dozent: Beate kleine Brörmann, Ärztin für Radiologie

Verbände I /Immobilisation, Gips/Cast (P113)

Termin: auf Anfrage , mittwochs, 14:30 – 18:00 Uhr
 Teilnahmegebühr: 50,00 €

Verbände II /Teilimmobilisation Tapeverbände (P114)

Termin: auf Anfrage , mittwochs, 14:30 – 18:00 Uhr
 Teilnahmegebühr: 50,00 €

Einsteigerseminar „Der EDV-Arbeitsplatz in der Arztpraxis (P209)

Termin: auf Anfrage, 2x samstags, 10:00 – 16:00 Uhr
 Teilnahmegebühr: 150,00 €, gesamt

Auskünfte und Informationsmaterial zu den o.g. Kursen können kostenlos angefordert werden:

Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

Ansprechpartner: Frau Kinscher, Tel. 06032 782-187

Telefonprechzeiten: Mo. – Do. 08:30 bis 12:00 Uhr und
 13:00 bis 15:30 Uhr
 Mo. – Fr. 08:30 bis 12:00 Uhr

Unsere Internetadresse:

www.carl-oelemann-schule.de, e-mail: Verwaltung.COS@laekh.de

Änderungen vorbehalten!

Stand: Juli 2005

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Vierenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bensheim	Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Babenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Planungsbereich Odenwaldkreis

Erbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------	---

Planungsbereich Groß-Gerau

Rüsselsheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
-------------	---

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (MVZ – Angestellter Arzt)
Frankfurt/M.-Bockenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Frankfurt/M.-Schwanheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Oberrad	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Bockenheim	Orthopädin/Orthopäde
Frankfurt/M.-Nordend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Frankfurt/M.-Sachsenhausen	Psychol. Psychotherapeutin/ Psychol. Psychotherapeut

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg v.d.H.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
--------------------	---

Planungsbereich Offenbach am Main-Stadt

Offenbach/M.-Innenstadt	Anästhesistin/Anästhesist
Offenbach/M.-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Offenbach/M.-Süd-West	Internistin/Internist – fachärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Offenbach am Main-Land

Mühlheim	Augenärztin/Augenarzt
Dietzenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Dietzenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
---------------------	---

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 Marburg-Biedenkopf

Dautphetal-Buchenau	Prakt. Ärztin/Prakt. Arzt/ Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
---------------------	--

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Grebshain	Chirurgin/Chirurg – Gefäßchirurgie – (Gemeinschaftspraxisanteil)
-----------	--

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
-------------	---------------------

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

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda	Augenärztin/Augenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)
Fulda	Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Orthopädin/Orthopäde
Kassel	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Morschen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
----------	---

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Korbach	Augenärztin/Augenarzt

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 Landkreis Limburg-Weilburg

Limburg	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – Nephrologie –
---------	---

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (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	Hausarztinternistin/Hausarztinternist
Wiesbaden	Internistin/Internist – Lungen und Bronchialheilkunde –

Planungsbereich Rheingau/Taunus

Hünstetten	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
------------	---

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 / 716798-29

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.

Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Hessen Stand 31.12.2004

Der Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist im Einvernehmen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkrankenkassen und der KV Hessen erstellt worden und kann bei den KVH-Bezirksstellen eingesehen werden. Bei Bedarf kann ein Exemplar des Bedarfsplanes bei der KVH-Landesstelle angefordert werden (Telefon: 069/716798-29, E-Mail: Margarete.Dallmeier@kvhessen.de).