

Hessisches Ärzteblatt



5/2006

Mai 2006

67. Jahrgang

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



Jubiläumsfeier der Landesärztekammer Hessen

Fotos: © Rainer Wohlfahrt (Collage pop)

**Arzt-Mediziner-Manager
50 Jahre LÄK Hessen**

**Delegiertenversammlung
der LÄK Hessen**

**Vertreterversammlung
der KV Hessen**

**Die chirurgische Therapie
von Lungenmetastasen**

**Personalisierte Medizin?
Zum Versprechen der
Nanomedizintechnik**

**Leitlinien am Ende –
am Ende Leitlinien?**

**Von Beruf Arzt ...
selbstständig, freiberuflich,
umsatzsteuerpflichtig**

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:
Karl Matthias Roth
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 Löschorh, Seeheim-Jugenh.
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemme, Gießen
Dr. med. Gösta Strasdng, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

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-Gruener-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. 2 vom 1.1.2006 gültig.

Bezugspreis/Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 95,40 €
(12 Ausgaben), im Ausland 102,60 €.
Kündigung des Bezugs sechs Wochen vor Quartals-
ende. Für die Mitglieder der Landesärztekammer
Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitglieds-
beitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



5 / 2006 - 67. Jahrgang

Editorial Frühlingsgefühle...	308
Landesärztekammer Hessen	
Arzt-Mediziner-Manager: Das ärztliche Berufsbild im Wandel der Zeit	309
Delegiertenversammlung der LÄKH: „Wer ALDI sät, wird LIDL ernten“	313
Wie geht das mit den Fortbildungspunkten?	316
Medizinisches Kreuzworträtsel	316
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	
Vertreterversammlung der KVH: EHV-Reform in erster Lesung verabschiedet	317
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Die chirurgische Therapie von Lungenmetastasen	319
Aktuelles	
Personalisierte Medizin? – Zum Versprechen der Nanomedizintechnik	331
Landesärztekammer Hessen	
Das Mitarbeitergespräch – wichtiger Bestandteil der neuen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte	334
Unterstützung der Arztpraxis beim Qualitätsmanagement	336
10 Jahre Kurse „Ärztliches Qualitätsmanagement“ in Hessen	337
Schluss mit dem Rauchen! Jetzt! Raucherentwöhnungsprogramm	339
Arzt- und Kassenarztrecht	
Leitlinien am Ende – am Ende Leitlinien?	341
<hr/>	
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim	345
Freie Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der LÄK und der KV Hessen	349
<hr/>	
Aktuelles	
Von Beruf Arzt ... selbstständig, freiberuflich, umsatzsteuerpflichtig	361
Arzt- und Kassenarztrecht	
Die Rechtsentwicklungen im Arztrecht im Jahr 2005	366
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	369
Mit meinen Augen	
Schafft die Große Koalition eine große Gesundheitsreform?	370
Satire Komm, lieber Mai, und mache ...	371
Humoristisches Der Storch	371
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	372
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	373
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	377
Bücher	378

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.

Frühlingsgefühle...

... lassen uns hoffen auf einen guten Sommer!
Weit gefehlt, liebe Kolleginnen und Kollegen!



Dr. med. Ursula Stüwe
Bild: pop

Dieser Titel sticht ins Auge:

Erfolgsprojekt: Optimierte Patientendurchlaufsteuerung¹

Diese Fortbildungsveranstaltung war gedacht für leitende

Krankenhausärzte und zeigte in seinem Titel den so maßgeblich gewordenen Einfluss der Ökonomie auf Abläufe in Kliniken und Krankenhäusern. Ich bin durchaus einverstanden, dass Abläufe auf den Prüfstand gestellt werden, um sie bedarfsgerecht zu verändern. Das jedoch hat zu geschehen ausschließlich zum Nutzen von Patientinnen und Patienten. Bei dieser Ankündigung jedoch hatte ich sogleich eine Assoziation aus der Industrie im Kopf: Patienten werden behandelt wie Werkstücke am Fließband! Eine erschreckende Vorstellung! Wo bleibt das, was die „humane Krankenbehandlung“ ausmacht? Wo bleibt die Zeit für Gespräche, für Zuwendung in einer kritischen Lebensphase? Wenn die „Patientendurchlaufsteuerung“ erst optimiert wurde, bleibt für derartige, nicht messbare Leistungen, bestimmt keine Zeit mehr! Erschreckende Aussichten! Humane Krankenbehandlung? Worte und Begriffe sind desavouierend!

Zur Entwicklung in unserem Gesundheitssystem gehört eine weitere Beobachtung, die ich machen durfte anlässlich des Nationalen DRG-Tages in Berlin². Die Veranstaltung am ersten Tag war von vorneherein geplant ohne Möglichkeit der Diskussion und/oder Rückfragen. Somit konnte der erste Redner un-

widersprochen äußern, dass das DRG-System akzeptiert sei in Deutschland. Allerdings legte er zu dieser Behauptung keine Zahlen vor. In meinem eigenen beruflichen Umfeld mache ich eine gegensätzliche Beobachtung – man hat sich arrangiert, und da es Gesetz ist, kann man sich dem System ja nicht verweigern. Aber deswegen akzeptiert? Wenn überhaupt, dann zähneknirschend!

Hinzu kam, dass am Tag vor dem Nationalen DRG-Tag die Schweiz beim INEK unser G-DRG-System eingekauft hat, man wird es in der Schweiz auf die entsprechenden Verhältnisse umändern. Und nur ca. zehn Tage später können wir aus der Zeitung entnehmen, dass die schweizerischen Hausärzte in Bern auf die Straße gehen, sie stellten sich dar als „Gefangene im System“ – indem sie sich z.T. in Käfige setzten. Erhebliche Nachwuchssorgen lassen auch die Kolleginnen und Kollegen in unserem Nachbarland Schweiz auf die Straße gehen – nachdem sie zuvor schon einige Monate auf die Missstände hingewiesen hatten. Die helvetischen Klinikärzte werden leiden unter dem DRG-bedingten Bürokratismus, die Nachwuchssorgen der Hausärzte werden auf diesem Weg sicher nicht gelöst werden. Und die finanziellen Konsequenzen, die sich aus dieser Umstellung ergeben werden? Haben die Schweizer überlegt, wieviel Geld sie in das System stecken müssen, ehe es überhaupt funktioniert? Geld, das den Patienten dann nicht mehr zur Verfügung steht. Bislang war die Schweiz ein Land, das relativ viele Ärzte aus Deutschland abgeworben hatte, die Schweiz bildet selber deutlich unter dem eigenen Bedarf aus. Ob aber bei diesen Veränderungen der Arbeitsbedingungen dem

Ärztemangel wirklich ein Lösungsweg entgegen gesetzt wird? Und wird es dann für deutsche Ärzte noch attraktiv sein, in die Schweiz zu gehen?

Die Zahlen aus der Landesärztekammer Hessen zeigen, dass ein ungebrochener Trend besteht zur Arbeit in einem anderen Land! Ca. 75 % der Auswanderer sind Fachärzte, und der Hauptgrund für den Weggang sind die miserablen Arbeitsbedingungen – das Einkommen folgt erst auf dem zweiten Platz! Diese Untersuchung³ erstreckt sich nur auf die Kolleginnen und Kollegen, die ins Ausland gehen, nicht jedoch die Ärzte, die sich aus der Patientenversorgung „verabschieden“ und als Controller, Journalist, o.ä. arbeiten! Wer wird sich zukünftig mit medizinischen Wissen und Können um die älter werdende Bevölkerung kümmern?

Die Proteste der Ärzteschaft zeigen, dass die meisten von uns gerne im Land bleiben und hier ihren Beruf ausüben möchten – die Politik wäre gut beraten, endlich in angemessener Weise auf die Proteste zu reagieren! Sonst werden auch älter werdende und kränkelnde Politiker demnächst zur Behandlung ins Ausland reisen müssen!

Unsere Patienten haben längst verstanden, warum Ärzte demonstrieren, sie unterstützen die Proteste nach Kräften! Patienten haben begriffen, dass sie mit einer Verschlechterung ihrer Versorgung zu rechnen haben, darum werden die gemeinsamen Demonstrationen in diesem Monat fortgesetzt, außerdem wird sich der Deutsche Ärztetag zu diesem schwierigen und ungelösten Problem äußern!

Bleiben Sie an der Seite Ihrer Patientinnen und Patienten!

Ihre

Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

¹ DKI, Veranstaltung am 31. März 2006

² Nat. DRG - Forum, 23./ 24. März 2006

³ Kaiser, R. Köhler, S. Baumann, L. Warum wollen immer mehr deutsche Ärzte ins Ausland? HÄBL 4/2006

Arzt – Mediziner – Manager: Das ärztliche Berufsbild im Wandel der Zeit

50 Jahre Landesärztekammer Hessen: Jubiläumsfeier im Campus Westend

Die Geschichte der Kammer sei ja ein echter Krimi, schrieb uns ein Arzt wenige Tage nach der Jubiläumsveranstaltung der Landesärztekammer im Campus Westend der Frankfurter Universität. Er hatte sich schon während der Rückfahrt im Zug in die Lektüre der Festschrift vertieft, die unter dem Titel „50 Jahre Landesärztekammer Hessen“ pünktlich zum Jubiläum erschienen ist. Als Sammelband mit Beiträgen von Zeitzeugen, Interviews und Portraits enthält sie neben Erinnerungen an die zurückliegenden fünf Jahrzehnte und dem Ausblick auf künftige Entwicklungen ein einleitendes Kapitel des Historikers Dr. phil. Thomas Gerst, Redakteur des Deutschen Ärzteblattes, über die Zeit nach 1945 bis zur Gründung der Landesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er beschreibt darin u.a., welche Schwierigkeiten sich den Ärzten damals in den Weg stellten – Entnazifizierung, mangelnde Einigkeit der Ärztinnen und Ärzte – aber auch mit welchem Engagement herausragende Ärztevertreter wie Dr. med. Carl Oelemann die Grundlagen dafür schufen, dass die Landesärztekammer Hessen 1956 als Körperschaft des öffentlichen Rechts ins Leben gerufen werden konnte. In seinem Grußwort zu der Jubiläumsfeier erinnerte der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, daran, dass die ersten Schritte auf dem Weg zur verfassten Ärzteschaft der Nachkriegszeit in Hessen unternommen wurden: „Es waren die Ärztagungen in Bad Nauheim 1947, aus denen schließlich die Bundesärztekammer erwuchs.“ Ihre Vorläuferorganisation war die „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“, die 1947 ebenfalls in Bad Nauheim gegründet wurde. Ziel des Zusammenschlusses sei damals gewesen, einheitliche Rechts-



Jörg-Dietrich Hoppe

verhältnisse in den neugebildeten Ländern zu schaffen, erklärte Hoppe. Außerdem – „man höre und staune“ – habe man Bestrebungen entgegen wirken wollen, anstelle der gegliederten sozialen Krankenversicherung eine Einheitsversicherung einzuführen, die die Freiheit und Unabhängigkeit des ärztlichen Berufsstandes bedroht hätte. Nicht von ungefähr war die Wahl des Veranstaltungsortes für die Jubiläumsfeier auf den Campus Westend gefallen. So bildete die sachliche Ästhetik des auf eine wechselhafte Geschichte zurückblickenden Poelzig-Baus einen geeigneten Rahmen für das Wissenschaftliche Symposium mit dem Titel „Vom Arzt zum Medizin-Manager – Das ärztliche Berufsbild im Wandel der Zeit“, in dessen Rahmen sich namhafte Referenten aus Medizin, Forschung und Politik vor dem Hintergrund weitreichender Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen mit dem Wandel des ärztlichen Berufsbildes, der Finanzierbarkeit des medizinisch Möglichen und den Perspektiven der ärztlichen Selbstverwaltung auseinander setzten. Nach einem musikalischen Auftakt durch das Hessische Ärzteorchester begann der von

Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der LÄKH, moderierte Vormittag mit einer gelungenen Überraschung: Dr. med. Alfred Möhrle, von 1992 bis 2004 Präsident der Landesärztekammer, wurde mit der Ehrenplakette der Kammer in Gold ausgezeichnet. Kammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe überreichte Möhrle, der nichts von der bevorstehenden Ehrung geahnt hatte, die Plakette für sein außerordentliches Engagement für ärztlichen Berufsstand und würdigte seine Verdienste.

Wir brauchen Ärzte, keine Manager

In seinem anschließenden Vortrag schlug Möhrle einen Bogen von den Nachkriegsjahren bis zur Gegenwart und gab einen Überblick über die Fülle von Gesetzen und Reformvorhaben, mit denen die Politik seit Mitte der 70er Jahre immer wieder versucht habe, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken: Angefangen mit dem Kostendämpfungsgesetz 1977, das eine engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung anstrebte – erstes einer Reihe von rund 50 Gesetzen mit über 700 Einzelbestimmungen. Möhrle unterstrich, dass mit dem 2003 in Kraft getre-



Alfred Möhrle

tenen „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“, das u.a. die Praxisgebühr von 10 Euro und eine Erhöhung der sonstigen Zuzahlungen für Patienten brachte, noch keineswegs das Ende des strukturellen Wandels im Gesundheitswesen erreicht sei. Ärzte und Patienten seien gleichermaßen von den Veränderungen betroffen, wobei der Arzt zum Manager im Gesundheitswesen und zum Verwaltungsbeamten für Gesundheitsgesetze geworden sei. „Dabei wäre gerade jetzt zur Nutzung der modernen Behandlungsverfahren eine intensive interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit aller am Patienten Tätigen erforderlich“, sagte Möhrle. „Für den Fortbestand unseres weltweit als leistungsfähig anerkannten Systems der gesundheitlichen Versorgung brauchen wir Ärzte, keine Manager.“

Das Fass ist übergelaufen

Eine Forderung, die auch Stüwe in ihrem Vortrag erhob. Vertrauen sei die beste Grundlage für die Heilung sowie für die Begleitung von Menschen in der Krankheitsphase und dürfe keinesfalls missbraucht werden. Schon gar nicht durch die Ökonomie, die jedoch zunehmend den Arbeitsalltag niedergelassen und im Krankenhaus tätiger Ärztinnen und Ärzte bestimme. Miserable Arbeitsbedingungen, groteske Zunahme des bürokratischen Aufwandes, Bonus-Malus-Regelung im niedergelassenen Bereich und hohe Arbeitsbelastung durch – meist schlecht bezahlte – Bereitschaftsdienste im Krankenhaus hätten inzwischen zu einer „völlig unhaltbaren Situation“ geführt, urteilte Stüwe. Doch anders als in der Vergangenheit nähmen Ärztinnen und Ärzte die Verhältnisse nicht mehr hin: „Das Fass ist übergelaufen“. Die Ärztekammer sehe sich zunehmend in der Aufgabe, auf die sich verschlechternde Versorgungslage der Patientinnen und Patienten hinzuweisen. Sie informiere Ärzte und Öffentlichkeit und unterstütze, wenn dies nicht ausreiche, die Protestaktionen. Nur mit „geballtem Potest“ können den Fehlentwicklungen entgegen gesteuert werden. Ein-



Ursula Stüwe

deutig sprach sich Stüwe gegen Medizin nach marktwirtschaftlicher Rezeptur aus. Gesundheitsversorgung dürfe nicht unter dem Gesichtspunkt der Gewinnmaximierung betrieben werden. „Das Primat der Beitragssatzstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung muss vom Sockel gestoßen werden“, forderte die Kammerpräsidentin. „Auf diesen Sockel müssen wir stattdessen die Patienten stellen.“

Medizinische Möglichkeiten und ihrer Umsetzung

Professor Dr. med. Albrecht Encke, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), prognostizierte in seinem Referat, dass die stürmische Entwicklung von technischen und medikamentösen Fortschritten in medizinischer Diagnostik und Therapie weitergehen werde. Optimale Therapieerfolge ließen sich nur durch Interdisziplinarität der Fachspezialisten erreichen: „Horizontale Vernetzung im Krankenhaus. Integrierte stationäre und ambulante Versorgung mit vertikaler und horizontaler Vernetzung.“

Lösungsansätze für die drängenden Probleme der Gegenwart sah Encke in

- einer Modifizierung des DRG-Systems
- Medizinischen Leitlinien
- Integrierter Versorgung
- der Weiterbildungsordnung (sie solle flexibler werden, Teilzeitarbeit vor allem von Frauen fördern, und die Bildungsordnung anstelle der berufs-

politisch motivierten Strukturordnung betonen

- einer Definition des ärztlichen Berufsbildes und damit der Attraktivität des Berufes für den ärztlichen Nachwuchs und
- der Forschungsförderung in Deutschland; damit würde auch die Hochschulmedizin für den wissenschaftlichen Nachwuchs wieder attraktiv.

Können wir uns die moderne Medizin noch leisten?

Angesichts der demographischen Entwicklung „nein“, lautete die Antwort des Freiburger Finanzwissenschaftlers Professor Dr. Bernd Raffelhüschen, der mit seinem Vortrag all jene eines Besseren belehrte, die Ökonomie bis zu jenem Tag für eine knochentrockene Materie gehalten hatten. Mit unterhaltsamen Metaphern wie jene vom umgedrehten Dönerspieß führte er den Zuhörern vor, dass sich die Bevölkerungspyramide mittlerweile auf dem Kopf drehe. Es sei mathematischer Unsinn, zu glauben, man könne jedem Bürger am medizinischen Fortschritt hundertprozentig teilhaben lassen, fügte er mit fröhlich-unbarmherzigen Lächeln hinzu. Raffelhüschen will die staatliche Regulierung und Kontrolle zugunsten des Marktes und damit der Preisbildung zurückdrängen. Die Krankenversicherungsbeiträge müssten von den Löhnen abgekoppelt werden, sagte er in Frankfurt. In Zukunft werde es Menschen geben, welche die Gesundheitsleistungen zahlen könnten, und solche, die nicht dazu in der Lage seien. Für diese Bedürftigen müsse es eine Mindestgewähr von Gesundheitsleistungen geben, die über Steuern finanziert werden sollen. Der Vorteil liege darin, dass die Gemeinschaft der Steuerzahler anders als bei einer Versicherung das Recht habe, überprüfen zu lassen, ob tatsächlich eine Bedürftigkeit vorliege.

Medizinische Versorgung vor demographischem Hintergrund

Mit der medizinischen Versorgung vor demographischem Hintergrund, angefangen mit dem Beginn des Lebens bis

hin zu seinem Ende, beschäftigten sich die Referenten im zweiten Teil des Wissenschaftlichen Symposions, das von Professor Dr. med. Encke und Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Vorsitzender der Akademie für Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, moderiert wurde. Professor Dr. med. Volker Loewenich, ehemaliger Leiter der Abteilung für Neonatologie am Universitätsklinikum Frankfurt, umriss in seinem Referat die Fortschritte der Prä- und Perinataldiagnostik. Während sich die Geburtsmedizin im Gründungsjahr der Landesärztekammer 1956 noch auf dem Stand der frühen dreißiger Jahre befunden habe, sei der Durchbruch 1962 mit der Einführung der ph-Messung des Kindes unter der Geburt und der Verbesserung des CTG (Cardiotokogramms) erfolgt. Ab Mitte der 60er Jahre habe die Kinderheilkunde begonnen, eine moderne Neugeborenenmedizin (Neonatologie) zu entwickeln. Geburtsmedizin, Neonatologie und die pränatale Diagnostik hätten erheblich von Einführung und Verbesserung der Ultraschalldiagnostik profitiert. Doch das Wissen habe auch seinen Preis. Wie solle etwa verfahren werden, wenn im Erst-Trimester-Screening eine Trisomie entdeckt werde und Eltern eine Abtreibung wünschen? In diesen Situationen hätten sich interdisziplinäre Beratungen bewährt, sagte von Loewenich.

Moderne Onkologie

Über Ursachen und Therapien von Krebserkrankungen, die in westlichen Industrienationen in naher Zukunft die Todesursache Nr. 1 darstellten, referierte Professor Dr. med. Andreas Neubauer, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie der Philipps-Universität Marburg. Krebserkrankungen seien immer genetische Erkrankungen, obwohl sie nur selten ererbt würden. Die dem Krebs zugrunde liegenden genetischen Veränderungen der Tumorzellen würden im Laufe des Lebens, z.B. durch die Lebensumstände, erworben. Während früher die medikamentöse Tumorthherapie eine empirische Therapie gewesen sei, gäbe es



Blick ins Publikum

heute neue Substanzen, die spezifisch aufgrund molekularer und biologischer Erkenntnisse entwickelt worden seien. Krebs sei heute häufig z.B. durch chirurgische Eingriffe heilbar. In anderen Fällen hätten sich bereits vielfach die sogenannten molekularen Krebstherapeutika durchgesetzt. Allerdings verursachten sie oft noch unbekannte Nebenwirkungen und seien darüber hinaus extrem kostenintensiv.

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Direktorin der Klinik Innere Medizin IV der HSK Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, berichtete in ihrem Vortrag, dass

muskuloskeletale rheumatische Erkrankungen inzwischen mehr als 100 Millionen Menschen in Europa betreffen und als einzelne Erkrankungsgruppe die Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung repräsentierten. Die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung sei die rheumatoide Arthritis (RA); der Gipfel der Neuerkrankungen liege heute zwischen 55 und 75 Jahren – also in einem Lebensabschnitt, in dem chronische Begleiterkrankungen die Funktion und Lebenserwartung weiter einschränken. Obwohl die Erkrankung durch frühe und konsequente Behandlung wesentlich positiv beeinflusst werden könne, erhielten Patienten heute noch immer zu selten und zu spät die notwendigen medikamentösen und ergänzenden Maßnahmen. Durch Arbeitsunfähigkeit

ANZEIGE

**DR. HAHNE  FRITZ
BECHTLER UND PARTNER**
RECHTS- UND STEUERBERATUNG

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Mandanten,
wir möchten Sie darüber informieren, dass die Rechtsanwaltskammer Frankfurt/M.
uns die Bezeichnung Fachanwältin/Fachanwalt für Medizinrecht verliehen hat.



 Herzlichst Ihre Dr. Karin Hahne



 Herzlichst Ihr Michael J. Fritz



 Herzlichst Ihr Oliver Bechtler

Europastr. 3 . 35394 Gießen . Tel. 0641. 94 88 350 . Fax -333 . www.hfbp.de
Niederau 62 . 60325 Frankfurt . Tel. 069. 74 08 76 80 . Fax 79 40 07 77



Silke Lautenschläger, Ruth Wagner,
Ursula Stüwe

und rasche Krankheitsprogression entständen vermeidbare Folgekosten, kritisierte Märker-Hermann und forderte deshalb neue Formen der Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt.

Palliativmedizin heute

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, Gründungs- und Vorstandsmitglied des Fördervereins für das Evangelische Hospital für Palliative Medizin in Frankfurt, und Dr. med. Wolfgang Spuck, Medizinische Klinik Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Palliativbereich, befassten sich in ihren Vorträgen mit der Palliativmedizin. Als im November 1996 das Hospital für Palliative Medizin in Frankfurt eröffnet habe, sei der Begriff „Palliativmedizin“ noch unbekannt gewesen, sagte Gottstein. Auch heute noch wüssten nur wenige Menschen von der helfenden Palliativmedizin, so dass der Ruf nach „Patientenverfügungen“, aber leider auch der nach „aktiver Sterbehilfe“ laut werde. Es sei schlimm, dass die „Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben“ und die Schweizer Sterbeorganisation „Exit“ – später „Dignitas“ – von der verbreiteten Furcht vor einem Sterben ohne Würde profitieren könnten, sagte Gottstein. Um dem entgegen zu wirken, müsse noch viel intensivere Aufklärungsarbeit als bisher geleistet werden, um Ärzten, der Bevölkerung und besonders den Politikern zu erklären, dass es sich bei der Palliativmedizin um die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung handele, für die das Haupt-

ziel optimale Lebensqualität sei. Im Mittelpunkt stehe die Beseitigung von Schmerzen und quälenden Symptomen. „Palliativmedizin ist eine eindeutige Abgabe an die „aktive Sterbehilfe“,“ erklärte Gottstein. Dass die Medizin des letzten Lebensalters vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung eine besondere Bedeutung gewinne, hob Spuck in seinem Vortrag hervor. So werde die gesetzliche Krankenversicherung in den letzten beiden Lebensjahren mit mehr als der Hälfte aller Ausgaben belastet. Aus ethischen Gründen wie auch aus Gründen der Ökonomie sollte in diesem letzten Lebensabschnitt, sofern als solcher erkennbar, eine ausschließlich an den konkreten Bedürfnissen orientierte Medizin und nicht eine maximale Versorgungsmedizin angeboten werden. Dieses Ziel sei nur erreichbar, wenn Palliativmedizin Bestandteil der medizinischen Ausbildung werde, erklärte Spuck. Da hierfür allerdings ein Zeitrahmen von 15 bis 20 Jahren nötig sei, müsse die Palliativmedizin jetzt als Weiterbildung in die hausärztliche Ebene transportiert werden.

Grußworte

Nach einer Führung durch den von 1928 bis 1931 von dem Architekten Hans Poelzig erbauten, heutigen Campus Westend, leitete das Hessische Ärzteorchester den festlichen Abend ein. Bundesärztekammerpräsident Hoppe hob die Bedeutung einer ständischen Berufsvertretung für Ärztinnen und Ärzte hervor und wies auf die entscheidenden Impulse hin, die die verfasste Ärzteschaft in den vergangenen 50 Jahren aus Hessen erhalten habe. Die Bemühungen der Landesärztekammer um eine „verbesserte Attraktivität des ärztlichen Berufs“ unterstrich die hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger in ihrem Grußwort, während Dr. med. Margita Bert, 1. Vorsitzende der KV Hessen, auf die gute Zusammenarbeit der beiden ärztlichen Körperschaften in Hessen einging. Stadtrat Niklaus Burggraf bezeichnete die Ärztekammer als sachverständigen Berater des Magistrats der Stadt Frankfurt in Gesundheitsfragen.

Lachen ist die beste Medizin

„Ich werde Sie gut behandeln“ versprach der Arzt und Kabarettist Dr. med. Eckart von Hirschhausen in seinem Unterhaltungsprogramm. Da Lachen bekanntlich die beste Medizin sei, werde man gesünder nach Hause gehen, als man gekommen sei. Flankiert von Plastikgehirn und Sektkübel als Requisiten eroberte von Hirschhausen sein Publikum mit geistreicher Ironie und treffsicheren Pointen. Unter dem Stichwort „Placebo-Effekt“ pries er die Selbstthei-



Eckhart von Hirschhausen

lungskräfte des Menschen. Sie machten die Heilkunst zur Kunst, dem Patienten die Zeit zu vertreiben, bis der Körper sich selbst geheilt habe. Auf die provozierende Frage: „Stellen Sie sich vor, Ihr Körper wäre ein Gebrauchswagen: Würden Sie ihn kaufen?“ folgte wenig später die Behauptung, dass wir Menschen kein Recht auf Gesundheit hätten. „Es gibt keinen gesunden Menschen“, stellte von Hirschhausen augenzwinkernd fest. „Es gibt nur Menschen, die noch nicht lange genug untersucht worden sind.“

Katja Möhrle

(alle Fotos: © Rainer Wohlfahrt)

Die Festschrift kann zu einem Preis von 10 Euro bei der LÄKH erworben werden. Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne ein Exemplar nach schriftlicher Bestellung bei der Pressestelle der LÄKH und Überweisungseingang auf dem Konto Deutsche Apotheker- und Ärztebank Ffm, Konto 0001161695, BLZ 500 906 07, zu.

„Wer ALDI sät, wird LIDL ernten“ *

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Sie stehe noch unter dem Eindruck des großen Protesttages am 24. März in Berlin, erzählte Ärztekammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe zum Auftakt der Delegiertenversammlung in Bad Nauheim. Ärztinnen und Ärzte, Patientengruppen, Zahnärzte und Arzthelferinnen – diejenigen also, die die verfehlte Gesundheitspolitik auszubaden hätten – seien in unübersehbarer Menge auf die Straße gegangen, berichtete Stüwe. Das schönste Plakat der Demonstration habe die Aufschrift „Wer ALDI sät, wird LIDL ernten“ getragen. Neben besseren Arbeitsbedingungen und besserer Bezahlung sei in Berlin auch die Abschaffung des AVWG gefordert worden, das, so Stüwe, Ärztinnen und Ärzte in ethische Fallen locke. Kritisch setzte sie sich in ihrem Bericht zur Lage darüber hinaus mit den Folgen der DRGs sowohl in Häusern der Maximalversorgung als auch in Häusern der Grund- und Regelversorgung auseinander. So machten große Kliniken, die jährlich eine handvoll hochspezialisierter Erkrankungsfälle behandelten, bei diesen erhebliche Verluste. Kleinere Krankenhäuser gerieten unter weiteren finanziellen Druck, wenn sie die Patienten beizeiten verlegten. Das Gesundheitssystem zeige immer deutlicher seine schwer kranken Seiten, resümierte die Kammerpräsidentin. Das Schlimmste sei, dass die Politik keine wirklich zukunftsfähige Lösung erarbeite.

Hessisches Memento

Stüwes Kritik stieß auf breite Zustimmung. In einem „Hessischen Memento“ erklärte sich die Delegiertenversammlung mit den streikenden Ärztinnen und Ärzten solidarisch und betonten, dass solide Rahmenbedingungen und Planungssicherheiten für eine gute Versorgung der Patienten unabdingbar seien.

* Aufschrift eines Plakats bei der Demonstration am 24. März in Berlin

„Die Protest- und die Streikaktionen der Ärztinnen und Ärzte sind Ausdruck ihrer schlechten Arbeitsbedingungen und der Verletzung ihrer ärztlichen Berufswürde“, heißt es in dem Memento wörtlich. In den Krankenhäusern würden Millionen unbezahlter Überstunden geleistet und subventionierten das Gesundheitssystem. Ärztinnen und Ärzte würden damit ausgebeutet und mit Knebelarbeitsverträgen und Arbeitszeiten am Rande der Legalität bedroht. In der Praxis reiche die Vergütung schon lange nicht mehr für ein gute Patientenversorgung. Bereits heute werde ein Drittel der ärztlichen Leistungen nicht vergütet. Die geplante Bonus-Malus-Regelung enthalte dem Patienten Leistungen vor, anderenfalls müssten die Ärzte die Medikamente ihrer Patienten selber bezahlen. „Dies ist kein „Verteilungsproblem“ zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung“, unterstrichen die Delegierten.

Normenkontrollklage und Resolution

Einstimmig forderten sie die Hessische Landesregierung auf, umgehend nach Inkrafttreten des AVWG eine abstrakte Normenkontrollklage zu erheben. Ziel

ist es, das Gesetz mit der darin enthaltenen Bonus-Malus-Regelung auf seine Verfassungsmäßigkeit hin überprüfen zu lassen. Die Delegiertenversammlung begründete ihre Forderung damit, dass die Bonus-Malus-Regelung nicht nur das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten beeinträchtige, sondern darüber hinaus die Behandlung, vor allem von schwer- und chronisch Kranken gefährde. Überdies lade die Bonus-Malus-Regelung zum Übergriff und zur Verletzung von ärztlichen Grundrechten ein. Sie schränke das verfassungsmäßige Grundrecht auf Freiheit der Berufsausübung unzulässig ein – und zwar zum Nachteil der Patienten.

Dass versucht werde, Ärztinnen und Ärzten in bestimmten Bereichen der ärztlichen Berufsausübung zurückzudrängen, machte die Psychosomatikerin und Psychotherapeutin Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth in Bad Nauheim deutlich. Die Zahl ärztlicher Psychotherapeuten und -therapeutinnen nehme in der Versorgung ab, während jene der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen steige. Aus diesem Grund müsse die Ärzteschaft in Hessen Wert darauf legen, dass die

ANZEIGE

Anwaltskanzlei Samira Bothe

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Familienrecht

- **Vertragsarztrecht / Kassenarztrecht:** Honorarkürzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Plausibilitätsprüfung, Arzneimittelregress, Zulassungsverfahren
- **ärztliches Berufsrecht**
- **Arzthaftungsrecht**
- **Vertragsgestaltung:** Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, neue Versorgungs- und Kooperationsformen

– Vertrauensanwältin der Stiftung Gesundheit –

Wilhelmstraße 2, 61231 Bad Nauheim,
Tel. 06032 / 92 73 73, Fax 06032 / 92 73 83
E-Mail: info@kanzlei-bothe.de, www.kanzlei-bothe.de



hessische Landesärztekammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (LKPPKJP) ihren Namen trotz seiner Länge behalte. In einer Resolution drückte die Delegiertenversammlung ihre Sorge über die Zunahme psychischer Leiden in der Bevölkerung aus. Zukunftsängste, Arbeitslosigkeit, Armut, wachsende Vereinzelung und das Auseinanderbrechen von Familien lösten immer häufiger Suchtprobleme und psychische Erkrankungen aus, die in vielen Fällen zu Berufs- und Erwerbsunfähigkeit führten. Auch für Arztbesuche und Krankenschreibungen seien zunehmend psychische und soziale Leiden verantwortlich, erklärten die hessischen Delegierten. Zugleich prangerten sie in der Resolution an, dass Ärztinnen und Ärzte wegen unzureichender Finanzmittel nicht angemessen mit entsprechenden psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen auf die wachsende Problematik reagieren könnten.

Rentenerhöhung beschlossen

Im Anschluss an die Berichterstattung der Vorsitzenden des Aufsichtsrates des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende, zur Änderung von Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes beschloss die Delegiertenversammlung, dass im Versorgungswerk auch ein weiterer Geschäftsführer bestellt werden kann. Der oder die Geschäftsführer gehören dem Verwaltungsrat an, der unverändert aus mindestens drei, höchstens fünf Mitgliedern besteht. Die Änderungen treten am 1. Juli 2005 in Kraft.

Darüber hinaus beschlossen die Delegierten eine Erhöhung aller am 30. Juni 2005 laufenden Renten um 0,5 % mit Wirkung ab 1. Januar 2006. Die zur Finanzierung erforderlichen Mittel werden der Rückstellung für Überschussbeteiligung entnommen und der Deckungsrückstellung zugeführt.

Weiterbildung

Auf die Wahl der 18 hessischen Delegierten zum 109. Deutschen Ärztetag in

Magdeburg folgte die „Weiterbildung“ als Tagesordnungspunkt. Aufgrund intensiver Vorbereitung des Themas in den Weiterbildungsausschüssen der Kammer wurde ohne weitere Diskussionen die Einführung der Übergangsbestimmungen bei den Zusatzweiterbildungen „Intensivmedizin“, „Orthopädische Rheumatologie“, „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ und „Spezielle Unfallchirurgie“, die eine Ergänzung gegenüber der Musterweiterbildungsordnung darstellen, sowie die Nachberufung von Prüfungsvorsitzenden beschlossen. Sie war durch das Ausscheiden von bisherigen Vorsitzenden erforderlich geworden.

Da Krankenhäuser, die aktiv ärztliche Weiterbildung betreiben, bei der DRG-basierten Abrechnung relativ gegenüber solchen, die nur wenige oder gar keine Assistenzärzte in Weiterbildung beschäftigen, benachteiligt werden, sprach sich die Delegiertenversammlung in ihrem an die hessische Landesregierung gerichteten Antrag mit großer Mehrheit dafür aus, Häusern, welche auch zukünftig ärztlichen Nachwuchs weiterbilden, durch eine Modifikation des DRG-Abrechnungssystems zu fördern.

Nachwahlen

Da seit dem Ausscheiden von Dr. med. Susan Trittmacher aus dem Vorstand der Bezirksärztekammer Gießen die Stelle eines Beisitzers vakant war, wählten die Delegierten PD Dr. med. Jens Uwe Alles als ihren Nachfolger in die Position.

Berufsordnung

Der Antrag von Professor Dr. med. Jutta Peters auf Streichung des § 19 Abs. 2 der Berufsordnung (Beschäftigung fachfremder Ärzte in der Praxis) löste heftige Debatten in Bad Nauheim aus. Viele Delegierte teilten ihre Überzeugung, dass der Paragraph nicht nur die Existenz zahlreicher Praxen bedrohe, sondern auch die Qualität der Arbeit fachfremder angestellter Ärzte gefährde. Peters forderte daher, die Möglichkeit, fachfremde Ärzte in der eigenen Praxis zu beschäftigen, unbedingt zu verhindern. Andere Delegierte sahen § 19 Abs. 2

Berufsordnung jedoch als notwendig an, um Ärzten erweiterte Beschäftigungsmöglichkeiten zu sichern. Hingewiesen wurde allerdings darauf, dass gegenwärtig die Beschäftigung fachfremder Ärzte vertragsrechtlich nicht möglich und privatärztlich zwar möglich, die fachfremde Tätigkeit aber aufgrund von § 4 Abs. 2 GOÄ nicht abrechenbar ist. Da § 19 Abs. 2 Berufsordnung unverändert aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer übernommen wurde, votierten die Delegierten dafür, vor einer endgültigen Beschlussfassung die Bundesärztekammer um eine Stellungnahme zu bitten.

Krebsregister

Dr. Stüwe nahm zu der Notwendigkeit einer Überarbeitung des Hessischen Krebsregistergesetzes Stellung. Bislang würden in der Krebsregisterstelle nur Daten aus dem Regierungspräsidium Darmstadt erfasst, was für epidemiologische Auswertungen nur wenig Sinn mache. Daher habe die Kammer dem Hessischen Sozialministerium mitgeteilt, dass das Krebsregister auf ganz Hessen ausgeweitet werden müsse.

Elektronischer Heilberufsausweis

Über aktuelle Entwicklungen zum Thema „Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)“ referierte Thomas Friedl, Leiter IT und Informationsmanagement der LÄKH, aus dem zuständigen Fachausschuss bei der BÄK.

So seien die Modellregionen inzwischen festgelegt, auch die Rahmenarchitektur für eHBA und eGCard stehe. Friedl legte dar, welche Erfordernisse auf die einzelnen Landesärztekammern zukämen und berichtete über die Beteiligung der LÄKH an dem Projekt Mittelhessen. Hier gebe die Kammer die erforderlichen Signaturkarten heraus. Darüber hinaus arbeite die LÄKH auf Landesebene an dem vom Wissenschaftsministerium und der EU geförderten Modellprojekt zur „Entwicklung eines Klinikportals“ in Gießen sowie in der Projektgruppe der Bundesärztekammer zur Einführung der eHBA mit.

Akademie

In Vertretung von Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch trug Professor Dr. med. Konrad Schwemmler den Bericht des Akademievorsitzenden vor, der u.a. die Pflichtfortbildung für Vertragsärzte, das Fortbildungsangebot der Akademie, organisatorische Veränderungen in Anlehnung an das Binner Consult Konzept, die Einführung der Fortbildungsnummern (EFN) und die zertifizierte Fortbildung zum Inhalt hatte. Schwemmler, Vorstandsmitglied der Akademie, informierte die Delegierten auch darüber, dass Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Hanns Gotthard Lasch im Dezember 2005 seinen Rücktritt aus dem Vorstand der Akademie mitgeteilt hatte. Einstimmig schloss sich die Delegiertenversammlung der Entscheidung des Vorstandes der Akademie an, Professor Dr. med. Claus Vogelmeier, Marburg, als seinen Nachfolger zu benennen, an. Auch zwei Sektionsänderungen wurden beschlossen: Da Professor Dr. med. F.-P. Kuhn, Kassel, und Professor Dr. med. J. Spitz, Wiesbaden, ihre Ämter in den Sektionsvorstände niedergelegt haben, übernimmt PD Dr. med. Markus Düx, Frankfurt, das Amt als Vertreter der Krankenhausärzte im Sektionsvorstand Radiologische Diagnostik und Dr. med. Thomas Rink, Hanau, das Amt als Vertreter der niedergelassenen Nuklearmediziner im Sektionsvorstand Nuklearmedizin.

COS-Internat: Statt Neubaugrundlegende Renovierung

Nach ausführlichen und kontroversen Diskussionen beschloss die Delegiertenversammlung die umfassende Sanierung des Internatsgebäudes der Carl-Oelemann-Schule für medizinische Assistenzberufe in Bad Nauheim. Dem in geheimer Abstimmung getroffenen Beschluss waren ebenso eindringliche wie leidenschaftliche Appelle von Dr. Stüwe und Dr. Popović vorangegangen, in denen sie die Delegierten aufgefordert hatten, nach Jahren des „Hin und Hers“ endlich eine definitive Entscheidung zu fällen. Dass diese wegen alarmierender Sicherheitsmängel nicht weiter hinausgezögert werden konnte, hat-

te ein weiteres Brandschutzgutachten erneut deutlich gemacht.

Mit ihrem Votum für die Sanierung haben sich die hessischen Delegierten auch dafür entschieden, die Aus- und Weiterbildung der Arzthelferinnen (künftig: Medizinische Fachangestellte), vor allem deren Überbetriebliche Ausbildung, weiterhin in eigener Regie der hessischen Ärzteschaft an der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim zu betreiben. Für die Auszubildenden ergeben sich keine spürbaren Veränderungen, da sie nicht in Hotels o.ä. Einrichtungen in Bad Nauheim und Umgebung untergebracht werden müssen. Auch die Lehrgänge der Überbetrieblichen Ausbildung (ÜA) sind wieder abgesichert. Es wird weiterhin einen Fünf-Tage-Lehrgang geben, drei Mal innerhalb der dreijährigen Regelausbildung. Die Lehrgänge werden inhaltlich überarbeitet. Geplant ist, Auszubildenden und Azubis an einzelnen Tagen eine Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Modulen zu geben, um die Überbetriebliche Ausbildung besser in die Ausbildungstätigkeit der einzelnen Ausbildungspraxis einzufügen. Eine zeitliche Erweiterung der ÜA findet nicht statt. Die Planung eines Neubaus des Internats musste zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgebrochen werden, da die Verantwortlichen im Bundesministerium für Bildung und Forschung die in Aussicht gestellten Fördergelder bisher nicht zur Verfügung gestellt haben, obwohl die Landesmittel bereitstehen.

Arzthelferin-Ausbildungswesen

Roswitha Hoerschelmann, Leiterin der Abteilung „Arzthelferin-Ausbildungswesen“ der Kammer, informierte die Delegiertenversammlung, dass die „Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferin/Arzthelfer“ an die neuen Rechtschreibregeln der Rechtschreibreform und das novellierte Berufsbildungsgesetz angepasst werden musste. Nach Inkrafttreten der neuen Ausbildungsverordnung für die Medizinische Fachangestellte/den Medizinischen Fachangestellten am 1. August 2006 werde jedoch eine abermalige Umstellung der Prüfungsordnung erforderlich, da sich die Prüfungsinhalte und das Prüfungsverfahren ändern würden. Der Berufsbildungsausschuss der LÄKH habe deshalb beschlossen, die Prüfungsordnung in einem Zweistufen-Verfahren zu verändern. Die Delegiertenversammlung stimmte diesem Beschluss zu.

Die neue Berufsbezeichnung kann nur erworben werden, wenn die Abschlussprüfung nach neuem Recht abgelegt wurde. Dem Prüfling eröffnet die neue Abschlussprüfung die Möglichkeit, weit mehr als früher seine in der Ausbildung erlernten praktischen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen. Die Bewertung des praktischen Teils der Prüfung fließt dafür zu 50 % in die Gesamtbewertung ein.

Katja Möhrle

ANZEIGE

BERATUNGSNETZ
MEDIZIN RECHT STEUER **MR S**

Wir, ein Zusammenschluss von Fachanwälten und Steuerberatern, haben es uns zur Aufgabe gemacht, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer in allen Belangen rund um die Praxis bzw. Berufsausübung zu beraten.

Ein Team von Spezialisten aus den Bereichen Medizinrecht, Steuerrecht, Arbeits- und Strafrecht steht Ihnen in unserem Netz zur Verfügung.

www.Beratungsnetz-MRS.de

Wie geht das mit den Fortbildungspunkten?

Hinweise für Veranstalter und Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen

Veranstalter

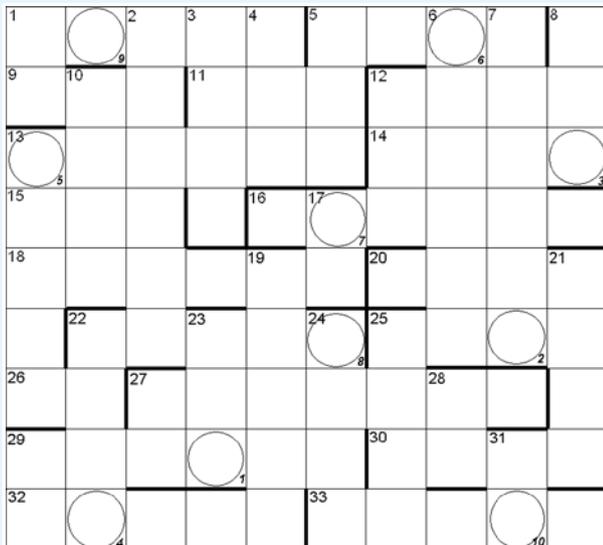
1. Die Anmeldung der Veranstaltung zur Anerkennung erfolgt über <http://onlinezert.laekh.de>.
2. Abbuchungsauftrag! Gebührenbescheid wird ggf. zugestellt
3. Wiederkehrende Veranstaltungen erfahren ab Juni Sonderbehandlung! (Exceldatei)
4. LÄKH schickt ein Schreiben mit Veranstaltungsnummer (VNR), dem dazugehörenden PIN, Teilnehmerliste als Kopiervorlage.
5. Bei der Veranstaltung: Erfassen der Teilnehmer mit ihrer einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) mit Scanner in ein Programm, (Kostenloses download unter <http://www.civ-fobi.de>)
6. Melden der Teilnehmer über das Internet an den EIV.
7. Ohne Scanner: Teilnehmerliste mit EFN- Barcodeetiketten an die LÄKH.
8. Ausstellen einer Teilnahmebestätigung; diese dient zur Vorlage beim Finanzamt.

Teilnehmer

1. Der Teilnehmer bringt ein EFN Barcodeetikett oder seinen FOBI-Ausweis mit.
2. Mittlerweile besitzen immer mehr Veranstalter einen Barcode-scanner, sodass die Nummer auf dem Etikett nur noch eingescannt werden muss. Ist dies nicht der Fall, wird die Nummer in eine Teilnehmerliste geklebt. Im Fortbildungszentrum der LÄKH werden die Teilnehmer nur noch elektronisch erfasst.
3. Nach der Veranstaltung bekommt der Teilnehmer eine Teilnahmebestätigung ausgehändigt, die bei der Möglichkeit der steuerlichen Geltendmachung als Nachweis für das Finanzamt dient.
4. Die Aktualität der Punkteanzeige wird von der Meldegeschwindigkeit der Veranstalter an den EIV abhängig sein.
5. Ab Sommer ist es möglich, dass hessische Mitglieder, nach Anmeldung und Passwortfreigabe per Brief, die besuchten Veranstaltungen im persönlichen Onlinepunktekonto einzusehen.

Dr. med. Ursula Stüwe, Präsidentin

Kreuzworträtsel



© Özgür Yıldızlı

Waagrecht

- 1 Leber • 5 Wichtigster Diarrhoe-Erreger bei Säuglingen: ...-Virus • 9 Auris • 11 Äußerer Handgriff in der Geburtshilfe zur Feststellung des Höhenstandes des kindl. Kopfes (Eponym) / Ein General der Südstaaten im Amerikanischen Bürgerkrieg: Robert Edward ... • 12 Druckwelle im Blutkreislauf • 13 Speicheldrüsentumor • 14 Schulterrepositionsmanöver: Einrennen des luxierten Humeruskopfes über eine Stuhllehne beim sitzenden Patienten (Eponym) • 15 Englisch: Alt • 16 Frühkindlicher Autismus: ...-Syndrom (Eponym) • 18 Lungenfell • 20 Phänomen bei der peripheren Fazialisparese, bei der sich die Augäpfel bei Augenschluss nach oben Drehen (Eponym) • 22 Durch Lipoideinlagerung bedingte ringförmige Veränderung der Hornhaut: ... lipoides corneae • 25 Komplikation einer Chloramphenicol-Behandlung bei Neugeborenen: ...-Syndrom / Engl.: Grau • 26 Chem. Symbol für Ruthenium • 27 Kinderkrankheit mit typischer nuchaler Lymphknotenschwellung • 29 Symptom beim Morbus Parkinson • 30 Abk. für Leber'sche Hereditäre Optikus-neuropathie • 32 Kardinalsymptom einer Entzündung • 33 Schmerzhafter Schluckakt: ...phagie

Senkrecht

- 1 Chem. Elementsymbol für Holmium • 2 Hypothalamisch bedingter Minderwuchs mit Hypogonadismus, Adipositas und Oligophrenie: ...-labhart-Willi-Syndrom (Eponym) • 3 Schmerzempfindung bei leichter, normalerweise nicht schmerzhafter, Berührung: ...dynie • 4 Abk. für Respiratory-Enteric-Orphan-Viren: ...-Viren • 5 Schlafphase mit vermehrter Muskelaktivität (Abk.) • 6 Angeborene Gonadendysgenese mit tiefem Haaransatz, hohem Gaumen und Pterygium colli: ...-Syndrom (Eponym) • 7 Alternative Zustandsformen eines Gens • 8 Ramus • 10 Impressionsfraktur im Humeruskopf bei Schulterluxationen: ...-Sachs-Läsion • 12 Arteriitis mit Beteiligung aller Wandschichten: ...arteriitis • 13 Mittelschwere Bewusstseinsstrübung • 17 Abk. für die Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker • 19 Kardinalsymptom einer Entzündung • 21 Genetische Hypothese, nach der beim Menschen in jeder weiblichen Zelle nur ein X-Chromosom genetisch aktiv ist: ...-Hypothese (Eponym) / Stadt in Ostfrankreich • 22 Symptomatik, die einem Grand-Mal Anfall vorausgeht • 23 Lat.: Mit 24 Wortteil „Blutserum“ • 25 Basistherapie bei Rheumatoider Arthritis / Edelmetall • 27 Wiederkehrende Entzündung: ...infektion • 28 Hormon der Hypophyse (Abk.) • 29 Abk. für Transcobalamin • 31 Komplikation bei der Behandlung des fortgeschrittenen Morbus Parkinsons: ...-off-Phänomene / Engl.: an

Lösungswort

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kritik und Anregungen bitte an: yaldizli@gmx.net

Vertreterversammlung der KV Hessen

EHV-Reform in erster Lesung verabschiedet



**Berät die KV Hessen:
Klaus-Guntmar Goldberg**

(Bild kmr)

Die Vertreterversammlung der KV Hessen hat in ihrer Sitzung am 1. April 2006 in erster Lesung die Reform der EHV (Erweiterte Honorarverteilung) beschlossen. Damit machten die Vertreter mit der erforderlichen Zweidrittelmehrheit den Weg für notwendige Veränderungen am in Deutschland einmaligen Altersversorgungswerk der hessischen Ärztinnen und Ärzte frei, die nach zweiter Lesung Ende Mai Mitte des Jahres 2006 in Kraft treten könnten. Vorausgegangen waren in den vergangenen Jahren leidenschaftliche Diskussionen zwischen Reformern und Besitzstandswahrern, jüngeren und älteren Ärzten. Ähnlich wie bei anderen umlagefinanzierten Sozialsystemen, wie z.B. der Rente, führten demographische Entwicklungen auch bei der EHV in Hessen zu einer finanziellen Schieflage. Immer weniger Einzahler standen immer mehr Empfänger gegenüber, so dass die Belastungen für die aktiven Ärzte immer größer geworden wären. Mit der nun in erster Lesung beschlossenen Reform ist gewährleistet, dass es zu einem ausbalancierten Interessenausgleich der Aktiven und Inaktiven kommt.

Die Reform zeichnet sich durch sechs zentrale Beschlüsse aus:

- Durch die Reform wird die EHV als Altersversorgung über das Jahr 2030 hinaus gesichert. Der bei der Gründung der EHV geschlossene Generationenvertrag und das Solidaritätsprinzip unter den hessischen Vertragsärzten werden auf diesem Weg eindrucksvoll bekräftigt.
- Die Begrenzung der Belastung der aktiven Ärzte wird auf 5 % festgelegt.
- Ein Nachhaltigkeitsfaktor (NHF) sichert die Nachhaltigkeit der Reform und fungiert als transparenter, einfach zu verstehender Regelmechanismus.
- Durch Rückabwicklung des Höchstanspruchsatzes auf 18 % wird die Vereinbarkeit mit vorherigen Reformen gewährleistet.
- Die Finanzierung der Rückabwicklung erfolgt aus dem EHV-Kapitalfonds.
- Die Abrechnungsmodalitäten der EHV werden an die der Honorarverteilung angeglichen, d.h., dass die EHV-Empfänger in Zukunft einen EHV-Bescheid als Abrechnungsunterlage des entsprechenden Quartals erhalten. Zudem sollen sich die Zahlungsmodalitäten an die Honorarverteilung angleichen und zukünftig die EHV-Zahlungen in Form von drei Abschlagszahlungen à 25 % und einer Restzahlung erfolgen. Die Gefahr der Überzahlung wird auf diesem Weg verringert.

Dr. Jörg Hempel, der stellvertretend für den EHV-Ausschuss den Reform-Entwurf einbrachte, dankte den Anwesenden für den klaren Mehrheitsbeschluss: „Mit der nun beschlossenen Reform haben wir die Chance, die Interessen aller Beteiligten zu wahren. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass wir die notwendige Flexibilität im System nicht über das Durchschnittshonorar, sondern ausschließlich über den Nachhaltigkeits-

faktor sicher stellen. Die Vorgabe, die Belastung der aktiven Einzahler auf 5 % zu begrenzen, setzen wir so adäquat um.“

Vorstand informiert eingehend über Wege aus den Abrechnungsproblemen bei der KV Hessen

Die Probleme mit der Fertigstellung der Honorarabrechnung seit Einführung des EBM 2000plus bestimmten den zweiten Teil der Vertreterversammlung. Um diese Probleme, deren Wurzeln weit in die Vergangenheit der KV Hessen zurückreichen, grundlegend und nachhaltig zu lösen, hatte der Vorstand eine externe Beratungsfirma mit einer Ist-Analyse der Abrechnungsläufe beauftragt. Die Ergebnisse dieser Analyse und ein Maßnahmenpaket stellte der Geschäftsführer des Unternehmens DVZ Consulting, Klaus-Guntmar Goldberg, den Vertretern vor. Ziel der vom Vorstand eingeleiteten Maßnahmen war, die aufgetretenen Probleme zu beheben, weitere „Pannen“ zu verhindern, das erschütterte Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der KV Hessen wiederherzustellen, die überfälligen Honorarabrechnungen des II. und III. Quartals 2005 korrekt und so zeitnah wie möglich auszuliefern sowie die Abrechnung IV/2005 und die folgenden Abrechnungen korrekt, pünktlich und in verständlicherer Form zu erstellen.

Die Analyse des Schweriner Unternehmens arbeitete verschiedene Einflussfaktoren für die aktuellen Probleme heraus. So führten umfangreiche Veränderungen im EBM und dem HVV zu erhöhtem und zeitaufwendigem Beratungs- und Erklärungsbedarf, umfangreichen Änderungen an den Stammdaten, umfassenden Programmkorrekturen sowie teilweisen Änderungen beim Honorarbescheid. Darüber hinaus machten die Berater fünf historisch gewachsene Schwachstellen in den Abrechnungs-

prozessen aus, die letztendlich diese Abrechnungsprobleme verursacht haben: Eine außergewöhnlich hohe Komplexität des Honorarverteilungsvertrags (HVV), verspätete Fertigstellung von für die Abrechnung notwendigen Programmieranweisungen, eine hohe Abhängigkeit von einzelnen Personen im Abrechnungsprozess, unzureichende Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein nicht sachgerechtes Projekt- und Fehlermanagement.

Aus dieser Schwachstellenanalyse leiten sich auch die Sofortmaßnahmen ab, über die der Vorstand die Vertreterversammlung informierte. Zum einen erging die dringende Empfehlung, den HVV für mindestens drei Quartale ein-

zufrieren und darüber hinaus eine systematische Vereinfachung anzustreben. Zudem wurde ein Kompetenzteam installiert, das die Abrechnungsprozesse begleitet und permanent verbessert. Das Kompetenzteam wird auch in Zukunft für die Erstellung der fachlichen Vorgaben zuständig sein, die Abhängigkeit von Einzelpersonen wird so abgebaut. Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Abrechnung wurden bereits prioritär installiert: So wird zum Beispiel die Punktwertberechnung neu konzipiert, auf ein Mehr-Augen-Prinzip umgestellt, in das auch die Revisionsabteilung eingebunden ist. Konsequentes Projektmanagement unter externem Coaching wird zudem dazu führen, dass die Projektziele Korrektheit und

Pünktlichkeit in Zukunft erreicht werden können. Der Vorstand der KV Hessen informierte die Vertreter auch darüber, dass es zu den geschilderten Maßnahmen keine Alternative gebe und aufgrund der Dringlichkeit der Veränderungen mit zunächst weiteren Zeitverzögerungen bei der Quartalsabrechnung zu rechnen sei.

In der anschließenden Diskussion bestärkte die Vertreterversammlung den Vorstand der KV Hessen, den eingeschlagenen Weg konsequent weiterzuverfolgen und die Honorarabrechnung in Hessen so in absehbarer Zeit wieder auf ein stabiles Fundament zu stellen.

Karl Matthias Roth

Eine umfangreiche Berichterstattung über den Protesttag auf dem Frankfurter Römer am 26. April erscheint in der Juni-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Protesttag gegen Spar-Medizin
26.04.2006, 10.00 Uhr
Frankfurt Römerberg



Agenda 5.11 Für ein gutes Arzt-Patientenverhältnis in schwierigen gesundheitspolitischen Zeiten

Der **Frankfurter Sparkasse**

IRONMAN European Championship / IRONMAN Germany

ist dieses Jahr die Europameisterschaft und größtes Qualifikationsrennen weltweit für die Weltmeisterschaft des Ironman in Hawaii.

**3,8 km Schwimmen – 180 km Radfahren –
42,2 km Marathon Laufen**

Auch dieses Jahr werden wieder freiwillige Ärzte gesucht, die dieses außergewöhnliche Event mitbetreuen wollen. Am 22. Juli wird auch ein sportmedizinisches Seminar angeboten.

Mit ca. 30 Transporten, 600 Hilfeleistungen sowie ca. 500 Infusionen im medizinischen Zelt auf dem Paulsplatz (80 Betten) ist das Event eine medizinische Herausforderung. In Zusammenarbeit mit dem DRK sind 380 Rettungskräfte, 50 Ärzte, 20 Pfleger/Schwester und 125 Masseur im Einsatz.

„Der längste Tag des Jahres“
findet am **23. Juli 2006** statt.

Der Startschuss wird um 7.00 Uhr wieder vom Schwimmpondon inmitten der Athleten auf dem Langener Waldsee von Ministerpräsident Koch gegeben.

Das sportliche Großereignis wird vom medizinischen Leiter Dr. Klaus Pöttgen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz betreut.

Informationen finden Sie auf <http://www.sportchef.de/IM-Germany-medizin.htm> und www.ironman.de
Kontakt: Dr. med Klaus Pöttgen, Tel. 06151 292253, oder per mail: klaus@drpoettgen.de

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602006038670010

Die chirurgische Therapie von Lungenmetastasen

J. Schirren, S. Bölükbas, Th. Bergmann, S. Beqiri, St. Trainer

Klinik für Thoraxchirurgie (Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Schirren),
Dr. Horst Schmidt Klinik, Ludwig-Erhard-Strasse 100, 65199 Wiesbaden

Einleitung

Im Sektionsgut der an malignen Tumoren verstorbenen Patienten findet sich bei bis zu 30 % eine Metastasierung in der Lunge (Willis 1967). Nierenzellkarzinome, Hodentumore und Mammakarzinome haben eine besondere Tendenz der Metastasierung in die Lunge. Für Osteosarkome und Weichteilsarkome ist es häufig das einzige Organ.

Die Resektion von Lungenmetastasen ist heute ein Standardtherapiekonzept und bereits an vielen thoraxchirurgischen Zentren etabliert. In der Regel sind die Metastasen mit einer niedrigen Morbidität und Letalität technisch gut resezierbar. Allerdings sind lediglich 30 % der Patienten mit einer Lungenmetastasierung für eine Resektionsbehandlung geeignet. Selektionskriterien für dieses Therapiekonzept lassen sich nur in einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Thoraxchirurgen, Onkologen und Strahlentherapeuten entwickeln. Das Hauptproblem der Metastasenchirurgie besteht darin, dass mit lokalen chirurgischen Maßnahmen eine generalisierte Erkrankung therapiert werden soll. Pastorino et al (1997) berichten von den Ergebnissen des 1991 gegründeten International Registry of

Lung Metastasis. Dieses Register hat sich zur Aufgabe gemacht, multizentrisch prognostische Faktoren und Leitlinien zur Lungenmetastasenchirurgie zu erstellen. Während die technischen Probleme der Metastasenchirurgie weitgehend gelöst erscheinen, besteht hinsichtlich der Indikation und der Grenzen der operativen Eingriffe weiterhin Unsicherheit.

Die Prinzipien der Metastasenchirurgie

In der Tumorpathologie bedeutet Metastasierung (griechisch Metastasis = Wanderung) ein komplexes Geschehen, das zu sekundären (vom Primärtumor ausgehenden) oder tertiären (von sekundären Absiedlungen ausgehenden) Absiedlungen von Tumorzellen in benachbarte oder entfernte Organe führt. Am weitesten häufigsten erfolgt die Metastasierung über die Lymph- und Blutbahnen. Die Metastasenbildung vollzieht sich in vier Stadien: Mit der Invasionsphase, der Embolisationsphase, der Tumorinplantation und der Entwicklung der Tumormetastase im Stadium IV ist damit insgesamt ein Durchdringen von Endothel/Basalstrukturen und äußeren Gefäßwandschichten notwendig. Das

Angehen und die Entwicklung von Metastasen ist weiter abhängig von der Ausbildung neuer Blutgefäße (Neo-angionese, Tumor-angionese) und der allgemeinen Stoffwechselsituation in den jeweiligen Organen (Müller und Respondek 1990).

Entsprechend der Metastasierungstheorie und der Kaskadentheorie vollzieht sich die Metastasierung schrittweise je nach venöser Drainage und Lymphdrainage in Anhängigkeit vom Primärtumorsitz und seiner Beziehung zum Filterorgan. Für die chirurgische Resektionsbehandlung kann die Unterscheidung zwischen kavalem und portalem Metastasierungsweg im Metastasenbefall von Lunge bzw. Leber als erstem Filterorgan von entscheidender therapeutischer Bedeutung sein. Die Metastasenchirurgie unter potentiell kurativer Zielrichtung erfolgt daher mit lokalen chirurgischen Maßnahmen am Filterorgan Lunge. Mit der kompletten Metastasenresektion soll einer weiteren Metastasierung in andere Organe vorgebeugt werden. Die Metastasierung vollzieht sich nicht nur hämatogen sondern auch lymphogen. In Tabelle 1 ist die Häufigkeit der lymphogenen Metastasierung in Abhängigkeit vom Primärtumor dargestellt.

Die Entstehung von intrathorakalen Lymphknotenmetastasen kann durch einen direkten Einbruch der Lungenmetastase in die verschiedenen Lymphbahnen der Lunge erklärt werden. Hierzu sind potentiell alle Lungenmetastasen fähig. Mammakarzinome und HNO-Tumoren können über direkte Lymphbahnen des primären Tumors in Brustwand, Pleura und Mediastinum metastasieren. Für die Tumoren unterhalb des Zwerchfells kann durch Reflux des Ductus thoracicus die Metastasierung eingeleitet werden. Dies zeigt, dass sich die primäre Metastasierung nicht nur auf hämatogenem sondern sehr wohl auch auf lymphogenem Wege vollzieht. Die Behandlung der Metastasen am Ort des ersten Generalisationsorgans (Lun-

Tabelle 1

	Anzahl (n)	n	%
Hodenkarzinom	115	9	7,8
Mammakarzinom	96	16	23,2
Kolorektales Karzinom	105	20	19
Nierenzellkarzinom	119	31	26,1
Knochensarkom	83	3	3,6
Weichteilsarkom	88	9	10,2
Melanom	25	3	12
Karzinome(gesamt)	529	91	17,2
Sarkome (gesamt)	171	12	7
Gesamt	706	103	14,6

Prozentualer Anteil einer zusätzlichen lymphogenen Metastasierung bei operierten Patienten mit Lungenmetastasen (Schirren et al. 1998)



Tabelle 2

	Ziel der Resektion	Vorbehandlung mit Chemotherapie
Keimzelltumoren	Komplette Residualtumor- und Teratomresektion - kurativ	+++
Osteosarkome	Komplette Residualtumorresektion	++
Weichteilsarkome	Kurativ	(+)
Kolon-/Rektumkarzinom	„kurativ“ + Lebermetastasenresektion	+
Nierenzellkarzinom	kurativ	-(+)
Mammakarzinom	Komplette Residualtumorresektion Ausschluss Zweitumor	++
Melanom	Fraglich kurativ Ausschluss Zweitumor	-

Rationale zur Resektion von Lungenmetastasen bei verschiedenen Primärtumoren

ge, Leber) sollte derzeit nach den gleichen chirurgischen Strategien vorgenommen werden, wie sie auch für die Resektion des Primärtumors gelten: die komplette Resektion der Metastasen ergänzt durch die systematische Lymphknotendissektion.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Operationsfrequenz von Lungenmetastasen einiger Primärtumoren ist merklich angestiegen. Die Optimierung der Chemotherapie hat zu einer Erweiterung der Indikationsstellung der zu operierenden Metastasen geführt. Nicht nur Solitärmetastasen, sondern auch Mehrfachmetastasen, uni- und bilateral lokalisiert, sowie rezidivierende Metastasen lassen sich kombiniert thoraxchirurgisch onkologisch behandeln. Die Resektion multipler und auch zentral gelegener Metastasen lässt sich parenchymsparend durch die neuen laserchirurgischen Maßnahmen vornehmen (Branscheid et al 1992). Die Fünf-Jahres-Überlebensraten nach Resektion solitärer und multipler Metastasen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Martini et al 1974, Morten et al 1973, Vogt-Moykopf et al 1994).

Neue Erkenntnisse führen zu stetig sich ändernden Lehrmeinungen zur optimalen Behandlung von Lungenmetastasen. Die meisten Patienten sind durch eine Chemotherapie allein nicht heilbar. Die komplette chirurgische Resektion ist häufig die einzig potentiell kurative Behandlung (Roth 1985).

als hoch eingeschätzt werden. Trotzdem kann eine Resektionsbehandlung sinnvoll sein, wenn sie mit einer effektiven Chemotherapie kombinierbar ist. Für die nicht chemotherapiesensiblen Tumoren hingegen ist die Resektion die einzige Therapiemöglichkeit und bietet bei einer umschriebenen Metastasenanzahl die Aussicht auf Kuration. Die Resektion multipler Herde muss allerdings meistens als Palliativmaßnahme angesehen werden. Trotz des Vorhandenseins von Leitlinien in der Metastasen-chirurgie der Lunge, sollte der individuelle Fall in einem interdisziplinären Kolloquium diskutiert werden. Nur so lässt sich für den einzelnen Patienten ein optimales Therapiekonzept erstellen. (Tabelle 2)

Differentialdiagnose Lungenmetastase – primäres Lungenkarzinom

Die Diagnose Lungenmetastase kann bei entsprechender Tumoranamnese leicht anhand der radiologischen Kriterien gestellt werden. Diese Diagnose ist umso wahrscheinlicher, je größer die Anzahl der Rundherde in beiden Lungen ist. Ein singulärer Rundherd hingegen kann sowohl einer Lungenmetastase, einem primären Lungentumor oder auch einem gutartigen Prozess entsprechen. Bei Patienten mit einem extrapulmonalen Plattenepithelkarzinom als Primärtumor in der Anamnese, entspricht ein singulärer Rundherd in der Regel einem unabhängigen Zweitumor in der Lunge (primäres Lungenkarzinom).

Lag beim Primärtumor ein Adenokarzinom vor, ist die Wahrscheinlichkeit einer Lungenmetastase gleich zu setzen mit der eines primären Lungenkarzinoms.

War, ist der Primärtumor ein Melanom, dann entspricht ein Rundherd mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Metastase.

Bei Patienten mit Lymphomanamnese mit abgeschlossener 10 bis 20 Jahre zurückliegender Therapie entspricht bei Vorliegen eines Lungenrundherdes meist einem primären Lungenkarzinom.

Symptome

In der Lungenperipherie gelegene metastatische Herde sind meist asymptomatisch. Bei Verlegung zentraler Abschnitte des Tracheobronchialsystems oder bei ausgedehnter Metastasierung des Lungenparenchyms kann es zur Dyspnoe kommen. Bei endobronchial wachsenden Metastasen können die Patienten von Hustenattacken, Hämoptysen und auch Fieber durch Retentionspneumonie gequält sein. Klinische Symptome treten außer bei Tumoreinbruch in das Bronchialsystem z.B. bei Einblutung einer großen Metastase in das Lungenparenchym oder Durchbruch der Blutung in die Pleurahöhle mit konsekutiven Hämato-pneumothorax auf. Plötzlich auftretende thorakale Schmerzen sind ein Indiz für den Tumorbefall der Pleura parietalis oder tiefergelegene Schichten in der Thoraxwand.

Diagnostik

Rundherde mit einem Durchmesser über 1 cm lassen sich in der Regel radiologisch (Thoraxüberschichtsaufnahme in zwei Ebenen) erfassen. Als nicht invasive diagnostische Methode hat die Computertomographie (CT) die höchste Sensitivität. Die deckt noch kleinere und selbst pleuranah gelegene Herde auf. Die präoperative CT-Diagnostik ist von entscheidender Bedeutung für die Ermittlung der Metastasenanzahl sowie deren späteres intraoperatives Auffinden. Die CT-Diagnostik sollte heutzutage in Spiraltechnik vorgenommen werden. Mit der Spiraltechnik lassen sich noch Herde mit einem Durchmesser



von weniger als 4 mm mit hoher Sensitivität erfassen. (Remy-Jardin 1993) Andererseits erschweren gerade diese kleinsten Herde, deren Bedeutung vielschichtig sein kann, die Beurteilung der Rundherde und beeinflussen dadurch das präoperative Staging. Zum einen kann es sich um eine Metastase zum anderen auch um ein Granulom, einen subpleural gelegenen Lymphknoten oder um ein kleinstes Gefäß handeln. Aus diesen Gründen ist die Durchpalpation der Lunge im belüfteten und unbelüfteten Zustand (intraoperatives Staging) die zuverlässigste Methode um diese Herde aufzufinden, sie anschließend zu entfernen und zu beurteilen. Tatsächlich entspricht nur bei 39 % aller unserer Patienten, die präoperativ ermittelte der tatsächlich postoperativ bestätigten Metastasenanzahl. Bei 38 % wurden intraoperativ mehr, bei 23 % weniger Metastasen gefunden als präoperativ diagnostiziert. Die intraoperative Palpation durch den Chirurgen ist zweifellos die sensitivste Methode der Metastasensuche (Schirren et al 1994).

Das präoperative Kernspintomogramm bringt für diese Fragestellung z.Z. keine Vorteile gegenüber der Spiral-CT-Technik. Allerdings ist die Kernspintomographie bei der Beantwortung operationstechnisch relevanter Fragestellungen wie Infiltration zentraler Gefäße, Vorhofinfiltration und Wirbelsäulenbefall der CT-Diagnostik überlegen. Kavographie und Pulmonalisangiographie werden in Ausnahmefällen weitere wichtige präoperative Aufschlüsse bringen. Ein exaktes präoperatives Staging welches insbesondere die Prädilektionsstellen der Metastasierung und der verschiedenen Primärtumoren berücksichtigt, ist vor jeder Metastasenresektion obligat. Eine Abdomensonographie unter besonderer Berücksichtigung von Leber, Nennieren und Retroperitoneum sowie ein Knochenszintigramm sind unverzichtbar.

Voraussetzung zur Metastasenresektion - Indikation

Heutzutage ist die frühere Forderung der radikalen Resektion des Primärtu-

mors nicht mehr zwingend. Das Primärtumorgeschehen sollte unter Kontrolle sein. Gelegentlich kann eine symptomatische pulmonale Metastase (endobronchialer Tumorsitz, Brustwandinfiltration) eine dringlichere Operationsindikation darstellen als ein synchrones, aber asymptomatisches Primärtumorrezidiv (palliative Indikation).

Dennoch gelten allgemein folgende Voraussetzungen zur Metastasenresektion:

- Die Metastasen müssen resektabel erscheinen.
- Das allgemeine und funktionelle Operationsrisiko muss vertretbar sein.
- Der Primärtumor sollte behandelt bzw. behandelbar sein.
- Das Vorhandensein weiterer extrapulmonaler Metastasen bedeutet nicht von vorne herein eine Kontraindikation für den Eingriff.

Für manche Tumoren ist die Resektionsbehandlung auch bei zusätzlicher extrapulmonaler Metastasierung durchaus eine anerkannte Therapiemodalität, insbesondere da durch Simultan- und Konsekutiveingriffe dies nicht nur technisch durchführbar sondern auch onkologisch sinnvoll ist. Beispiele hierfür sind metastasierende Kolonkarzinome mit resektablen Lungen- und Lebermetastasen, metastasierende Hodentumoren mit ausgedehnter pulmonaler und retroperitonealer Metastasierung oder Metastasektomie der Lunge nach Resektion einer symptomatischen Hirnmetastase.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stellen jedoch diese sog. Mehrhöhleneingriffe, in der Metastasenchirurgie eher eine Ausnahme dar und sollten bis zur sicheren Erkenntnis über ihre Wertigkeit auch individualen Entscheidungscharakter behalten. Eine komplette Resektion der Metastasen kann potentiell kurativen Charakter haben. Die lokale Operabilität muss dem zufolge präoperativ fest stehen. Selbstverständlich muss das allgemeine individuelle Operationsrisiko im Verhältnis zum Krankheitsrisiko stehen. Den optimalen Zeitpunkt für die Operation zu finden ist daher häufig schwierig. Eine sichtbare Metastasierung kann der Beginn einer diffu-

sen Generalisation sein. Aus diesem Grund halten wir nach Erstdiagnose einer Lungenmetastasierung eine Beobachtungszeit von drei Monaten prinzipiell für notwendig und gerechtfertigt. Haben sich beim Re-Staging die Metastasen in ihrer Anzahl nicht und in ihrer Größe nur unwesentlich verändert, ist die Operationsindikation gegeben. Mit diesem Vorgehen wird die Anzahl der Patienten, bei denen eine Überbehandlung vorgenommen wird, gering gehalten. Es werden folgende Indikationen unterschieden:

Solitäre Metastasen

Solitäre Metastasen sind die klassische Indikation zur Operation insbesondere dann, wenn keine günstigen Chemotherapiemöglichkeiten bestehen (z.B. Nierenzellkarzinom). Bei Solitärherden besteht die Indikation schon allein aus diagnostischen Gründen um zwischen Metastase, benigner Veränderung und primärem Lungenkarzinom differenzieren zu können.

Multiple Metastasen

Multiple Metastasen stellen prinzipiell keine Kontraindikation zur Resektion dar, limitierender Faktor ist die verbleibende Parenchymreserve. Bezüglich der Langzeitergebnisse muss derzeit noch offen bleiben, bis zu welcher Metastasenanzahl ein chirurgisches Vorgehen noch sinnvoll ist. Eine gute Prognose auch bei multipler Metastasierung zeigen insbesondere die chemosensiblen Tumoren z.B. Osteosarkome, Hodenkarzinom (Abbildung 1).

Rezidivmetastasen nach Lungenmetastasenresektion

Metastasen können rezidivieren und auch wiederholt erfolgreich mit potentiell kurativer Intention operiert werden, sofern eine zusätzliche Metastasierung in andere Organe unterbleibt.

Resttumor Entfernung nach Chemotherapie

Die Resttumor Entfernung nach Chemotherapie ist eine wichtige Operationsindikation. Verbliebene Tumorzellpopu-



Abbildung 1a

Abbildung 1b

Abbildung 1c

30jährige Patientin mit beidseitigen multiplen Metastasen eines adenoidzystischen Karzinoms als Beispiel einer Grenzindikation in der Metastasen Chirurgie. a Präoperativer radiologischer Befund. b Komplette Metastasektomie der linken Seite mit Lasertechnik. c Komplette Metastasektomie der rechten Seite nach 4-monatiger Erholungsphase.

lationen, die nicht oder kaum angesprochen haben, werden operativ entfernt. Diese Herde zeigen meist eine Transformation im histologischen Bild mit hochdifferenzierten Zellanteilen und sind deshalb wenig chemotherapiesensibel. Vorrangig findet diese Vorgehensweise bei Hodenkarzinomen und Osteosarkomen Anwendung. Anhand des histopathologischen Ergebnisses lässt sich dann auch über das gegebenenfalls weitere chemotherapeutische Vorgehen entscheiden.

Palliativeingriffe

Palliativeingriffe zur Vermeidung oder der Behebung von Komplikationen durch Metastasen sind insbesondere dann indiziert, wenn eine Brustwandinfiltration mit Schmerzen oder Tumorulzeration vorliegt (Abbildung 2). Weitere Operationsindikationen stellen in diesem Rah-

men Blutungen und Retentionspneumonien dar, ausgelöst durch endobronchialen Tumoreinbruch. Im Falle einer Pleuritis karzinomatosa, gefesselter Lunge und eines nachlaufenden Ergusses kann eine Tumordekortikation und Pleurektomie eine sinnvolle Maßnahme zur Beherrschung dieser Komplikation und zur Verbesserung der Beschwerdesymptomatik sein.

Operationsstrategie

Mit der Zunahme der Operationsfrequenz von Lungenmetastasen und den erweiterten Operationsindikationen haben sich z.B. auch die Vorstellungen über den Zugangsweg zur Metastasenresektion gewandelt.

Mediane Sternotomie

Die mediane Sternotomie hat den Vorteil, dass in dieser operativen Situation

beide Lungen exploriert und die Metastasen reseziert werden können. Dies bedeutet für den Patienten einen wesentlichen Komfort zumal die mediane Sternotomie postoperativ auch weniger schmerzhaft ist. Als Nachteile gelten für diesen Zugangsweg der schwierige Zugang zu den dorsalen und die hilusnahen Regionen. Besonders schwierig ist der Zugang zum linken Lungenunterlappen, da es bei Luxation desselben zur Ausflusseinschränkung des linken Ventrikels kommen kann. Über mediane Sternotomie ist eine Lymphknotendissektion am oberen Mediastinum problemlos vorzunehmen. Der Zugang zu den dorsalen Lymphknotenkompartimenten wie Bifurkation, paraösophageal und Ligamentum pulmonale dagegen ist erschwert.

Zusammengefasst eignet sich der mediane Zugang nach den derzeitigen Erkenntnissen für peripher im Lungenparenchym gelegene Herde. Eine vollständige Lymphknotendissektion ist über diesen alleinigen Zugang erschwert. Für Rezidiveingriffe bei denen die Lunge mit der lateralen Brustwand verklebt, eignet sich dieser Zugangsweg nicht, da die extrapleurale Lösung der verwachsenen Lunge extrem erschwert ist.

Transversale Thorakotomie

Ein Zugangsweg, bei dem simultan beide Lungen exploriert werden können, bei dem aber auch ein guter Zugang zu den dorsalen Abschnitten gegeben ist. Sie ist für jüngere Patienten geeignet, fordert vom Operateur eine längere Prä-

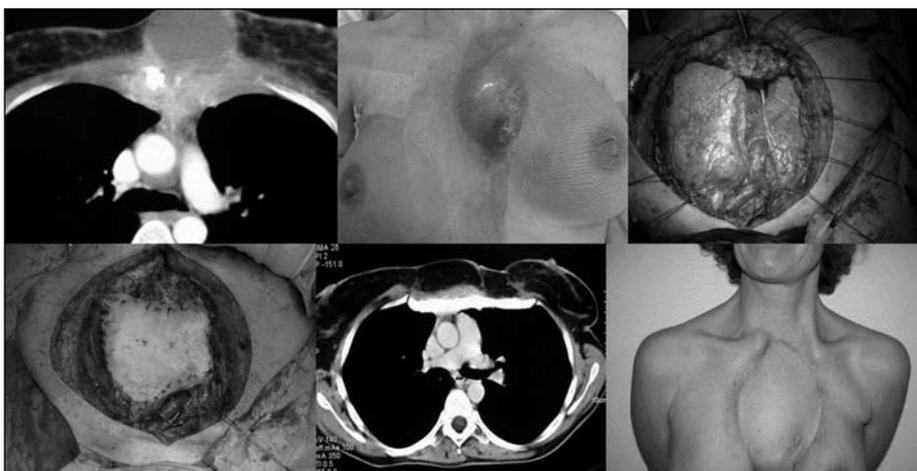


Abbildung 2: Palliative Resektion des Sternums bei einer exulzierenden Sternummetastase, eine interdisziplinäre Operation mit der plastischen Chirurgie (Prof. H. Menke)



paration, aber der Zugang zu den zentralen Strukturen am Hilus, zu den dorsalen Abschnitten der Lunge, die Möglichkeit der beidseitigen broncho- und angioplastischen Resektionsverfahren und auch einer vollständigen Lymphknotendisektion im oberen und unteren Mediastinum sind über diesen Weg beidseits problemlos gegeben. Zentral gelegene sowie multiple Metastasen lassen sich mit dem Laser über diesen Zugangsweg gut erreichen.

Laterale Thorakotomie

Die zweizeitige laterale Thorakotomie hat sich in neuerer Zeit bewährt und findet insbesondere bei multipler pulmonaler Metastasierung Anwendung. Dieser Zugangsweg, der eine für den Patienten schonende Resektion multipler Metastasen erlaubt, ermöglicht außerdem eine vollständige Lymphknotendisektion im oberen und unteren Mediastinum. Dieser Zugang ist weiterhin geeignet, um ggf. eine zusätzliche dorsale Brustwandresektion durchzuführen. Linksseitige Metastasenresektionen, die eine Broncho- oder Angioplastik erfordern, sind gut möglich. Rezidiveingriffe, die eine extrapleurale Lösung der Lunge notwendig machen, sind erleichtert. Der Nachteil für den Patienten liegt darin, dass immer nur ein Hemithorax exploriert werden kann, eine zweite Operation für die kontralaterale Seite notwendig wird.

Bezüglich der Zugangsweg zur Metastasenresektion bestehen divergierende Ansichten. Auf der einen Seite werden die Weiterentwicklung des Spiral-CT's und die verbesserte Sensitivität der präoperativen Diagnostik mit der Vorstellung verbunden, dass dadurch die Exploration der Lunge durch den Chirurgen überflüssig wäre. Margaritora et al (2002) bestätigen, dass auch mit hoch auflösendem Spiral-CT die Sensitivität bei Herden <6 mm lediglich 48 % beträgt. Damit bleibt die Hand des Chirurgen das sensitivste Instrument. Die komplette Resektion aller suspekten Herde ist ein wesentliches prognostisches Kriterium (Vogt-Moykopf et al 1994). Deshalb muss in Abwägung des Gesamtzu-

standes des Patienten und des onkologischen Stellenwertes der Resektionsbehandlung die Wahl des Zugangsweges mit der Möglichkeit der Exploration beider Lungen individuell gestaltet werden.

Videoassistierte thorakoskopische Chirurgie (VATS)

Seit 1992 hat die videoassistierte thorakoskopische Chirurgie sich als Alternative zur offenen Thorakotomie angeboten. Die Vorteile lagen hier im kleineren Zugangsweg und geringerer Schmerzbelastung für den Patienten (Landreneau et al 1992).

Kann diese thorakoskopische Zugangstechnik eine sichere Alternative zur offenen Thorakotomie bei der Metastasenresektion sein? Die Metastasen müssen hierzu im peripheren Lungenparenchym pleuranah liegen. Kleinere Herde, die tiefer im Lungenparenchym liegen, werden häufig übersehen. McCormack et al (1992) untersuchten dies, indem sie nach VATS unmittelbar über konventionelle Thorakotomie die Lunge explorierten. Beim Durchpalpieren der Lungen fanden sie zusätzliche Metastasen in 56 % der Resektionen.

*Ein erklärtes Ziel der Lungenmetastasen-chirurgie ist die komplette Resektion aller Herde, auch derer, die sich in der primären, bildgebenden Diagnostik nicht darstellen. Die komplette Resektion aller Metastasen ist ein wichtiges prognostisches Kriterium für die Patienten. Welchen Stellenwert in diesem Therapiekonzept die VATS haben kann, wird erst durch randomisierte prospektive Studien zu klären sein.

Technik der Metastasenresektion

Nach erfolgter Thorakotomie wird der Metastasenstatus in der Lunge, sowohl in belüftetem als auch in unbelüftetem Zustand genau erhoben. Hiernach richtet sich die Operationsstrategie. Die Resektion der Lungenmetastasen erfolgt nicht nach den gleichen Regeln, wie die Resektion von Lungenkarzinomen. Im Allgemeinen müssen bei Metastaseneingriffen keine anatomischen Resektionen vorgenommen werden. Es genügen

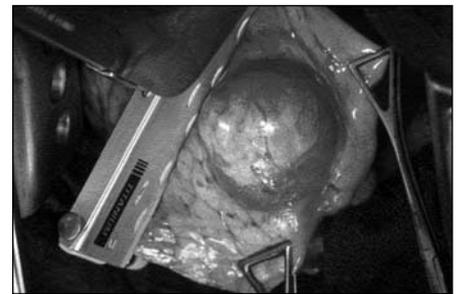


Abbildung 3:
Atypische Keilresektion einer Hodentumor-metastase aus dem Unterlappen.

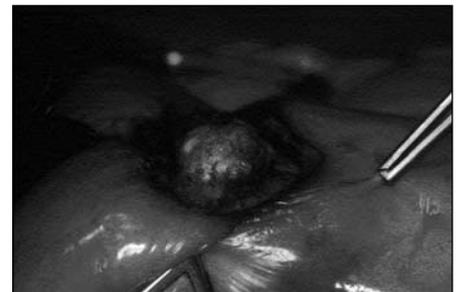


Abbildung 4:
Resektion einer Metastase mit dem ND:YAG-Laser. Mit einem ca. 5 mm breiten Karbonisationssaum wird die Metastase parenchym-sparend komplett reseziert.

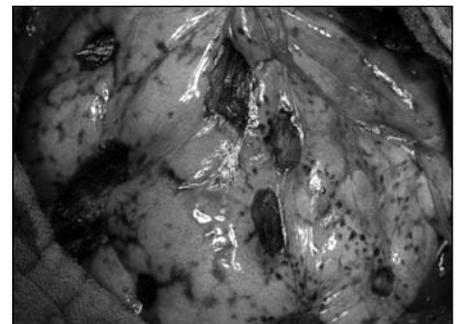


Abbildung 5:
Zustand nach multipler Laserresektion von Lungenmetastasen.

meist atypische Keilresektionen (Abbildung 3). Die resezierten Metastasen sollen vollständig von gesundem Lungengewebe umgeben sein. Wie groß der Mindestabstand zwischen Resektionsgrenze und Tumorgewebe sein soll, ist heute noch nicht einheitlich festgelegt. Enukleationen sind allerdings wegen der hohen locoregionären Rezidivwahrscheinlichkeit obsolet. Liegt eine Metastase zentral im Lungenparenchym oder handelt es sich um multiple Metastasen, so hat sich die Laserresektion bewährt (Branscheid et al 1992) (Abbildungen 4

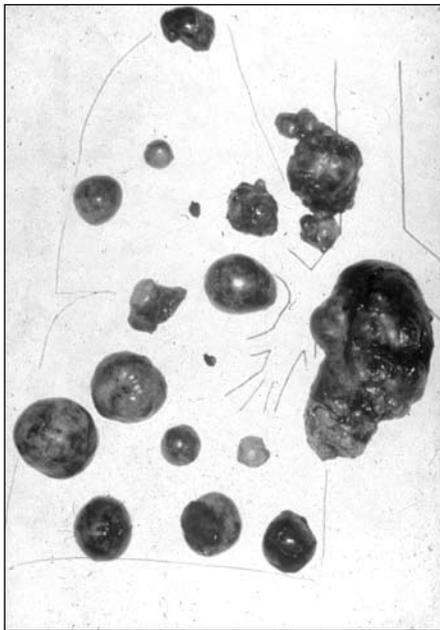


Abbildung 6: Multiple Lungenmetastasen eines Hodenkarzinoms. Resektion der Metastasen über laterale Thorakotomie mit Dissektion von Lymphknotenmetastasen aus der Bifurkation und dem oberen Mediastinum.

und 5). Andere, zentral gelegene Metastasen können über anatomische Segmentresektion, Lobektomie, ggf. unter Zuhilfenahme von broncho- und angioplastischen Verfahren komplett entfernt werden. (Tabelle 3) Die Pneumonektomie soll in der Metastasen Chirurgie vermieden werden. Anschließend erfolgt die komplette Lymphknotendissektion an beiden Lungenhili und im Interlobärbereich sowie im Mediastinum (Abbildung 6). In unserem Operationsgut fanden sich bei potentiell kurativen Resektionen von Lungenmetastasen in 14,6 % auch Lymphknotenmetastasen. Die Häu-

figkeit ist, wie in Tabelle 1 dargestellt, abhängig von der Tumorentität. Überwiegend häufig trat dies bei Nierenzell-, Mamma- und colorektalen Karzinomen auf. Von Putnam et al. (1984), Udelsman et al. (1986) und Pastorino et al. (1997) wird ein ähnliches Metastasierungsmuster mit Vorliegen mediastinaler Lymphknotenmetastasen beschrieben. Karzinome weisen gegenüber Sarkomen eine dreifach höhere Inzidenz der lymphogenen Metastasierung auf (Tabelle 1). Wird Metastasen Chirurgie unter kurativem Ansatz vorgenommen, sollten nach den derzeit vorliegenden Erkenntnissen auch die Lymphknoten im Mediastinum disseziert werden.

Je nach Tumorentität und dem Vorhandensein einer effektiven Chemotherapie kann über adjuvante Therapieverfahren individuell entschieden werden. Die Dissektion der Lymphknoten mit histologischer Aufarbeitung stellt den Goldstandard zur Beurteilung der mediastinalen Lymphknoten dar. Die alleinige Beurteilung anhand der bildgebenden Verfahren ist mit derselben Unsicherheit behaftet wie beim Lungenkarzinom.

Spezielle Aspekte für verschiedene Primärtumoren

Osteosarkome

Pulmonale Metastasen von Osteosarkomen treten bei 80 % der Patienten auf. Hierbei spielt es keine Rolle, ob sie eine adjuvante Chemotherapie nach Behandlung des Primärtumors erhalten haben oder nicht (Goorin 1991). Bei synchronem und metachronem Auftreten von Lungenmetastasen nach Osteosarkom ist im interdisziplinären Konzept zu-

nächst eine Chemotherapie indiziert. Die Chirurgie kommt dann im Sinne eines adjuvanten Therapieverfahrens zum Einsatz. Da die Metastasen häufig nur isoliert in der Lunge auftreten, ist die chirurgische Resektion ein wichtiger adjuvanter Therapieschritt und es werden hierbei Fünf-Jahres-Überlebensraten bis zu 40 % beschrieben (Briccoli et al. 1999). Verschiedene prognostische Faktoren wurden analysiert. Dabei spielen die Anzahl der Metastasen, das krankheitsfreie Intervall und die Resektabilität der Metastasen eine wichtige Rolle. Eine multivariate Analyse von Beattie et al (1991) konnte als wichtigsten multivariaten prognostischen Faktor die komplette Resektion der Metastasen nachweisen.

Weichteilsarkome

Die Weichteilsarkome gehören zur Gruppe der nicht ossifizierenden, malignen Tumoren, die sich aus dem mesenchymalen Gewebe entwickeln. Bis zu 20 % der Patienten neigen zu Lokalrezidiven. Eine Metastasierung findet hauptsächlich in die Lungen statt (Potter et al 1985). Weichteilsarkome sprechen nur eingeschränkt auf die Chemotherapie an. Casson et al (1991) konnten ein Fünf-Jahres-Überleben von 25 % nach Metastasektomie aufzeigen. In einer Metaanalyse der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC-Studie) für Weichteilsarkome fanden van Geel et al (1996) an 255 Patienten eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von 30 %. Welche Rolle die Metastasenresektion in einem multimodalen Therapiekonzept besitzt, zeigen Choong et al. (1995) an 214 Patienten. Die Fünf-Jahresüberlebensrate beträgt 40 % für die operierten und 20 % für die nicht operierten Patienten.

Kolorektale Karzinome

Etwa 15 % aller Patienten entwickeln Lungenmetastasen im Anschluss an die Primärtumortherapie. Rektumkarzinome tun dies häufiger als Kolonkarzinome. Die linksseitigen Kolonkarzinome tun dies bevorzugter als die rechtsseitig gelegenen. Neben der hämatogenen Aussaat kann auch eine direkte lymphogene Metastasierung vorliegen (Schulten et al. (1976). Brister (1988) und McAfee (1992) konnten in ihren Kollektiven jeweils Fünf-Jahres-Überlebensquoten von 38 bzw.

Tabelle 3

Eingriffsart	n	Häufigkeit (%)	30-Tage-Letalität (%)
Atypische Keilresektion	448	52,8	1,1
Anatomische Segmentresektion	157	18,5	0,6
Lobektomie	183	21,6	2,7
Bilobektomie	25	2,9	12,0
Pneumonektomie	27	3,2	1,5
Sonstige (Keil + BW./ Mediastinaltumor)	9	1	0
Gesamt	849	100	2,2

Häufigkeit der verschiedenen Eingriffsarten bei Metastasenresektionen und deren perioperative Letalität (Sonstige = Keilresektionen mit zusätzlicher Brustwand- oder Mediastinaltumorresektion)



30,5 % verzeichnen. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Lebermetastasen ist die Indikation zur Metastasenresektion an der Lunge nur in Ausnahmefällen gegeben. Voraussetzung ist ein guter Allgemeinzustand des Patienten. Auf der anderen Seite sollten die Metastasen in beiden Organen parenchymsparend resektabel sein und nur eine geringe Morbidität erwarten lassen. Sauter et al. (1990) beschreiben die isolierte Resektion von Lungenmetastasen mit einer Fünf-Jahres-Überlebensquote von 47 % und im Vergleich hierzu mit zusätzlicher Resektion von Lebermetastasen eine Fünf-Jahres-Überlebensquote von 19 %. In der Folgezeit wurde die Wirksamkeit von Resektionen an Leber und Lunge bei metastasierendem Kolonkarzinom überprüft. Kobayashi et al. (1999) erreichten bei 47 Patienten eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von 31 % und eine Acht-Jahres-Überlebensrate von 23 %, Headrick et al. (2001) bei 88 Patienten mit kombinierten sequentiellen Leber- und Lungenmetastasenresektionen 30 % (Fünf-Jahres-Überlebenszeit) und 16 % (Zehn-Jahres-Überlebenszeit). Prognostisch ungünstig waren in diesem Kollektiv der mediastinale Lymphknotenbefall und ein erhöhter CEA-Wert vor der Lungenmetastasenresektion. Die kombinierte Therapie von effektiver Chemotherapie zusammen mit konsequenter Lebermetastasenchirurgie konnte den natürlichen Verlauf von nicht resektablen Lebermetastasen signifikant verbessern und auf die Fünf-Jahres-Überlebensrate von 50 % (Giachetti et al. 1999). Es liegt nahe, zu überprüfen, wie ein solches Therapiekonzept sich bei der Behandlung von Lungenmetastasen auswirken würde. Erste Ergebnisse von Adam et al. (2003) zeigen, dass nach chemotherapeutischer Vorbehandlung ausgedehnte, kombinierte Leber- und Lungenmetastasenresektionen von Vorteil sein können. Die Eignung der Patienten muss jedoch nach stärkerer Selektion im Einzelfall entschieden werden.

Mammakarzinom

Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom haben insgesamt

eine schlechte Prognose, da die Metastasen an vielen Organen auftreten können. Patanaphan et al. (1988) beschrieben bei metastasierendem Mammakarzinom eine Metastasierung zu 51 % in den Knochen, zu 17 % in die Lunge, zu 16 % im Gehirn und zu 6 % in der Leber. Dieser Befund verdeutlicht, dass die Indikation zur Metastasenresektion an der Lunge nach Mammakarzinom interdisziplinär sehr ausführlich diskutiert sein sollte. In der Regel werden Patientinnen mit einer Lungenmetastasierung zunächst einer Chemotherapie zugeführt. Der isolierte Rundherd, bei dem zwischen gutartiger Erkrankung, Metastasenwachstum oder primärem Lungenkarzinom nicht differenziert werden kann, ist die klassische Operationsindikation. Lanza et al. (1992) beschrieben bei 44 Patientinnen mit resezierten Lungenmetastasen eines Mammakarzinoms eine Fünf-Jahresüberlebensquote von 50 %. Langes, krankheitsfreies Intervall und ein positiver Hormonrezeptorstatus der Tumorzellen für Oestrogen waren die wichtigsten prognostischen Faktoren. Friedel et al (2002) analysierten 467 Patienten mit operierten Lungenmetastasen bei Mammakarzinom. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate lag für alle Patienten bei 38 %, 22 % nach zehn Jahren und 20 % nach 15 Jahren. Prognostisch günstige Faktoren sind ein krankheitsfreies Intervall von mehr als 36 Monaten (Fünf-Jahres-Überlebensrate 45 %) und die komplette Resektion (Zehn-Jahres-Überlebensrate 26 %, 15-Jahres-Überlebensrate 21 %). Bei solitärer Lungenmetastase (Fünf-Jahres-Überlebensrate 44 %, 10-/15-Jahres-Überlebensrate 23 %) aber fand sich kein signifikanter Unterschied gegenüber multiplen Metastasen, wenn sie komplett reseziert sind. Es wird Ziel künftiger Therapiestudien sein, bei selektierten Patientinnen den Wert einer neoadjuvanten Therapie zu überprüfen.

Ovarial-, Cervix- und Endometriumkarzinom

Von allen gynäkologischen Tumoren setzt das Ovarialkarzinom am häufigs-

ten intrathorakale Metastasen. Häufig findet man neben dem pulmonalen Befall auch einen malignen Pleuraerguss. Unter diesen Voraussetzungen ist eine lokale Kuration auf chirurgischem Weg nicht mehr zu erreichen. Im Vordergrund steht dann eine palliative Therapie im Sinne einer Ergussbehandlung mit Pleurodese oder eventueller Pleurektomie und Tumordekortikation. Typisch für diese Tumoren ist ein zunächst regionärer Tumorbefall im kleinen Becken und erst sekundär kommt es zu einer hämatogenen Metastasierung in die Lunge. Aus diesem Grund sollte bei den Patientinnen vor Metastasenresektion an der Lunge ein Tumorbefall im kleinen Becken und Abdominalraum ausgeschlossen sein.

Nierenzellkarzinom

Diese metastasieren bevorzugt in die Lunge. Die Metastasierung ist sowohl hämatogen als auch lymphogen. Das berichtete Fünf-Jahres-Überleben reicht von 21 % (Dernevik et al. 1985) bis auf 60 % (Progrebniak et al. 1992). Bei zuletzt genanntem ist das Überleben nach der Resektion unabhängig von der Anzahl der Metastasen und dem krankheitsfreien Intervall. Im eigenen Krankengut sind die Anzahl der Metastasen, die Länge des metastasenfren Intervalls und der Lymphknotenbefall jeweils signifikante Faktoren (Schirren et al 1998). Da es für diesen Tumor keine suffiziente Alternativtherapiemodalität gibt, ist die komplette Resektion der Lungenmetastasen und eine systematische interlobäre, hiläre und mediastinale Lymphknotendissektion jeweils ein wichtiger Faktor für die potentielle Kuration, die allerdings nur in wenigen Ausnahmefällen möglich ist. Langzeitergebnisse von zehn Jahren zeigen Piltz et al (2002) an 105 Patienten mit 33 % Überleben, Fünf-Jahres-Überlebensrate 40 %. In der multivariaten Analyse sind signifikante Faktoren einer günstigen Prognose die Größe der Metastasen (<4 cm) die komplette Resektion und der Lymphknotenstatus der Primärtumoroperation. Dies zeigt u.a. deutlich, dass in die Bewertung der prognostischen Faktoren der



Status des Primärtumors mit einbezogen werden muss.

Den unbehandelten natürlichen Verlauf des metastasierenden Nierenzellkarzinoms stellt Mekhail et al (2005) vor. 353 unbehandelte metastasierende Nierenzellkarzinome wurden risikofaktorabhängig in geringes Risiko (0-1 Risikofaktor), intermediäres Risiko (2 Risikofaktoren) und schlechtes Risiko (mehr als 2 Risikofaktoren) unterteilt. Das mediane Überleben lag in der Gruppe mit sehr günstiger Risikokonfiguration bei 28,6 Monaten, beim intermediären Risikotyp bei 14,6 Monaten und bei der schlechten Risikokonfiguration bei 4,5 Monaten. Vergleicht man die mediane Überlebenszeit der nicht behandelten mit den operierten Patienten, so erkennt man, dass für den günstigen und intermediären Risikotyp mit der Resektionsbehandlung eine mediane Überlebenszeit im Durchschnitt von doppelt so langer Zeit erreicht werden kann. Diese Arbeit zeigt, welche günstige Prognose mit der Resektionsbehandlung erzielt werden kann gegenüber einer konservativ beobachtenden Therapiehaltung.

Melanome

Die Melanome haben eine besondere biologische Potenz auf ihren Metastasierungswegen. Neben einer pulmonalen Metastasierung zeigen sie auch eine ausgeprägte Metastasierung in andere Organsysteme. Insgesamt ist die Prognose schlecht. Bei den wenigen Patienten, bei denen nur isolierte, pulmonale Metastasen sich zeigen, kann die Prognose günstiger ausfallen. Das Auftreten von multiplen Lungenmetastasen ist mit einer ungünstigen Prognose behaftet (Progrebniak et al 1988). Gorenstein et al (1991) fanden heraus, dass die Fünf-Jahres-Überlebensquote für alle Patienten bei 25 % liegt. Bei 282 Patienten erzielten Leo et al (2000) Fünf- und Zehn-Jahresüberlebensquoten von 22-16 %. Von günstiger prognostischer Bedeutung sind die komplette Resektion, ein metastasenfrees Intervall von mehr als 36 Monaten und die singuläre Metastase. Diese Ergebnisse stehen im Kontrast zu

unseren Erfahrungen mit der Resektion von Lungenmetastasen bei Melanomen.

Keimzelltumoren

Diese metastasieren bevorzugt in die Lungen. Seminomatöse Hodentumoren weisen eine späte pulmonale Metastasierung auf. Bei den nicht seminomatösen, die Elemente von Chorionkarzinomen, embryonalen Karzinomen, Teratokarzinomen und reifen Teratomen enthalten können, tritt dagegen eine frühe (sogenannte synchrone) Metastasierung auf. Bei Frauen leiten sich die Keimzelltumoren vom Chorionepithel ab. Seminome metastasieren bevorzugt über die Lymphknoten, Chorionkarzinome vor allem hämatogen und die übrigen, nicht seminomatösen Tumoren auf beiden Wegen. Durch initiale cisplatinhaltige Kombinationschemotherapie erzielt man bei über 70 % der Patienten eine komplette Remission. Bei den übrigen 30 % der Patienten sollen nach interdisziplinärer Absprache die verbliebenen Residuen in der Lunge operativ beseitigt werden. In den Resektaten dieser Residuen können Nekrosen, Narben, reifes Teratom oder malignes Gewebe dicht nebeneinander liegen. Deshalb ist es wichtig, dass alle sichtbaren und tastbaren Residuen komplett entfernt werden.

Testikuläre Tumoren weisen meist eine multiple Metastasierung der Lungen mit zusätzlichem mediastinalen Lymphknotenbefall auf. Da für diesen Tumortyp eine hoch potente Chemotherapie zur Verfügung steht, trägt die Resektionsbehandlung der Residuen additiven Charakter. Anhand der bildgebenden Verfahren kann im Vorfeld der Resektionsbehandlung nicht immer eindeutig entschieden werden, ob eine vollständige Resektion der pulmonalen und mediastinalen Residuen möglich ist. Deshalb hat das intraoperative Staging mit konsekutiver Festlegung der Operationstaktik hier eine besondere Bedeutung. Das wichtigste Prognosekriterium für die multipel und synchron metastasierenden Hodentumoren ist die komplette Resektion der Residuen im Mediastinum

und in der Lunge (Schirren et al 1998). Bedeutend bei der Residualtumorresektion ist die Differenzierung zwischen Nekrose, reifem Teratom und vitalem, undifferenziertem Karzinom. Rick et al (2004) zeigten an 216 Patienten, dass in 81 % im Residualtumor Nekrose, in 30 % reifes Teratom und in 32 % vitales, undifferenziertes Karzinom gefunden wurde. Letztere Gruppe hat eine signifikant schlechtere Prognose. Die retroperitoneale, mediastinale und pulmonale Residualtumorresektion ist ein wichtiger signifikanter Bestandteil der interdisziplinären Therapie mit kurativem Ansatz.

Tumoren des Kindesalters

Primäre Tumoren des Kindesalters, wie Hepatome, Hepatoblastome, Neuroblastome, Ewing-Sarkome oder Rhabdomyosarkome metastasieren häufig in die Lungen. Es kann aber auch eine Metastasierung in andere Organe stattfinden. Lediglich die Ewing-Sarkome metastasieren ausschließlich in die Lunge. Bei Metastasierung in die verschiedenen Organsysteme ist die Chemotherapie die Therapie der Wahl. Bei der Resektionsbehandlung von Lungenmetastasen muss abgewogen werden zwischen adjuvanter Resektion von Residuen nach initialer Chemotherapie einerseits und andererseits dem Versuch, die Lungenmetastasen durch primäre chirurgische Therapie komplett zu entfernen. Beim Wilms-Tumor beschrieben Green et al (1991), dass sich für die Patienten kein Vorteil ergibt bei der Resektion von Lungenmetastasen im Vergleich zu einer Behandlung mit Chemotherapie und Ganzlungenbestrahlung. In diesen Fällen wird es insgesamt notwendig, die jeweilige Indikation interdisziplinär festzusetzen.

Rezidivierende pulmonale Metastasen

Rezidivierende Lungenmetastasen stellen nicht prinzipiell eine Kontraindikation für eine erneute Resektionsbehandlung dar. Allerdings ist am Einzelfall zu prüfen, ob bei rezidivierenden Metastasen eine erneute systemische Chemotherapie indiziert ist oder aber

die Metastasenresektion als alleinige Therapieoption in Frage kommt.

Prognostische Faktoren

Die aktuelle Datenanalyse der Resektionsergebnisse in unserem prospektiv erhobenen Kollektiv von Lungenmetastasenpatienten führt zu prognostischen Faktoren, die von früher publizierten Ergebnissen abweichen (Probst et al 1991, Vogt-Moykopf et al 1992, Schirren et al 1998).

Wie auch bei Pastorino et al (1997) besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Primärtumorhistologien von Karzinom und Sarkom. Dagegen spielt bei Karzinomen eine weitere Differenzierung in portale und cavale Metastasierung eine untergeordnete Rolle.

Weitere wichtige prognostische Faktoren sind das krankheitsfreie Intervall, die lymphogene Metastasierung, die Anzahl der Metastasen sowie die vollständige Resektion der Metastasen. Der Einfluss der unterschiedlichen prognostischen Faktoren variiert mit der Primärtumorhistologie (Tabelle 5). Eine Literaturübersicht (verändert nach Putnam und Roth 1994) ist in Tabelle 4 dargestellt.

Die Untersuchung der Prognosefaktoren am Gesamtkollektiv, wie z.B. von Pastorino et al (1997) vorgenommen, muss deshalb als weniger sinnvoll erachtet werden. Jede einzelne Tumorentität hat ihre spezifische Kombination von Prognosefaktoren. In der (Tabelle 5) ist der Einfluss der wichtigsten Faktoren für das Überleben exemplarisch für einzelne Primärtumorkollektive dargestellt.

Die komplette Resektion hat sich insgesamt als der wichtigste prognoserelevante Faktor bei der Resektion von Lungenmetastasen herauskristallisiert. Bei den synchronen und multipel in die Lunge metastasierenden Hodentumoren sowie dem Mammakarzinom ist die komplette Resektion sogar der einzige signifikante prognostische Faktor. Die komplette Resektion zeigt eine gewisse Abhängigkeit von der Metastasen-

Tabelle 4

Autor	Jahr	Anzahl der Patienten (n)	Anzahl der Metastasen	TDZ	Komplette Resektion	KFI	Medianes Überleben [Monate]	5-JÜR (10-, 15-JÜR) [%]
Mammakarzinom								
Friedel	2002	467	n.s.		+	> 36 Mo		38 22 (10) 20 (15)
Starren	1992	33				58 Mo		36
Lanza	1992	44		+	> 12 Mo	47 Mo		50
Kolorektales Karzinom								
Girard	1996	86	<2		+	n.s.		60 5 (*)
McCormack	1992	144			+			44 25 (10)
McAfee	1992	139	1		+	n.s.	36	30,5
Briester	1988	66	1			> 24 Mo	42	38
McCormack	1979	35	n.s.			n.s.		22
Osteosarkom								
Bricolli	1999	206	+			+	40	34
Pastorino	1992	102			+			58
Meyer	1987	39	<6		+	n.s.	20	38
Goorin	1984	32	n.s.			> 12 Mo	28	47 (3 Jahre)
Nierenzellkarzinom								
Piltz	2002	105	< 4 cm		+		43	40 33 (10)
Progrebniak	1992	23	n.s.		+	n.s.	> 49	60
Weichteilsarkome								
Van Geel	1996	255			+	> 30 Mo		38
Choong	1995	214	3 2		+	> 18 Mo		40
Levenback	1992	45	n.s.		+	n.s.		43
Putnam	1984	67	< 16	> 20 Tage	+	> 12 Mo	18	10
Melanom								
Leo	2000	282	1		+	> 36 Mo		22 16 (10)
Harpole	1992	98	+		+	+	22	20
Gorenstein	1991	56	n.s.	n.s.	+	n.s.	18	25
Karp	1990	29	n.s.		+	n.s.	11	4,5

Literaturübersicht über prognostische Faktoren in der Lungenmetastasenchirurgie (verändert nach Putnam und Roth 1994)
 TDZ Tumorverdopplungszeit; n Anzahl; KFI krankheitsfreies Intervall, Mo Monate; 5-JÜR 5-Jahres-Überleben; n.s. nicht signifikant; + prognostischer Einfluss; * CEA-Level ³ 5 mg/ml

Tabelle 5

	Geschlecht	Alter	Anzahl Metastasen	KFI	LK-Befall	Komplette Resektion
Hodenkarzinom	-	-	-	-	-	u
Mammakarzinom	-	-	-	-	-	u
Kolorektales Karzinom	-	-	u	-	-	u
Nierenzellkarzinom	-	-	u	m	u	-
Osteosarkom	-	-	-	m	-	-
Weichteilsarkom	-	-	-	-	u	m

Prognostische Faktoren im Kollektiv von 849 an Lungenmetastasen operierten Patienten (Schirren et al.1998)
 - kein signifikanter Einfluss; u univariater Einfluss; m multivariater Einfluss auf das Überleben

anzahl. Am Gesamtkollektiv liegt die kritische Grenze bei acht resezierten Metastasen (Tabelle 6). Erst ab einer Anzahl von neun und mehr resezierten Metastasen finden wir eine signifikant schlechtere Prognose der Patienten (Tabellen 7 und 8), die einhergeht mit einem geringeren Anteil kompletter Metastasektomien. Im Einzelfall, wie beispielsweise beim Nierenzellkarzinom, können allerdings Abweichungen auf-

treten. Mit der Anzahl der Metastasen steigt möglicherweise das Risiko einer Mikrometastasierung.

Prognostische Faktoren müssen in ihrer Wertigkeit noch sehr vorsichtig interpretiert werden. Zum einen sind die bislang vorgestellten Patientenkollektive oft sehr klein, zum anderen kann es zwischen den einzelnen Behandlungszentren große Unterschiede hinsichtlich

Tabelle 6

Metastasenanzahl	1	2 – 8	> 8	Gesamt
Komplett	82,6 %	82,1 %	56,5 %	76,8 %
Inkomplett	17,4 %	17,9 %	43,4 %	23,3 %

Zusammenhang zwischen Anzahl der resezierten Metastasen und Vollständigkeit der Resektion (Schirren et al. 1998)

1 vs. 2 – 8 nicht signifikant; > 8 vs. 1 bzw. 2 – 8 $p < 0,0001$.

Tabelle 7

Primärtumor	n	Med. [Mo]	5-Jahres-Überlebenszeit [%]
Hodenkarzinom	88	n.def.	78,3 ^{***}
Mammakarzinom	50	52,6	46,2
Kolorektales Karzinom	91	50,2	42,1
Nierenzellkarzinom	95	44,0	43,2
Osteosarkom	60	25,7	43,7
Weichteilsarkom	59	45,8	35,0
Melanom	18	21,4	13,0 [*]
Karzinome kaval	326	62,7	51,4
Karzinome portal	93	46,4	41,6
Karzinome	419	54,5	49,3
Sarkome	119	40,4	39,6
Gesamt	542	51,2	47,0

Medianes und Fünf-Jahres-Überleben derjenigen Patienten mit komplett resezierten Lungenmetastasen der (Schirren et al. 1998)

^{*} 3-Jahres-Überleben; ^{**} 4-Jahres-Überleben

Tabelle 8

Metastasenanzahl	1	2 – 8	> 8 [*]
n	242	312	152
1 Jahr	80,5 %	79,8 %	70,0 %
3 Jahre	59,3 %	56,5 %	42,4 %
5 Jahre	46,7 %	42,6 %	31,5 %
Median	48,8 Mo	45,3 Mo	26,2 Mo

Zusammenhang zwischen Anzahl der resezierten Lungenmetastasen und dem Langzeitüberleben (Schirren et al. 1998)

^{*} > 8 vs. 1 bzw. 2 – 8 $p = 0,0013$; 1 vs. 2 – 8 nicht signifikant.

des onkologischen Patientengutes, der Operationsindikation sowie Resektionstechnik geben, was die Aussagekraft von multizentrischen Sammelstatistiken einschränkt. Deshalb lassen sich daraus derzeit keine international gültigen Prognosen oder daraus abgeleitete, allgemein gültige Behandlungsempfehlungen erstellen.

Der Krankheitsverlauf bei einem metastatischem Leiden wird durch eine Vielzahl von Variablen beeinflusst. Sicherlich existieren – neben den bereits erwähnten – weitere prognostische Faktoren, deren Stellenwert zur Zeit noch nicht ausreichend beurteilt werden kann. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang z.B. der Tumormarkerstatus beim Hodentumor, der Hormonrezeptorstatus beim Mammakarzinom, das Tumorigrad beim Weichteilsarkom, eine zusätz-

sammen mit internistischen Onkologen, Pneumologen und Strahlentherapeuten stellt heute ein anerkanntes Therapiekonzept dar. Die Suche nach prognoserelevanten Faktoren ist der Versuch, aus dem Gesamtkollektiv der an Lungenmetastasen erkrankten Patienten diejenigen herauszufinden, die einen maximalen Gewinn durch die Operation erzielen können. Der Vergleich primär tumorabhängiger Prognosefaktoren mit Angaben aus der Literatur ist derzeit noch sehr schwierig, da diese zum Teil nur vereinzelt und in nicht vergleichbaren Analysen vorliegen. Da eine Therapie nur durch den Vergleich mit dem Sontanverlauf der Erkrankung beurteilt werden kann, fehlen bislang prospektive Studien über den natürlichen Verlauf von Patienten mit Lungenmetastasen. Eine Ausnahme stellt die von Mekhail et al (2005) publizierte Arbeit zum Spon-

tanverlauf beim metastasierenden Nierenzellkarzinom dar. Die günstigen Ergebnisse nach Resektionsbehandlung lassen eine prospektive kontrollierte Studie aber auch nicht mehr zu. Kritisch betrachtet ist jedoch zu bedenken, dass die Patienten, die die Kriterien zu einem operativen Eingriff erfüllen, bereits eine selektierte Gruppe darstellen. Ein Überleben von fünf Jahren bedeutet keineswegs immer Heilung. Tatsächlich verbringt eine Vielzahl von Patienten den Rest ihres Lebens unter rezidivierenden Therapiemaßnahmen.

Die Analyse und Kenntnis dieser Faktoren sollte zukünftig eine exaktere Auswahl derjenigen Patienten ermöglichen, die von einer Resektionsbehandlung profitieren könnten.

Zusammenfassung

Die chirurgische Behandlung von Lungenmetastasen im interdisziplinären onkologischen Konzept zu-

tanverlauf beim metastasierenden Nierenzellkarzinom dar. Die günstigen Ergebnisse nach Resektionsbehandlung lassen eine prospektive kontrollierte Studie aber auch nicht mehr zu. Kritisch betrachtet ist jedoch zu bedenken, dass die Patienten, die die Kriterien zu einem operativen Eingriff erfüllen, bereits eine selektierte Gruppe darstellen. Ein Überleben von fünf Jahren bedeutet keineswegs immer Heilung. Tatsächlich verbringt eine Vielzahl von Patienten den Rest ihres Lebens unter rezidivierenden Therapiemaßnahmen.

Die Ergebnisse der Lungenmetastasen-chirurgie sind insgesamt nur schwer miteinander vergleichbar. Die verschiedenen Primärtumorarten, deren unterschiedliche Therapien, Histologie und Grading sowie prä- und postoperative Therapieschemata sind uneinheitliche Parameter und erschweren daher eine vergleichbare Betrachtung. Trotzdem könnten die Ergebnisse der International Registry of Lung Metastases bestätigen, dass die Metastasen-chirurgie an der Lunge ein sicheres und potentiell kuratives Verfahren ist. Dies konnte an 5.206 Fällen in 18 europäischen thoraxchirurgischen Abteilungen und vier Abteilungen in den Vereinigten Staaten von Amerika und Kanada herausgearbeitet werden (Pastorino et al 1997).

Die individuelle Therapieentscheidung muss unter Berücksichtigung prognoserelevanter Faktoren sowie der speziellen Problematik jedes einzelnen Patienten in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit getroffen werden.

Literatur beim Verfasser oder auf der Homepage der LÄK Hessen www.laekh.de

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Schirren
 Direktor der Klinik für
 Thoraxchirurgie
 Dr. Horst Schmidt Klinik
 Ludwig-Erhard-Straße 100
 65199 Wiesbaden



Fragen zur Zertifizierung (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1. Welche Aussage trifft zu?

• Lungenmetastasen Chirurgie darf

- a) ... nur nach vorangegangener Radiotherapie durchgeführt werden.
- b) ... auch als primäre Therapie der Metastasen durchgeführt werden.
- c) ... nur durchgeführt werden, wenn im Anschluss eine Chemo- und/oder Radiotherapie erfolgt.
- d) ... nur nach vorangegangener Chemotherapie durchgeführt werden.
- e) ... nur nach vorangegangener Chemo-Radiotherapie durchgeführt werden.

? 2. Welche Aussage trifft zu?

• Vor einer Resektion von Lungenmetastasen mit potentiell kurativer Intention muss (müssen) ...

- a) ... nur eine Untersuchung zur allgemeinen Operationsfähigkeit erfolgen
- b) ... nur ein Lokalrezidiv des Primärtumors ausgeschlossen werden.
- c) ... nur eine klinische Untersuchung erfolgen.
- d) ... ein komplettes Re-Staging erfolgen.
- e) ... nur Metastasen in anderen Organen ausgeschlossen werden.

? 3. Welche Aussage trifft zu?

• Lungenmetastasen sollten nur reseziert werden, wenn ...

- a) ... nur eine einzige Metastase in der Lunge vorhanden ist.
- b) ... multiple Metastasen vorliegen.
- c) ... auch andere Organe metastatisch befallen sind.
- d) ... zusätzlich resezierbare Metastasen in der Leber nachgewiesen sind.
- e) ... entweder keine weiteren Organe metastatisch befallen sind, oder Metastasen in anderen Organen ebenfalls resektabel sind.

? 4. Welche Aussage trifft zu?

• Der Zugangsweg in der thorakalen Metastasen Chirurgie ...

- a) ... ist idealerweise die videothorakoskopische Operation (VATS).

b) ... ist immer die mediane Sternotomie.

c) ... ist niemals eine einseitige laterale Thorakotomie.

d) ... richtet sich nach Lage und Anzahl der Metastasen.

e) ... ist bei Rezidivmetastasen in der Regel die mediane Sternotomie.

? 5. Welche Aussage trifft zu?

• Mediastinale Lymphknotenmetastasen bei Lungenmetastasen ...

a) ... stellen keine Kontraindikation für die Metastasenresektion dar.

b) ... haben keinen Einfluss auf die Prognose.

c) ... müssen nicht mitreseziert werden.

d) ... treten bei den unterschiedlichen Primärtumoren gleichhäufig auf.

e) ... stellen eine Indikation zum videothorakoskopischen (VATS) Vorgehen dar.

? 6. Welche Aussage trifft NICHT zu?

• Beim solitären Rundherd und bekanntem Primärtumor ...

a) ... kann es sich auch um ein primäres Lungenkarzinom handeln.

b) ... kann es sich auch um einen gutartigen Tumor handeln.

c) ... sollte die Resektion zur histologischen Klärung erfolgen.

d) ... ist auch ein entzündlicher Prozess differentialdiagnostisch zu erwägen.

e) ... darf erst nach Auftreten eines weiteren Herdes operiert werden.

? 7. Welche präoperative Untersuchung ist

vor einer thorakalen Metastasenresektion nicht unbedingt erforderlich?

a) Körperliche Untersuchung.

b) CT-Thorax.

c) Lungenfunktion.

d) Fachärztliche Untersuchung der Primärtumoregion.

e) PET.

? 8. Welche Aussage trifft zu?

a) Bilaterale Metastasen haben eine wesentlich schlechtere Prognose als unilaterale.

b) Die Langzeitprognose ist unabhängig von der Art des Primärtumors.

c) Die Anzahl der Metastasen hat Einfluss auf die Rate der kompletten Resektion und damit auch auf die Langzeitprognose.

d) Ein langes krankheitsfreies Intervall verbessert die Prognose nicht.

e) Die Resektion von Rezidivmetastasen verschlechtert die Prognose erheblich.

? 9. Welche Aussage trifft NICHT zu?

Die videothorakoskopische Resektion (VATS) von Lungenmetastasen ...

a) ... ist heutzutage das zu bevorzugende operative Vorgehen.

b) ... kann in Einzelfällen unter Berücksichtigung und Hinweis auf die Nachteile (fehlende palpierende Hand des Operateurs) vorgenommen werden.

c) ... spielt heutzutage eine untergeordnete Rolle in der Metastasen Chirurgie.

d) ... ist bei zentralem Sitz der Metastasen kontraindiziert.

e) ... ist bei Rezidiveingriffen wegen der zu erwartenden pleuralen Verwachsungen in der Regel nicht indiziert.

? 10. Welche Aussage trifft NICHT zu?

Die komplette Entfernung von Lungenmetastasen (R0-Resektion) ...

a) ... ist als Prognosefaktor unerheblich.

b) ... sollte stets das Ziel der potentiell kurativen Metastasen Chirurgie sein.

c) ... ist einer der bedeutendsten bisher nachgewiesenen prognostischen Faktoren.

d) ... schließt eine Rezidivmetastasierung nicht aus.

e) ... kann über verschiedene Zugangswege erreicht werden.

Personalisierte Medizin? – Zum Versprechen der Nanomedizintechnik

Alfred Nordmann

Nanotechnologie und Medizin

Eine verwirrende Vielfalt gegenwärtiger und zukünftiger Forschungen wird mit „Nanotechnologie“ in Zusammenhang gebracht. Gemeinsam ist ihnen nur, dass sie sich mit großen und kleinen Dingen beschäftigen, bei denen relevante Maße im Bereich von 1 bis 100 Nanometern (10^{-9} bis 10^{-7} Metern) liegen, also in der Größenordnung von DNS-Molekülen oder Viren. Strengere Definitionen verlangen, dass sich die Nanoforschung auf die wissenschaftliche Untersuchung und technische Nutzung von neuen Eigenschaften beschränkt, die größenabhängig spezifisch im Nanobereich auftreten: Ein Kilogramm Gold hat die gleichen chemischen Eigenschaften wie ein hundertstel Gramm, aber ein Nanopartikel Gold hat überraschend andere Eigenschaften – und auf ihrer Grundlage kann nun vielleicht die Nanotechnologie entstehen.

Es gibt bereits medizinische Anwendungen der Nanotechnologie, andere lassen sich mehr oder weniger spekulativ denken. Von besseren Materialeigenschaften profitieren Implantate, beispielsweise künstliche Hüften. Nanostrukturierte Oberflächen ermöglichen Zellwachstum und können daher als Gerüst für die gezielte Gewebezüchtung dienen. Natürlich profitieren diagnostische Instrumente, Herzschrittmacher und andere Geräte von der nanotechnisch ermöglichten weiteren Miniaturisierung. Nanopartikuläre Wirkstoffe können in Zellen eindringen und womöglich die Blut-Gehirn-Schranke durchqueren. In Tumoren injizierte Nanopartikel lassen sich von außen elektromagnetisch oder durch ultraviolette Licht erregen und zerstören Tumorzellen durch ihre so erzeugte Erwärmung. Nicht wirklich absehbar ist die Entschlackung von Arterien durch nanoskalige Roboter, während sich die Vorstellung von U-Booten oder künstlichen Viren zur Bekämpfung von Krankheitserregern weiterhin großer Beliebtheit erfreut. Nanotechnologie ist aber auch, wenn rote Blutkörperchen dem Körper entnommen und so präpariert werden, dass sie nanopartikuläre Wirkstoffe in sich aufnehmen. Wenn sie dem Körper wieder zugeführt werden und irgendwann absterben, erlauben sie eine wirksame Dosierung in kleinsten Mengen.

Als allgemeine Einführung in die Nanotechnologie empfiehlt sich das Buch von Niels Boeing: **Alles Nano?! Die Technik des 21. Jahrhunderts** (Berlin: Rowohlt, 2006). Eine Sammlung von Aufsätzen zu philosophischen, ethischen und gesellschaftlichen Dimensionen auch der Nanomedizin wurde von Alfred Nordmann, Joachim Schummer und Astrid Schwarz herausgegeben: **Nanotechnologien im Kontext** (Berlin: Akademische Verlagsanstalt, 2006).

„Personalized medicine“ – dieses Schlagwort zielt auf den Patienten als Person, erinnert an ganzheitliche Ansätze in der Medizin und setzt sich von der so genannten Apparatedizin ab. So klingt es jedenfalls. Nun ist es in letzter Zeit aber gerade die Nanomedizintechnik,

die das Programm einer personalisierten Medizin verfolgt. Nicht die Berücksichtigung biographisch-gesellschaftlicher Aspekte in einer umfassenden Arzt-Patient Beziehung ist dabei gemeint, sondern die am individuellen Genom orientierte Diagnose und Thera-

pie. Auch gemeint ist die Echtzeit-Beobachtung tausender Blutwerte oder zellulärer Prozesse in individuellen Körpern (Stichwort: „lab-on-a-chip“), gefolgt durch eine auf diesen Befund spezifisch abgestimmte Wirkstoffsynthese („customized drug design“) und die gezielte Verabreichung genau an den betroffenen Zellen („targeted drug delivery“). Wer sich dieses Programm vor Augen führt, wird zunächst wissen wollen, wie glaubwürdig oder realistisch es überhaupt ist. Andere werden den Sinn dieser Entwicklung in Frage stellen: Wie wünschenswert ist eine so hoch spezialisierte Diagnostik und Therapie angesichts größerer Probleme wie den Infektionskrankheiten in der unterentwickelten Welt und der Fettleibigkeit in der überentwickelten? Drittens muss aber nachgefragt werden, was es eigentlich bedeutet, dass sich dieses Programm als „personalized medicine“ ausgibt und nicht etwa richtiger als „individualisierte Medizin“. Dieser letzten Frage nach der Rhetorik der Nanomedizintechnik und verwandter Unternehmungen will ich hier nachgehen.

Der Vorzug der Redeweise liegt auf der Hand. Unter der Überschrift einer personalisierten Medizin lassen sich Ärzte und Patienten, Wissenschaftler und Techniker, Gesundheitspolitiker und Geldgeber versammeln. Solcher Bündnisse bedarf es, um langfristige medizinisch-technische Forschungsprogramme zu sichern. Für diesen Zweck nimmt sich das vage Versprechen einer personalisierten und nicht nur individualisierten Medizin geradezu harmlos aus – im Gegensatz etwa zum konkreten Versprechen des US-amerikanischen National Cancer Institute, „to eliminate death and suffering from cancer“ bis zum Jahr 2015. Ganz harmlos allerdings ist die Rede von einer tiefgreifend technisierten „per-

sonalized medicine“ nicht. Es gibt schließlich bereits eine umfassende Debatte um die angemessene Verortung der Person in den institutionellen, wissenschaftlichen und therapeutischen Zusammenhängen der Medizin. Diese Debatte wird durch die „personalisierte Nanomedizintechnik“ angeeignet, zweckentfremdet, geradezu unterminiert zugunsten einer fast schrankenlosen Wissenschafts- und Technikgläubigkeit. Derartige Aneignungen finden immer wieder statt und sind darum nicht weniger fragwürdig. In einem ähnlich gelagerten Fall soll derzeit die Debatte um ganzheitliche Medizin auf das technische Feld der Systembiologie verlagert werden, wobei die Systembiologie das „ganzheitliche“ Verständnis des menschlichen Körpers auf ein physiologisches Gesamtmodell zu reduzieren sucht.

Es mag strategisch sinnvoll sein, mit Hilfe zugkräftiger Begriffe forschungspolitische Bündnisse zu schmieden. Spätestens aber wenn diese Bündnisse erfolgreich gewirkt und entsprechende Förderprogramme initiiert haben, muss wieder auseinander dividiert werden, was unhinterfragt vermengt wurde. Nur so können wir uns vor falschen Erwartungen schützen, echte Handlungsoptionen kenntlich machen und das Versprechen beispielsweise der Nanomedizintechnik richtig einschätzen. An einem Beispiel möchte ich dieses Wechselspiel aufzeigen und zunächst die begriffliche Vermengung verschiedener Vorstellungen verdeutlichen, um dann den praktischen Nutzen ihrer Differenzierung vorzuführen. Im Juni 2004 erschien ein europäischer Bericht über Nutzen und Risiken, ethische, rechtliche und soziale Aspekte der Nanotechnologie (www.nanoforum.org). Was dieser Bericht speziell über medizinische Anwendungen sagt, ist keineswegs untypisch und kann darum als Ausgangspunkt dienen:

Den Patienten wird diese nahe am Patienten orientierte [„lab-on-a-chip“] Diagnostik eine optimierte Therapie mit weniger medikamentösen Nebenwirkungen ermöglichen. Die gezielte oder personalisierte Medizin re-

duziert Medikamentenkonsum und Therapiekosten und bewirkt somit einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen durch Kostenreduktion in öffentlichen Gesundheitssystemen. [...] Sowohl die Gesamtverabreichung von Medikamenten wie auch ihre Nebenwirkungen können wesentlich gemindert werden, wenn die Wirkstoffe nur in den befallenen Regionen deponiert werden und dort nur in der nötigen Dosierung. Dieser höchst selektive Ansatz reduziert Kosten und menschliches Leiden.

Hier wird das Versprechen einer besonders effizienten Medizin formuliert. Auch wenn sich Ärzte und Patienten einerseits, Wissenschaftler andererseits und drittens Gesundheitspolitiker jeweils etwas anderes unter Effizienz vorstellen, werden alle drei Personengruppen gleichzeitig angesprochen. Ärzten und Patienten wird eine effizientere Behandlungsmethode angekündigt, die in geringer Dosierung, gezielter Verabreichung, weniger Nebeneffekten, maximaler Ausnutzung des Wirkstoffs und Minimierung des Eingriffs besteht. Somit kann die Nanotechnik Ärzten helfen, das Leiden der Patienten zu reduzieren und mittels ihrer Verschreibungen nicht etwa selbst Schaden zu verursachen. An die Wissenschaft appelliert das Versprechen auf ganz anderer Ebene. Effizient soll die Nanomedizintechnik darum sein, weil sie Erkrankungen an ihrer biochemischen Wurzel packt. Hier geht es um Verstehen und technische Kontrolle auf molekularer und zellulärer Ebene, was dem klassisch naturwissenschaftlichen Impuls entgegenkommt, Krankheit und Gesundheit auf physiologische Fragen zu reduzieren. Ein drittes Effizienzversprechen wird Gesundheitspolitikern gemacht, dass nämlich genauere Diagnostik und weniger Redundanz zu sparsameren, also kostengünstigeren Behandlungsmethoden führt. Die Nanomedizintechnik bietet somit die dringend benötigte Antwort auf steigende Gesundheitskosten. Es bedarf keiner genauen Analyse, um der Spannungen zwischen all diesen Ver-

sprechen gewahr zu werden. Es kann mit erheblichen Kostensenkungen verbunden sein, wenn beispielsweise Diabetiker symptomatische Blutwerte mit einfachen instrumentellen Verfahren selbst erheben und sich dem entsprechend auch selbst behandeln können. Hier fällt erhöhte individuelle Lebensqualität tatsächlich mit einem gesamtgesellschaftlichen Nutzen zusammen, weil eine Vereinfachung der Verfahren erreicht wurde. Wenn aber die Diagnostik auf die individuelle Konstellation zahlreicher Messungen und womöglich auf das Genom der Patienten zielt, wenn Medikamente spezifisch auf befallene Zellen abgestimmt werden, dann klingt das keineswegs nach Vereinfachung oder Kostenersparnis. Die Behandlung bliebe bei allem wissenschaftlich-technischen Einsatz weiterhin symptomatisch, nur sehr vieler lokaler auf isolierbare zelluläre Prozesse beschränkt.

Nun können alle angesprochenen Personengruppen, aber auch das Forschungsprogramm „Nanomedizintechnik“ selbst geradezu befreit werden, wenn die enge Verstrickung dieser verschiedenen Effizienzversprechen aufgelöst wird. So ist der Gesundheitspolitik mit falschen Erwartungen auf Kostenreduktion durch Forschungsinvestitionen nicht geholfen. Besser wäre ein explizites Bekenntnis auch zu einer kostenintensiven Medizin als positivem Wirtschaftsfaktor. Die Nanomedizintechnik kann ihr kreatives Potential nur in einem therapieintensiven Zusammenhang entfalten. In dieser Hinsicht gleichen sich stärker individualisierte Diagnostik, die vom Patienten selbst dosierte Verabreichung von Medikamenten oder etwa eine sehr viel besser im Körper integrierte, intelligente und sensible Prothetik: Patienten, Physiotherapeuten, Psychologen, Ärzte müssen zusammenarbeiten, um die neuen technischen Möglichkeiten in jedem Einzelfall wirklich verfügbar zu machen. Rahmenbedingung für die fruchtbare Entwicklung der Nanomedizintechnik ist somit ein klares Verständnis des gesellschaftlichen Nutzens, des Kosten- und Wirtschaftsfaktors Nanotechnologie in einem europäischen

Wirtschaftsmodell. Die medizinisch begrüßenswerte Entwicklung der „künstlichen Hand“ wird dort vermutlich scheitern, wo sie entweder zu Kostenersparnis im Gesundheitswesen oder gar zu marktwirtschaftlich ertragreichen Massenkonsumgütern führen soll.

Auch die medizinische Praxis wird erleichtert, wenn sie aus dem geradezu bedrohlichen Zusammenhalt der verschiedenen Effizienzversprechen befreit wird. Die Bedrohung verbirgt sich in der Vorstellung, dass die Nanomedizintechnik so oder so kommt, dass alles anders wird und die medizinische Praxis sich nurmehr auf die Veränderungen einstellen muss. Hier wird ein Innovationsschub heraufbeschworen, also die Entwicklung technischer Angebote („technology push“), denen wir uns nicht entziehen können. Im Zuge dieser Veränderungen soll beispielsweise die personalisierte Medizin gerade das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patienten überflüssig machen, weitgehend auch das Krankenhaus als eine soziale Einrichtung, in der das Individuum Zuwendung und Wertschätzung erfährt. Dies bedeutet nicht nur, dass sich die angeblich kostensparende personalisierte Medizin eines mächtigen und letztlich kostengünstigen Placeboeffekts beraubt, insofern nämlich die ärztliche Betreuung an sich schon heilsam ist. Es bedeutet vor allem den Verzicht auf kreative Gestaltung der Nanomedizintechnik nach den Bedürfnissen von Ärzten und Patienten. Anstatt den stereotyp auf Effizienz orientierten Innovationsschub abzuwarten, sollte dem „technology push“ ein „demand pull“, dem Angebot eine spezifische Nachfrage entgegengesetzt werden. Natürlich lässt die Kombination von Nano- und Mikrotechnologie eine engere Vernetzung von Patientendaten erwarten, die es automatisierten Expertensystemen ermöglicht, gesundheitliche Krisen früher zu identifizieren und die richtige Hilfe zu rufen. Neben dieser langweiligen, weil so leicht vorhersehbaren Entwicklung, lassen sich aber auch multifunktionale Systeme vorstellen, die den

Patienten keine Entscheidungen abnehmen, sondern neue Möglichkeiten der Kommunikation und Eigenverantwortung an der Schnittstelle von Diät, „Fitness“, Gesundheit, ärztlicher Betreuung eröffnen. Letztere Systeme lassen sich aber nur entdecken und erfinden, wenn uns die technische Entwicklung nicht schon nach dem Schema der Effizienz vorgezeichnet wird.

Drittens profitiert auch die medizinische Forschung, wenn sie nicht ganz in den Bann der Nanotechnologie gerät. Zu einseitig ist nämlich die reduktionistische Vorstellung, dass die Nanomedizintechnik das Problem von Krankheit und Gesundheit an der zellulären oder molekularen Wurzel packt. Dies ist nicht nur eine Frage der Weltanschauung. Zahlreiche wissenschaftliche Einsichten der letzten Jahrzehnte weisen Grenzen des Reduktionismus nach. Stichworte hierfür sind evolutionäre Medizin und Anthropologie, zelluläre Umwelteinflüsse auf eine nicht allein von den Genen gesteuerte Proteinsynthese, von Kommunikation und Sprachgebrauch ausgehende Bewusstseinstheorien und natürlich alles, was die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit und Gesundheit betrifft. Auch wer das heuristische Potential der Nanotechnologie nutzen will, darf diese anti-reduktionistischen

Einsichten nicht verdrängen. Nanotechnische Forschung muss daher mit sozialwissenschaftlichen Ansätzen verbunden werden, wie auch die Suche nach nanomedizintechnischen Lösungen in einen vorurteilsfreien Wettbewerb mit politischen Optionen oder der Einflussnahme auf kulturelle Verhaltensmuster treten sollte. Sicher lassen sich in den Körper integrierte Expertensysteme denken, die dem Problem der Fettleibigkeit Einhalt gebieten. Und doch will es uns scheinen, dass die Suche nach alternativen, politisch und kulturell vertretbaren Umgangsweisen mit diesem Problem noch längst nicht erschöpft sind. Nur wenn sich Politik, Medizin und Forschung nicht auf ein gemeinsames Effizienzversprechen ein schwören, sondern ihre ganz unterschiedlichen Probleme und Interessen in die Technikentwicklung einbringen, wird die Nanomedizintechnik ihr kreatives Potential entfalten. Was wir dann zu sehen bekommen, wird vielleicht eine weniger spektakuläre, dafür umso einfallreichere Nanotechnologie sein.

Anschrift des Verfassers

*Professor Alfred Nordmann
Institut für Philosophie
Technische Universität Darmstadt
nordmann@phil.tu-darmstadt.de*

ANZEIGE

EHLERT

RECHTSANWÄLTE

Uwe Ehlert

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Sozialrecht

Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit

Vertragsarztrecht

ist meine Spezialisierung

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung
Arzneimittelregresse
Zulassungsverfahren

Plausibilitätsprüfungen
Disziplinarverfahren
Abgabe / Übernahme einer Praxis

Frankfurter Str. 219 · 35398 Gießen
Tel. 0641/25036-0 · Fax. 0641/2503620
www.ehlert-rechtsanwaelte.de

Das Mitarbeitergespräch – wichtiger Bestandteil der neuen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Dr. med. S. Trittmacher, Dr. med. K. Borchers

Auf dem 106. Deutschen Ärztetag in Köln wurde im März 2003 die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für Ärztinnen und Ärzte verabschiedet, die mittlerweile in nahezu allen Bundesländern umgesetzt wurde. In fünf Bundesländern wird die neue Weiterbildungsordnung Anfang 2006 in Kraft treten. Eine wesentliche Neuerung in der Facharztweiterbildung findet sich in § 8 der MWBO, der die Dokumentation der Weiterbildung behandelt. Hier heißt es, dass zukünftig Mitarbeitergespräche nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes, mindestens jedoch einmal jährlich zu führen sind. Dieses Mitarbeitergespräch muss dokumentiert und bei der Anmeldung zur Facharztprüfung den Zeugnisanlagen beigelegt werden. Dabei ist der Inhalt des Mitarbeitergespräches grundsätzlich vertraulich. Im Streitfall kann die Landesärztekammer jedoch Einsicht verlangen.

Mitarbeiterentwicklung ist ohne Erfolgskontrollen nicht möglich!

Jeder Mensch braucht bei seiner Arbeit persönliche Wertschätzung und Anerkennung von Leistungen durch Vorgesetzte und Teamkollegen. Aufgabe von Führungskräften ist es, durch systematische und geplante Erfolgskontrollen die gezielte Weiterentwicklung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu fördern. Hierfür sind strukturierte Mitarbeitergespräche notwendig.

Das Mitarbeitergespräch ist ein wichtiges Instrument der Mitarbeiterführung im Rahmen der Facharztweiterbildung. Vorrangige Ziele sind die Dokumentation der Weiterbildung, das frühzeitige Erkennen möglicher Optimierungspotentiale und – sofern solche erkannt werden – deren Entwicklung. Bisher wurden Weiterbildungszeugnisse, in denen auch die fachliche Eignung für ein bestimmtes Gebiet ausgesprochen wird, am Ende der Facharztweiterbildung ausgestellt. Oftmals wurde erst bei dieser Gelegenheit festgestellt, dass nicht alle Weiterbildungsinhalte vermittelt wurden, so dass sich unnötigerweise die Weiterbildungszeit verlängerte oder, schlimmer noch, das Weiterbildungszeugnis den Bedürfnissen angepasst wurde. Regelmäßige Mitarbeitergespräche bieten dem gegenüber den Vorteil, dass prospektiv gehandelt werden kann: Die Dokumentation des Leistungsfortschrittes offenbart eventuelle Lücken frühzeitig, so dass ohne Verzögerung gegengesteuert werden kann.

Für die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten soll durch die Dokumentation von Weiterbildungsabschnitten die Weiterbildungszeit überschaubar und berechenbar werden. Auch wird ihnen grundsätzlich ein Instrument an

die Hand gegeben, Weiterbildungsstätten in dieser Hinsicht miteinander vergleichen zu können.

Die guten Absichten lassen sich jedoch bei zunehmendem Ressourcenmangel (Zeit und Personal) sowie dem Paradigma der kurzen Patientenliegezeiten nicht immer einfach umsetzen. Dennoch lohnt es sich, diese Aufgabe in Angriff zu nehmen, denn eine strukturierte und dokumentierte Weiterbildung bringt für alle Beteiligten Vorteile (siehe Tabelle unten).

Damit das Instrument des Mitarbeitergespräches wirksam eingesetzt werden kann, müssen an den Weiterbildungsstätten entsprechende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Für das entsprechende Gebiet muss ein Curriculum existieren, das Weiterbildungsabschnitte definiert und anhand dessen ein fachspezifisches Kompetenzraster entwickelt werden kann.

Vorteile für die Weiterbildungsassistentin und den Weiterbildungsassistenten	Vorteile für die Weiterbildungsbefugte und den Weiterbildungsbefugten
<ul style="list-style-type: none"> • überschaubare und berechenbare Weiterbildung • Objektivierung der Weiterbildung und der eigenen Arbeitsleistung • Einbindung in die Organisation und die Verantwortlichkeiten • Arbeitszufriedenheit • es werden Kennzahlen, die als Grundlage einer leistungsabhängigen Bezahlung dienen können, entwickelt 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeiterbindung • Transparenz der Weiterbildung • die Objektivierung der Weiterbildung ist ein Qualitätskriterium für den jährlichen Qualitätsbericht • haftungsrechtliche Gründe: der/die leitende Arzt/Ärztin kann nachweisen, dass er/sie alles für eine sach- und fachgerechte Weiterbildung getan hat

- Eine kriteriale Überprüfung des Erfolges muss gewährleistet sein.
- Der Wille, ausschließlich hierarchische Führungsstrukturen in eine angemessene Organisationskultur zu überführen, muss vorhanden sein.
- Für Weiterbildung muss ausreichend Zeit und Personal zur Verfügung stehen.

Weiterbildungszeiten sind Mindestweiterbildungszeiten, d.h. selbst die klügsten und protegiertesten Ärztinnen und Ärzte müssen diese Mindestzeit absolvieren, um zur Prüfung zugelassen zu werden. Unter ausschließlicher Beachtung der Mindestweiterbildungszeiten ist aber noch nicht garantiert, dass in dieser Zeit auch alle Weiterbildungsinhalte vermittelt wurden, so dass sich die Weiterbildungszeit unter Umständen verlängert. Ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum kann daher die Basis für die Einführung eines sinnvollen und gerechten Rotationsplanes sein. Neben Fachkompetenzen sollen in der ärztlichen Weiterbildung auch personale und soziale Kompetenzen vermittelt werden.

Fachspezifische Kompetenzen erleichtern die Durchführung des strukturierten Mitarbeitergesprächs

Führungsaufgaben sind für viele Ärzte immer noch ein lästiger „Nebenjob“. In der Regel wird die fachliche Kompetenz im Klinikalltag erworben und durch interne und externe Fortbildungsmaßnahmen fundiert. Im Gegensatz dazu ist der Erwerb von Managementkompetenz im mittelbaren und unmittelbaren medizinischen Bereich vorwiegend der individuellen Organisation überlassen. Diese Systemfalle droht leitenden Ärzten und Ärztinnen immer wieder, die als exzellente Kliniker alles selbst ausführen und dabei die Anleitung der nachgeordneten Ärzte und Ärztinnen nicht im Blick haben.

In ihren Ausführungen weist Kirchner (1) Kernkompetenzen aus, die als Kriterien für ein Mitarbeitergespräch dienen können:

Ausgewählte Kompetenzen	Dr. Meyer-Supergut	Dr. Meyer-Mittelmäßig	Dr. Meyer-Überfordert
Fachkompetenz <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von Fachkenntnissen • Richtlinien • Sorgfalt • Genauigkeit • Zuverlässigkeit 	umfassende Fachgebietskenntnisse, beherrscht die Operationen A, B, C ist sehr sorgfältig, akkurat geführte Patientenakten, zuverlässig und zielstrebig	Grundkenntnisse über das Fachgebiet, führt Operationen A, B, C noch etwas unsicher aus, ist sorgfältig, lückenhafte Patientendokumentationen, zuverlässig, aber wenig zielstrebig	Lückenhafte Kenntnisse über sein Fachgebiet, hat während der Operationen A, B, C nicht immer den Überblick, ist wenig sorgfältig, fehlerhafte Patientendokumentation, unzuverlässig
Personale Kompetenz Arbeitseinsatz <ul style="list-style-type: none"> • Intensität • Wirksamkeit • Selbstständigkeit • Kostenbewusstsein Arbeitsverhalten <ul style="list-style-type: none"> • Überblick • Beweglichkeit • setzt Prioritäten 	Lässt sich bei der Arbeit nicht ablenken, kontrolliert die Wirksamkeit des eigenen Tuns, arbeitet selbstständig und kostenbewusst, guter Überblick über anstehende Arbeiten, Flexibilität im Umgang mit Patienten- und Kollegewünschen	Lässt sich bei ihrer Arbeit selten ablenken, kontrolliert manchmal die Wirksamkeit des eigenen Tuns, arbeitet teilweise selbstständig, geringes Kostenbewusstsein, hat nicht immer den Überblick über anstehende Arbeiten, Flexibilität im Umgang mit Patienten- und Kollegewünschen	Leicht ablenkbar, setzt keine Prioritäten, kontrolliert nicht die Wirksamkeit des eigenen Tuns, unselbstständig, kein Kostenbewusstsein, verliert schnell den Überblick über anstehende Arbeiten, unflexibel im Umgang mit Patienten- und Kollegewünschen
Soziale Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit • Informationsaustausch • Überzeugungs-fähigkeit 	Verhält sich fair gegenüber Kollegen, übt konstruktive Kritik, vermittelt in angespannten Situationen	Verhält sich Kollegen gegenüber nicht immer fair, übt destruktive Kritik, verschärft Konflikte in angespannten Situationen	Verhält sich Kollegen gegenüber wenig freundlich, fordert massive Unterstützung von Teamkollegen, reagiert mit Hilflosigkeit in angespannten Situationen

Tabell: Kernkompetenzen nach Kirchner, die als Kriterien für ein Mitarbeitergespräch dienen können

Anhand der Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung sind leitende Ärzte und Ärztinnen der jeweiligen Fachdisziplin aufgefordert, ein fachspezifisches Kompetenzraster sowie Kernkompetenzen in Abhängigkeit der Weiterbildungszeit zu definieren.

„Das Mitarbeitergespräch in der fachärztlichen Weiterbildung beinhaltet zwei

wesentliche Intentionen, die als Zielvereinbarungs- und Beurteilungsgespräch differenziert werden müssen“ schreibt Kirchner: Im Zielvereinbarungsgespräch werden die Arbeits- und Leistungsanforderungen aus dem Curriculum besprochen und festgelegt, während im Beurteilungsgespräch geprüft wird, ob die vereinbarten Weiterbildungsziele erreicht worden sind.



Mit der Notwendigkeit der Dokumentation von Mitarbeitergesprächen in der fachärztlichen Weiterbildung wurde ein wichtiges Instrument der Mitarbeiterführung in die Weiterbildungsordnung aufgenommen, welches auch einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausorganisation kennzeichnet. Ausschließlich auf hierarchische Führungsstrukturen setzende Krankenhausorganisationen nutzen das vielfältige Potential

ihrer Mitarbeiter nicht. Das Kapital erfolgreicher Kliniken sind jedoch die Mitarbeiter, die im Kontakt mit Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzten und Ärztinnen das Image des Hauses prägen.

Literatur

Kirchner, H.: Tools zur Mitarbeiterführung. In: Börchers, Kirchner, Trittmacher (Hrsg): Den Chefessel im Visier - Füh-

rungsstrategien für Ärztinnen, Thieme Verlag, geplante Erscheinung Juni 2006

Weitere Literatur bei den Verfasserinnen

Korrespondenzadresse

Dr. Susan Trittmacher
Ginnheimer Straße 25
60487 Frankfurt

Unterstützung der Arztpraxis beim Qualitätsmanagement

Neuer Kurs „Qualitätsmanagement“ für Arzthelfer/innen in der Carl-Oelemann-Schule

Am 19. Mai 2006 startet der 120-stündige Qualifizierungslehrgang „Qualitätsmanagement“ für Arzthelfer/innen an der Carl-Oelemann-Schule im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer.

Qualitätsmanagement soll zum Nutzen für die Patienten und zur Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Arztpraxis eingeführt und weiterentwickelt werden. In dem neuen, speziell auf die Bedürfnisse des QM in Arztpraxen ausgerichteten Qualifizierungslehrgang werden Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, die es der Arzthelferin/dem Arzthelfer ermöglichen, die Praxisleitung bei der Einführung und Weiterentwicklung eines QM-Systems gezielt zu unterstützen und dabei neue, verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen. Der Lehrgang ist neutral und verfahrensunabhängig konzipiert, d.h. die vermittelten Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten können in jedem der marktüblichen QM-Verfahren eingesetzt werden.

Auf den Grundlagen des QM aufbauend, werden Methoden und Werkzeuge für

ein qualifiziertes Praxismanagement vermittelt. Neben der Prozessanalyse trainieren die Teilnehmer/innen die Entwicklung und Nutzung von Werkzeugen und Hilfsmitteln (z.B. Checklisten, Arbeitsanweisungen, Verfahrensanweisungen). Geübt werden Moderationstechniken sowie Vorbereitung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung als wichtige Informationsquelle für die Praxis. Durch die Vorstellung marktüblicher Modelle von Qualitätsmanagementsystemen sollen die Teilnehmer/innen die unterschiedlichen QM-Verfahren sowie Kriterien kennenlernen, die die Auswahl eines für die jeweilige Praxis geeigneten QM-Verfahrens erleichtern können. Grundlagen und Techniken der Kommunikation, Wahrnehmung und Motivation von Patienten und Dritten sowie Beschwerde- und Konfliktmanagement als unverzichtbare Bestandteile eines qualifizierten QM-Systems, werden in der Fortbildung trainiert.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer sowie

eine mindestens zweijährige Berufserfahrung sind Teilnahmevoraussetzungen. Die Fortbildung beinhaltet eine Hausarbeit, eine fachpraktische Übung sowie ein abschließendes Kolloquium und wird mit einem Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Hessen bestätigt. Der Lehrgang wird als Wahlteil der Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer anerkannt.

Der Lehrgang findet ganztägig jeweils Freitag und Samstag an insgesamt acht Wochenenden statt und endet am 16. Dezember d.J. Die Module 1 bis 3 kosten je 375,00 Euro Modul 4 kostet einschl. Kolloquium 420,00 Euro.

Weitere Informationen können im Internet unter www.carl-oelemann-schule.de abgerufen oder telefonisch über Monika Kinscher: 06032 782-187 angefordert werden.

Jutta Beletes

Ausgabe Juni 2006: 5. Mai 2006 · Ausgabe Juli 2006: 6. Juni 2006

10 Jahre Kurse „Ärztliches Qualitätsmanagement“ in Hessen

Susanne Köhler, Liina Baumann, Roland Kaiser

Zusammenfassung

Seit 1997 bieten die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gemeinsam Kurse zum „Ärztlichen Qualitätsmanagement“ (ÄQM) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer an, und seit 1. November 2005 gibt es in der hessischen Weiterbildungsordnung auch die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“. 222 Ärztinnen und Ärzte haben bisher einen ÄQM-Kurs in Hes-

sen besucht. Im Rahmen einer bundesweiten Evaluation wurden von uns 156 Teilnehmer der Jahre 1997-2004 zu dieser Fortbildung retrospektiv schriftlich befragt, von denen die Hälfte antworteten. 28 % der Befragten waren Ärztinnen, 25 % niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Als häufigste Gründe für die Teilnahme am ÄQM-Kurs wurden „Interesse am Thema QM“ (79 %), „Erwerb der Qualifikation/Qualifikationsnachweis“ (71 %) und der Wunsch nach „täglichem Qualitäts-

verbesserung“ (34 %) genannt. 53 % aller Teilnehmer fühlten sich durch den Kurs für die Funktion eines Qualitätsmanagers „sehr gut“ oder „gut“ und weitere 25 % „befriedigend“ qualifiziert. 61 % gaben an, dass die ÄQM-Fortbildung ihr berufliches Fortkommen gefördert habe. Verbesserungspotentiale sahen viele in der intensiveren Behandlung ökonomischer Aspekte und noch mehr Anleitung zur unmittelbaren praktischen Umsetzung des erworbenen Wissens.

Fortbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ durch die Ärztekammern

Bereits im Jahre 1996 erschien die 1. Auflage des Curriculums „Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer, das inzwischen mehrmals überarbeitet wurde. (Die 4. Auflage ist derzeit in Vorbereitung.) Qualitätssicherung hat seitdem im Gesundheitswesen weiter an Bedeutung gewonnen. Nicht nur im Krankenhaus ist Qualitätssicherung mittlerweile etabliert, auch vertragsärztliche Praxen sind seit Anfang 2006 verpflichtet, innerhalb der nächsten vier Jahre ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und der zuständigen KV nachzuweisen.¹ Unverkennbar sind dabei vielfältige Bestrebungen der Politik und der Krankenkassen, Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zumindest teilweise als „Einspar-Instrumentarium“ zu missbrauchen. Diese Tendenz wirkt sich inzwischen auch auf die Erwartungshaltung unserer Kursteilnehmer aus.

Seit 1997 werden in der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

der Landesärztekammer Hessen gemeinsam von Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung regelmäßig Kurse (200 Std.) zum „Ärztlichen Qualitätsmanagement“ (ÄQM) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer angeboten. 222 Ärztinnen und Ärzte haben bisher diese Kurse in Hessen besucht. Seit 1. November 2005 gibt es in der hessischen Weiterbildungsordnung auch die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“. Im Rahmen einer bundesweiten Evaluation aller von den Landesärztekammern angebotenen 200 Std.-Kurse zum ärztlichen Qualitätsmanagement wurden von uns alle Teilnehmer, die in den Jahren 1997-2004 einen hessischen Kurs komplett besucht hatten, schriftlich zu folgenden Themen befragt: Motivation zur Teilnahme, Bewertung des Kurskonzeptes und verschiedener Inhalte, Verbesserungspotentiale und weitere berufliche Entwicklung. 77 von 156 angeschriebenen Personen antworteten, die Rücklaufquote betrug 49 %. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Erhebung für die hessischen Kurse möchten wir im Folgenden vorstellen.

Teilnehmerstruktur

Unter den bisherigen Kursabsolventen in Hessen waren 28 % Ärztinnen. Die Zusammensetzung der Kursteilnehmer im Hinblick auf ihre berufliche Position variierte von Jahr zu Jahr. Insgesamt waren 40 % der Befragten in leitender Funktion im Krankenhaus tätig, 29 % in nicht leitender Position. Der Anteil der niedergelassenen Ärzte betrug 25 %. Die restlichen Teilnehmer kamen aus verschiedenen Bereichen (Gesundheitsämter und Behörden, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Industrie etc.).

Häufigste Motivation für die Teilnahme am ÄQM-Kurs waren „Interesse am Thema QM“ (79 % aller Befragten) und „Erwerb der Qualifikation/Qualifikationsnachweis“ (71 %). Daneben spielte auch der Wunsch nach „täglichem Qualitätsverbesserung“ (34 %) eine wichtige Rolle. Seltener wurden „Verpflichtung durch den Arbeitgeber“ (18 %) – vor allem zum Aufbau eines internen QM-Systems – und „Vorbereitung auf Karriereschub“ (13 %) genannt. Die Mehrheit der Krankenhausärzte erhielt von

¹ Vgl. „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Oktober 2005

ihrem Arbeitgeber Unterstützung für die Fortbildung. Bei etwa der Hälfte der Krankenhausärzte übernahm die Klinik die volle (47 %), bei weiteren 13 % eine Teilfinanzierung des ÄQM-Kurses. 52 % der angestellten Ärzte wurden von ihrer Klinik ganz und 13 % teilweise für diese Fortbildung freigestellt.

Bewertung des Kurskonzepts

Mit dem Kurskonzept (Inhalte, Referenzen, Rahmenbedingungen, Praxisrelevanz) waren insgesamt 85 % aller Teilnehmer zufrieden (42 %) oder sehr zufrieden (43 %).

Die Absolventen bewerteten darüber hinaus anhand von Schulnoten (Note 1-6 bzw. „sehr gut“ – „ungenügend“), inwieweit sie das Kursprogramm für die Funktion eines Qualitätsmanagers qualifiziert habe. „Sehr gut“ oder „gut“ qualifiziert fühlten sich demnach etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmer (53 % Note 1 oder 2), „befriedigend“ qualifiziert (Note 3) ein weiteres Viertel. Der Rest vergab die Noten 4 (17 %) oder 5 (5 %). Bei der differenzierten Bewertung des Kurskonzepts kristallisierten sich als **Stärken** heraus:

- Wissen über QM-Systeme und Zertifizierungsmodelle (Mittelwert: 2,3; 68 % Note 1 oder 2)
- Vermittlung der theoretischen Grundlagen und Methoden des QM (Mittelwert: 2,3; 64 % Note 1 und 2)

- persönliche Kompetenz (z.B. Team-, Leitungsfähigkeit, Selbstorganisation) (Mittelwert: 2,4; 58 % Note 1 oder 2)

Verbesserungspotential besteht aus Teilnehmersicht noch hinsichtlich:

- Bewertung gesundheitsökonomischer Rahmenbedingungen (Mittelwert: 2,9; 40 % Note 1 oder 2)
- praktischer Umsetzung von QM (Mittelwert: 3,0; 35 % Note 1 oder 2)

Nutzen und Einsatz im Berufsalltag

Des Weiteren beurteilten die Kursteilnehmer ihre nach dem Kurs erreichten Kompetenzen im Vergleich zu ihren Fähigkeiten vor dem Kurs. Aus Teilnehmersicht wurden die **besten Erfolge** erzielt bezüglich:

- konstruktivem Umgang mit Problemen im Team (Mittelwert: 2,1; 79 % Note 1 oder 2)
- professioneller Anleitung/Moderation von Arbeitsgruppen (Mittelwert: 2,1; 79 % Note 1 oder 2)
- effektivem Projektmanagement (Mittelwert: 2,4, 61 % Note 1 oder 2)

Hingegen sahen die Befragten noch **Defizite** hinsichtlich:

- wirtschaftlicher Bewertung von Arbeitsabläufen (Mittelwert: 3,2; 30 % Note 1 oder 2)
- Kosten-Nutzen-Analysen (Mittelwert: 3,4; 20 % Note 1 oder 2)

Letzteres bestätigt auch die Frage nach Verbesserungspotentialen im Kurskon-

zept: 61 % der Kursteilnehmer wünschten sich, ökonomische Aspekte intensiver zu behandeln, 75 % mehr Anleitung zur praktischen Umsetzung.

Abgesehen von einigen Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung keinerlei QM-Tätigkeiten ausgeübt hatten (12 %), nutzten die Befragten ihre im Kurs erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in vielfältiger Weise:

- Mitarbeit in Projekten/Qualitätszirkeln (60 %)
- Initiierung/Leitung von Projekten/Qualitätszirkeln (57 %)
- Einführung eines QM-Systems (39 %)
- Weiterentwicklung eines QM-Systems (23 %)
- Vorbereitung einer Zertifizierung (20 %)
- Abschluss einer Zertifizierung (8 %)

Zum Zeitpunkt der Befragung waren mehr als die Hälfte der Seminarteilnehmer² als Qualitätsmanager tätig (4 % „Vollzeit“, 9 % „Teilzeit“, 40 % „gelegentlich“). Mehr als zwei Drittel der Befragten (67 %) hatten darüber hinaus weitere Qualifikationen im Bereich Qualitätsmanagement erworben. Vorrangig betraf dies die Fortbildung zum „EFQM-Assessor“ (92 % aller Personen mit weiterer Qualifikation); des Weiteren wurden auch „KTQ(r)-Visitor“ (12 %) sowie „Auditor“ (8 %) genannt.

Eine klare Mehrheit der Teilnehmer (61 %) attestierte dem ÄQM-Kurs, dass dieser ihr berufliches Fortkommen gefördert habe.³

ANZEIGE

Gebrauchtgeräte
EKG • ERGOMETER • LUFU • THERAPIE

Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen
aller Fachrichtungen

MED.ORG.-Einrichtungsberater
Plus Medical Partners

Medizintechnik · Praxiseinrichtung · techn. Service

Dipl.-Ing. Keil + Kistler
Heinrich-Heine-Str. 6 · 35440 Linden/Gießen
Fon: (064 03) 97 23 50 · Fax: (064 03) 97 23 55
info@keil-kistler.de · www.keil-kistler.de

eigener techn. Service

SICHERHEIT IN DER DIAGNOSTIK

Cardiopulmonale
Diagnostik

eigene Möbelausstattung

Korrespondenzanschrift

Dr. Susanne Köhler
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt
Tel. 069 97672-142
E-Mail: susanne.koehler@laekh.de

² Ohne Antworten der niedergelassenen Ärzte (n=22)

³ Ohne Antworten „für mich nicht zutreffend“ (n=16)

Schluss mit dem Rauchen! Jetzt! Raucherentwöhnungsprogramm

Stefan Andreas

In Deutschland rauchen über 35 % der männlichen und 27 % der weiblichen Bevölkerung regelmäßig, mit steigender Tendenz vor allem bei Frauen und Jugendlichen¹. Das Inhalieren von Tabakrauch ist für 80-90 % der chronischen Atemwegs-, 80-85 % der Lungenkrebs- und 25-43 % der koronaren Herzerkrankungen ursächlich verantwortlich. Über die Hälfte der regelmäßigen Zigarettenraucher sterben an den Folgen des Rauchens, und die Lebenserwartung der Raucher ist um zehn Jahre reduziert^{2,3}. Weltweit sterben nach WHO-Schätzungen heute jährlich ca. 3 Mio. Menschen an den Folgen des Tabakkonsums, bei stark ansteigender Tendenz^{4,5}. In Deutschland ist das Rauchen die häufigste Einzelursache für Krankheit und vorzeitigen Tod.

Auch Passivrauchen hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Es verursacht Bronchialkarzinome und die koronare Herzerkrankung. Aktuelle Daten zeigen, dass schon eine kurze Passivrauchexposition bei Nichtrauchern einen akuten Herzinfarkt auslösen kann⁶. Bei Kindern besteht ein gesicherter Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Asthma bronchiale, plötzlichem Kindstod und erhöhter Infektanfälligkeit. Rauchen in der Schwangerschaft ist mit Fehlgeburten, erhöhter perinataler Sterblichkeit und Unterentwicklung des Kindes verbunden.

Die volkswirtschaftlichen Folgebelastungen des Tabakkonsums für das Gesundheitswesen (direkte und indirekte Kosten) sind immens; nach dem konservativen Top-Down-Ansatz wird ein Betrag von 17 Milliarden Euro für Deutschland geschätzt. Mittels aufwendigerer Analyse einzelner Krankheiten werden jedoch noch deutlich höhere Belastungen errechnet. Heute gilt als gesichert,

dass die Raucherentwöhnung auch unter volkswirtschaftlichen Überlegungen (insb. unter Einbeziehung der Rentenproblematik) sinnvoll ist⁷.

Ein Drittel der Raucher wollen aufhören zu rauchen. Aufgrund des ausgeprägten Suchtpotentials von Nikotin gelingt dies ohne weitere Hilfe nur einem Zwanzigstel dieser Raucher. Eine Vielzahl kontrollierter Studien konnte überzeugend zeigen, dass durch ein intensives Raucherentwöhnungsprogramm zusammen mit pharmakologischen Maßnahmen etwa 30 % der Teilnehmer langfristig erfolgreich entwöhnt werden können. Dabei steigert nach einer Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien die Anwendung von Nikotinersatztherapeutika den Erfolg nahezu auf das Doppelte. Während international seit über zwei Jahrzehnten die Raucherentwöhnung wissenschaftlich evaluiert wurde, gibt es in Deutschland bisher nur wenige Untersuchungen⁸.

Vor über drei Jahren wurde im Herzzentrum der Georg-August-Universität Göttingen ein verhaltenstherapeutisches Raucherentwöhnungsprogramm mit pharmakologischer Unterstützung unter der Leitung von Professor Dr. S. Andreas aufgebaut. Dieses Programm wurde kürzlich evaluiert⁴. Das mediane Alter der 275 Teilnehmer lag bei 45,5 Jahren; 60,4 % waren weiblich und es bestand eine mittelgradige bis schwere Tabakabhängigkeit nach Fagerström. Am Ende des Programms waren 72 %, nach sechs Monaten 37,6 % und nach zwölf Monaten 27,1 % rauchfrei. Approximativ errechneten sich Kosten von 250 Euro pro gewonnenem Lebensjahr.

Erfreulicherweise ist es mit Unterstützung der Krankenkassen jetzt gelungen,

dieses erfolgreiche Raucherentwöhnungsprogramm auch in Kassel zu implementieren. Das Programm wendet etablierte und evaluierte kognitive, verhaltenstherapeutische, und pharmakologische Hilfen an⁹⁻¹¹. Der Erstkontakt mit den einzelnen Teilnehmern des Programms dauert 45 Minuten. Zentraler Bestandteil des Programms sind Gesprächsgruppen mit sechs Sitzungen von zwei Stunden Dauer, die nach dem Programm „Nichtraucher in sechs Wochen“ von Professor Dr. med Anil Batra (Tübingen) strukturiert werden. Mit verschiedenen verhaltenstherapeutischen Techniken werden die Teilnehmer angeleitet, ihr Rauchverhalten zu beobachten und zu analysieren (z.B. durch Registrieren der Zigaretten auf einer Strichliste, Ausfüllen von Tagesprotokollen). Motivationsfördernde Maßnahmen werden durchgeführt und die Teilnehmer angeleitet, sich einen persönlichen Aufhörtermin zu setzen. Pharmakologische Entwöhnungshilfen (Nikotinersatztherapie oder Zyban) werden erläutert und individuell empfohlen. In den letzten Kurssitzungen werden rückfallprophylaktische Strategien erarbeitet. In jeder Kurssitzung wurde die Kohlenmonoxid (CO) Konzentration in der Ausatemluft der Teilnehmer gemessen.

Die maximale Teilnehmerzahl beträgt zwölf. Bei Anmeldung zum Programm müssen 150 Euro bezahlt werden. Über die Kassen werden bei regelmäßiger Kursteilnahme den Teilnehmern etwa 75 Euro erstattet.

Der Kurs findet wahlweise in der Lungenfachklinik Immenhausen, Robert-Koch-Straße 3 in 34376 Immenhausen oder im Zentrum für berufliche Diagnostik Nordhessen, Spohrstraße 9, 34117 Kassel statt.

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Stefan Andreas, Fachklinik für Lungenerkrankungen Immenhausen

Literatur

1. www.destatis.de/presse/deutsch/pm2000/p2760091.htm. In: Statistisches Bundesamt; 2000.
2. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Bmj*. 1994; 309:901-11.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj*. 2004;328:1519.
4. Felten D, Raupach T, Sessler C, Lüthje L, Hasenfuß G, Andreas S. Effektivität eines klinikbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungsprogramms mit pharmakologischer Unterstützung. *Deut Med Wochschr*. 2006; 131:197-202.
5. Peto R, Chen Z, Boreham J. Tobacco—the growing epidemic in China. *Jama*. 1996; 275:1683-4.
6. Raupach T, Schafer K, Konstantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *Eur Heart J*. 2006; 27:386-397.
7. Rasmussen SR, Prescott E, Sorensen TI, Sogaard J. The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society. *Eur J Public Health*. 2005;15:601-6.
8. Buchkremer G, Minneker E, Block M. Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry*. 1991;24:96-102.
9. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Health Educational Authority. Thorax*. 1998;53 Suppl 5:S1-38.
10. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. Jama*. 2000;283:3244-54.
11. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Health Education Authority. Thorax*. 1998;53 Suppl 5:S1-19.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Stefan Andreas
Fachklinik für Lungenerkrankungen
Robert-Koch-Straße 3
34376 Immenhausen

Kontakt

Dipl. Supervisorin Petra Kronibus
Tel.: 05606 9685
Email: P-Kronibus@t-online.de

50 Jahre Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT)

Die von J. H. Schultz 1955 in Lindau gegründete Gesellschaft ist seit 1971 ein eingetragener Verein und setzt sich seither für die wissenschaftlichen Grundlagen und die praktische Verbreitung der Therapiemethoden Hypnose und Autogenes Training ein. Ihre zur Weiterbildung befugten Mitglieder vermitteln interessierten Ärzten die Grundlagen und Techniken des Autogenen Trainings (AT), der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) und der Hypnose (H) unter Nutzung psychotherapeutischer Prozesse.

Im Zentrum der Aktivitäten der Gesellschaft steht die Anwendung moderner Psychosomatik für die medizinische Diagnostik, Therapie und Forschung. Die Verbreitung übender, suggestiver und psychotherapeutischer Verfahren, auch im Rahmen einer modernen Präventivmedizin im Sinne einer „Psychohygiene im Alltag“ und die Kommunikation und Kooperation sowohl mit vorwiegend somatisch orientierten Ärzten als auch mit psycho-dynamisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Psychotherapeuten und ihren Fachgesellschaften.

Die Weiterbildung im Bereich Autogenes Training oder Hypnose oder Progressive Muskelrelaxation ist in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 1. Nov. 2005 für die Facharztbezeichnungen „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (früher „Psychotherapeutische Medizin“) sowie für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mit jeweils 16 Doppelstunden festgeschrieben. Sie ist außerdem Voraussetzung zur Erfüllung der entsprechenden KV-Bestimmungen für die Leistungserbringung im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung. Entsprechend anerkannte und zertifizierte Kurse werden von den Mitgliedern der DGÄHAT regelmäßig angeboten.

Einmal jährlich findet eine Arbeitstagung unter einem bestimmten Leitthema statt. Zur diesjährigen **12. Arbeitstagung mit dem Thema „Akute Interventionsmöglichkeiten und Kurzinterventionen mit Hypnose“ lädt die DGÄHAT vom 16. bis 18. Juni 2006 nach Blankenburg im Harz ein.** In Anpassung an die Weiterbildungsanforderungen wurde die Möglichkeit geschaffen, neben einem interessanten Vortragsprogramm an kompletten und für die Weiterbildung anrechenbaren Kursen mit acht Doppelstunden teilzunehmen. Anlässlich des 50jährigen Bestehens der DGÄHAT wird die Tagung durch ein abendliches Festprogramm abgerundet. Interessierte Kolleginnen, Kollegen und Gäste sind herzlich willkommen und erhalten weitere Informationen unter www.dgaehat.de oder über die DGÄHAT-Landesstelle Hessen, Hermann Glück, Ltd. Arzt der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I und Psychotherapie, Walter-Picard-Klinik, ZSP Philipps-hospital, Riedstadt.

Tel. 06158 183-0 bzw. 183-842 oder 2387, E-Mail: hermann.glueck@zsp-riedstadt.de

Hermann Glück
DGÄHAT Landesstelle Hessen

Leitlinien am Ende – am Ende Leitlinien?

Felix Meyer

Die Überschrift soll auf Fragen hinweisen, die von unterschiedlichen Standpunkten aus mit Blick auf die Problematik der „Leitlinien in der Medizin“ gestellt werden. Wie könnte eine Antwort lauten? Der hier zur Verfügung stehende Raum erlaubt nur einen Aufriss der Probleme, wie sie sich dem Betrachter darstellen, je nach dessen Standpunkt. Worum geht es?

Zeitliche Entwicklung

Der 96. Deutsche Ärztetag hat 1993 zum Thema „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“ Empfehlungen an die Landesärztekammern beschlossen, nach denen eine neue Arbeitsgemeinschaft unter Heranziehung wissenschaftlicher Experten nach dem Konsensus-Prinzip „eine Zusammenschau diagnostischer und therapeutischer Leitlinien“ durchführen sollte. Wörtlich:

„Solche in Konsensus-Konferenzen stattfindenden Diskussionen sollen herausarbeiten, was nach dem aktuellen Stand des Wissens als tragfähige Grundlage ärztlichen Handelns angesehen werden kann und welche Fragen und Bereiche sich einer ausreichend zuverlässigen Antwort noch entziehen. Diese Zusammenschau hinreichend gesicherten Wissens und noch offener Fragen stellt die Grundlage dar für diagnostische und therapeutische Leitlinien, ohne die ein ärztliches Bemühen um Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung nicht denkbar ist. In diesem Zusammenhang weist der Deutsche Ärztetag darauf hin, dass solche Leitlinien niemals einer schematischen Medizin Vorschub leisten dürfen. Leitlinien motivieren stattdessen den behandelnden Arzt, die Gründe für ein abweichendes Vorgehen beim einzelnen Patienten genauer zu hinterfragen. ...“

Zur gleichen Zeit arbeitete der vom damaligen Gesundheitsminister Seehofer damit beauftragte Sachverständigenrat

für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an einem Sondergutachten über die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung über das Jahr 2000 hinaus, mit den künftige „Gesundheitsreformen“ im Hinblick auf die bereits eingetretene Ressourcenknappheit vorbereitet werden sollten. Dieser „Sachstandsbericht 1994 (1)“, der im Januar 1994 veröffentlicht wurde, griff die oben erwähnten Empfehlungen auf und veranlasste die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (= AWMF) zu einer Umfrage bei deren Mitglied-Fachgesellschaften, um Auskunft zu erhalten u.a. über von jenen empfohlene diagnostische Konsensus-Richtlinien, standardisierte therapeutische Verfahren, über gesicherte epidemiologische Informationen und heute noch regelmäßig praktizierte Verfahren der Diagnostik und Therapie, die aus damaliger wissenschaftlicher Sicht obsolet seien (2).

Es ging also 1994 nicht darum, Handlungsempfehlungen, Standards, Leitlinien, Richtlinien (die Nomenklatur war nicht einheitlich) erst zu schaffen; es gab sie schon seit Jahrzehnten seitens Bundesärztekammer und KBV. Diese Handreichungen sollten vielmehr auf ein wissenschaftlich beeinflusstes höheres Niveau gebracht werden, „rationaler“ werden. Etwa 1995 begannen die Fachgesellschaften mit der Produktion solcher „Leitlinien“, von denen 1997 etwa 320, 1999 bereits 990, im Jahr 2002 schließlich 1.001 existierten, die z.T. in sich und untereinander widersprüchlich waren, was zu lebhaften Diskussionen in der Ärzteschaft und zu detaillierter Kritik an der Qualität solcher Leitlinien führte. Methodisch bot es sich an, zunächst einmal den Begriff „Leitlinien“ zu definieren und dann Maßstäbe zu entwickeln, mit denen die Qualität des so festgelegten Inhalts einer Leitlinie gemessen werden sollte. Ein Programm

zur „Qualitätsförderung von Leitlinien in der Medizin“ wurde zwischen den Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen (BÄK, KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der GKV) und der AWMF vereinbart. Eine „Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung“ (ÄZQ) wurde geschaffen. Die verschiedenen Leitlinien zur Bewertung von Leitlinien der AWMF, BÄK und KBV führten zu einem „Leitlinienmanual“ von AWF und ÄZQ, in dem dargestellt wird, wie Leitlinien entwickelt und umgesetzt werden sollen (3). Gemeinsam wurde von den oben genannten Selbstverwaltungskörperschaften 1999 ein „Leitlinien-Clearingverfahren“ geschaffen, in dem eine systematische Auswahl der besten verfügbaren Quellen für Gesundheitsprobleme von nationaler Bedeutung getroffen und vor allem die Reihenfolge der Bearbeitung festgelegt werden soll. Im Oktober 2002 gab der Europarat eine Empfehlung zur „Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis“ (4), die wiederum Anlass für eine Neufassung eines „Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) 2005/2006“ war (5). Soweit die zeitliche Abfolge.

Ziel einer Leitlinie

Welches Ziel soll mit einer die Behandlung von Patienten betreffenden Leitlinie verfolgt werden? Das Leitlinienmanual von AWMF und ÄZQ gibt folgende Definition (6):

„Leitlinien sind definiert als ‚systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfe im Sinne von ‚Handlungs- und Entscheidungskorridoren‘, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Gute Leit-



linien eignen sich dazu, die kontinuierlich zunehmende Informationsmenge an wissenschaftlicher Evidenz sowie an Expertenmeinungen über ‚gute medizinische Praxis‘ den Leistungsträgern im Gesundheitswesen (Ärzten, Pflegekräften und anderen Fachberufen) und der Öffentlichkeit zu vermitteln. Vorrangiges Ziel von Leitlinien ist die Bereitstellung von Empfehlungen zur Erreichung einer optimalen Qualität der Gesundheitsversorgung.

Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren, wobei als relevante Zielgrößen (Outcomes) nicht nur Morbidität und Mortalität, sondern auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität zu berücksichtigen sind...

Leitlinien sind weder als Anleitung für eine sogenannte ‚Kochbuchmedizin‘ zu verstehen, noch stellen sie die Meinungen einzelner Fachexperten dar. Vielmehr handelt es sich bei Leitlinien um den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens multidisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin. Grundlage dieses Konsenses ist die systematische Recherche und Analyse der Literatur.

(Sie sollen) klinisch tätigen Ärzten explizit ausformulierte und konkrete Entscheidungshilfen bereitstellen...“

Das Schlüsselwort ist die „wissenschaftliche Evidenz“. Es weist auf den methodischen Ansatz hin, nämlich die „evidence-based medicine“ (= EbM), die – mit Ursprung in Kanada, dann platzgreifend im anglo-amerikanischen Raum wissenschaftliche Evidenz bloßer Intuition vorzog. Zusammen mit Konsensfindung suchte sie für die ärztliche Praxis eine mehr rationale, auf die jeweils „beste externe Evidenz“ aus kontrollierten Studien gestützte Basis.

Wie mühevoll der Weg ist, dieses hehre Ziel mit hiesigen gesundheitspolitischen Wunschvorstellungen – nämlich

Kosten einzusparen – und der Realität des ärztlichen Alltags in Einklang zu bringen – dies aufzuzeigen ist das Verdienst von Professor Dr. D. Hart und seiner Mitarbeiter im Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen. Sie haben ein von der Volkswagenstiftung gefördertes Forschungsprojekt zum Thema „Ärztliche Leitlinien“ seit 1996 betreut. Nun liegt der Abschlussbericht mit dem Titel „Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht“ seit September 2005 vor (7). Hart, der seit über zehn Jahren das Thema Leitlinien zu einem wesentlichen Gegenstand seiner wissenschaftlichen Arbeit gemacht hat, breitet zusammen mit seinen Mitautoren auf nahezu 500 Seiten die Ergebnisse ihrer Untersuchungen aus. Wie steht es um diese Leitlinien?

Stand der Entwicklung

Ein Problem besteht nach wie vor darin, dass vorhandene Leitlinien von unterschiedlicher Qualität sind, die wiederum auf der Art ihres Zustandekommens beruht. Die AWMF unterscheidet drei Stufen von Leitlinien:

- S1 = Leitlinien, die von einer Experten- gruppe der Fachgesellschaft im informellen Konsens erarbeitet und vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet werden.
- S2 = wie 1, aber Diskussion der Evidenz in einem **formalen** Konsensverfahren.
- S3 = wie 2, aber nun um fünf Komponenten erweitert: Logik, Konsens, EbM, Entscheidungsanalyse, Outcome-Analyse, d.h. systematische Analyse der Evidenz in einem formalen Konsensverfahren.

Hart hält nur die S 3-Leitlinien für ausreichend qualifiziert – das waren im September 2003 nur 27 von 950 Leitlinien der Fachgesellschaften (8).

Wenn etwas **evidenz**basiert sein soll, spielt natürlich auch die Qualität der Evidenz eine Rolle. Auch für deren Einstufung gibt es eine Bewertungsskala, die je nach lokaler Herkunft der Leitlinienanbieter auch Unterschiede auf-

weisen kann, wie z.B. ein Vergleich der Klassifikationen zeigt (siehe Praetorius hinsichtlich der Skalen von American College of Cardiology-ACC/American Heart Association-AHA und Deutscher Gesellschaft für Innere Medizin (9) und Leitlinienmanual S.41 ff. (10). Gegen die Art dieser „eindimensionalen Evidenz-Klassifizierung“ wird Kritik vorgebracht: Randomisierte kontrollierte Studien (RCT), die zwingende Voraussetzung für eine S 3-Einstufung einer Leitlinie sind, gelten als Goldstandard für therapeutische Interventionen, nicht aber unbedingt für Fragestellungen hinsichtlich Diagnose oder Prognose (11). Auch gibt es zahlreiche Versorgungsprobleme in der Medizin, für die RCT aus methodischen Gründen nicht in Betracht kommen oder ethisch nicht vertretbar sind (11).

Es gibt weitere Vorbehalte gegen diese Evidenz, auf die Praetorius hinweist (12). Da ist einmal die Tatsache, dass der Anteil der an einer Studie beteiligten Patienten selten mehr als 50 % des gesamten „einschlägigen“ Krankenguts erfasst, aus Studiengründen auch nicht berücksichtigen kann. Das stark selektierte Patientengut der Studie zeigt dann die Wirksamkeit unter idealen Studienbedingungen, nicht aber die im Alltag der Klinik oder Arztpraxis. Dann muss bedacht werden, dass RCT häufig z.B. nur ein bestimmtes Medikament erfassen (weil nur dafür Drittmittel eingeworben werden konnten) – betrifft die Leitlinie als Handlungsempfehlung nur dieses Medikament? (13)

Da Studien heute fast nur noch mit Sponsoren zu finanzieren sind, haben RCT mit positivem Ergebnis eher eine Chance veröffentlicht und damit „Evidence“ zu werden als Studien mit negativem Ergebnis. So kann es zu einer Verzerrung des Bildes kommen (publication bias). Dass wirtschaftliche Interessen auf vielfältige Weise Einfluss auf die Entstehung von „Evidence“ nehmen (können), soll und kann hier nicht vertieft werden (dazu Praetorius Fn.14). Es bleibt also festzuhalten, dass selbst 27 deutsche Leitlinien der Spitzenklasse S 3, die allein verdienen sollen, die ärztliche

Praxis des Alltags auf eine wissenschaftlich-rationale Basis zu stellen, noch erhebliche Makel aufweisen können.

Ein weiteres Problem kann daraus erwachsen, dass Leitlinien obsolet werden, sei es, dass der medizinische Fortschritt über sie hinweggeht, sei es, dass sie sich als fehlerhaft erweisen. Leitlinien brauchen zu ihrer Entwicklung längere Zeiträume (zwei bis fünf Jahre, Praetorius und Leitlinien-Manual Fn.15). Es muss also sichergestellt werden, dass Leitlinien regelmäßig aktualisiert werden und der Benutzer Zeitpunkte der gegenwärtigen und künftigen Aktualisierung erfährt – wenn sie nicht schon angesichts ihrer langen Entwicklungsdauer im Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung veraltet sind.

Leitlinien und medizinischer Fortschritt; Therapiefreiheit

Hemmen Leitlinien den medizinischen Fortschritt? Schränken sie die Therapiefreiheit des Arztes ein? Was den Fortschritt angeht, sollte die Antwort leichtfallen. Auch die beste Leitlinie kann nur den Stand des medizinischen Wissens bewerten, der zur Zeit ihrer Verabschiedung wissenschaftlich belegt und praktisch erprobt war. Medizin, die auf Neuland, also noch ohne ausreichende Erfahrung hinsichtlich Vorgehensweise und Ergebnis agiert, ist nach wie vor unter den heutigen Prämissen möglich. Der Arzt muss den Patienten die Ungewissheiten des Neulandes offen legen

und die Einwilligung des Patienten erhalten, den ungewissen Weg gemeinsam zu gehen. Auch die Therapiefreiheit ist nicht gefährdet, wenn die Leitlinie das ist und bleibt, was sie sein soll: eine Informationsquelle für den Arzt, die es ihm erleichtern soll, im konkreten Behandlungsfall einen Behandlungsweg einzuschlagen, der der besonderen Situation dieses Patienten gerecht wird und objektiv in der wissenschaftlichen Diskussion der beteiligten Fachkreise und in der praktischen Bewährung als erfolversprechender Weg zum diagnostischen oder therapeutischen Ziel anerkannt ist. Damit muss die Leitlinie als Hilfestellung zur Gewährleistung des ärztlichen Standards dienen. Sie leistet dazu nur einen Beitrag, und sie bestimmt nicht den Standard, was sie auch gar nicht kann, weil der Arzt kraft seiner ärztlichen Erfahrung das Leitlinienangebot oder sagen wir: ein kollegiales ärztliches Mitdenkangebot für seinen konkreten Fall adaptieren muss. Von daher scheint mir der häufig verwendete Begriff der „Kochbuchmedizin“ fehl am Platz. Denn wer als Arzt ohne Rücksicht auf die Besonderheiten des jetzt von ihm zu behandelnden Patienten zum „Kochbuch“ = Leitlinie greift, läuft Gefahr, wie Prokrustes den Reisenden dem nun einmal vorhandenen Bett anzupassen oder wie der unerfahrene junge Jurist in der Referendarausbildung nach einem „Simile“ des zu entwerfenden Urteils zu suchen (das eben nur

ähnlich ist, aber nicht seinen Fall trifft). Der „Behandlungsfehler“ ist in beiden Fällen programmiert!

Nimmt man im übrigen die oben geschilderten Vorbehalte gegen die derzeitige Wertigkeit von Leitlinien ernst, rückt die Bedeutung einer soliden medizinischen Ausbildung und der nur dadurch gerechtfertigten Freiheit des ärztlichen Berufs in den Vordergrund. Therapiefreiheit ist nicht Narrenfreiheit, sondern Freiheit zu ethisch verantwortbarem Handeln.

Stand der Dinge: mangelnde Akzeptanz

Leitlinien am Ende? Hart kommt in seinem schon wegen der Fülle des Materials und dem dargebotenen Gedankenreichtum imponierenden Abschlussbericht zu dem Schluss, die Leitlinienbewegung habe qualitativ und methodisch erhebliche Entwicklungsschritte gemacht und einen Konsolidierungsstand erreicht, der unumkehrbar geworden sei (16). Betrachtet man die oben geschilderte Infrastruktur dieser Leitlinienbewegung und die immensen personellen und finanziellen Investitionen, die nötig waren und weiter sind – die Entwicklung einer Leitlinie kostet in Deutschland bis zu 400.000.- Euro –, kann man dieser Feststellung kaum widersprechen. Hart weist aber auch darauf hin, dass die wissenschaftliche und publizistische Aufmerksamkeit für das Thema „Leitlinien“ mit der medizinpraktischen Relevanz nicht korrespondiere (17). Darin muss

ANZEIGE

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information (0,12 €/Min.)

0180/5 25 74 05

Unsere privaten Fachakutkliniken:
Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
Büro Berlin Tel. 030 280972-74, Fax -84
www.oberbergkliniken.de

Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte. Aufnahme jederzeit - auch im akuten Krankheitsstadium. Speziell für suchtkranke Mediziner bietet Oberberg ein anerkanntes Programm zur beruflichen Wiedereingliederung: das Oberberg-Curriculum.

Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

man ihm ebenfalls zustimmen. Warum finden Leitlinien im medizinischen und juristischen Alltag so schwer ihren Platz?

Zum einen sind Gründe wohl darin zu sehen, dass bei einer Vielzahl von Leitlinienanbietern (vgl. z.B. die Übersicht über 17 Leitlinienanbieter in der Kardiologie bei Praetorius Fn. 18) der Benutzer in seiner heutigen von Zeitnot geprägten Situation zu einer methodisch gebotenen sorgfältigen Suche nicht in der Lage ist. Die Qualität der Leitlinien ist zudem weit überwiegend nicht so, dass eine Arbeit mit ihnen „best evidence“ verspräche, wie oben dargelegt wurde. Dass dies schnell besser werde, erscheint angesichts der überaus zähen Arbeit der Leitlinien-Clearingverfahren und ihrer Probleme, allein schon Prioritäten bei der Themenauswahl festzulegen, wenig wahrscheinlich. Auch die juristische Praxis enttäuscht die Leitlinienbefürworter.

In dem von Hart herausgegebenen Abschlussbericht findet sich eine eingehende und in jeder Hinsicht informative Darstellung von Gabriele Comos-Aldejohnann zu den Ergebnissen der empirischen Untersuchungen des Umgangs der Gerichtsbarkeit und von ärztlichen Gutachterstellen mit ärztlichen Leitlinien (19). Danach kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Leitlinien in der Rechtsprechung derzeit keine Rolle spielen, ihnen dort, wo sie von Beteiligten im Verfahren erwähnt werden, ausdrücklich nur informatorischer Charakter zugebilligt wurde, weil es nicht auf eine allgemeine Handlungsanregung, sondern auf das ankomme, was im konkreten Einzelfall als gebotener Standard der Behandlung gerade dieses Patienten anzusehen sei. Die Umsetzung von Leitlinien in die ärztliche Praxis mit dem Druckmittel der Arzthaftung wird also schon an der gebotenen Einzelfallentscheidung scheitern. Im übrigen sind Juristen durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs immer wieder darauf verwiesen worden, den ärztlichen Standard allein von ärztlichen Sachverständigen ermit-

teln zu lassen und die medizinischen Maßstäbe nicht selbst festzulegen (20). Die oben angerissenen Probleme bei der Bewertung von Leitlinien allein zeigen schon, vor welchen Ansprüchen an Sachkompetenz Juristen stehen, wenn sie mit dem Instrument der Leitlinien hantieren sollen. Die jeden Juristen verlockende angebliche Eindeutigkeit einer Leitlinie kann sich schnell in Nichts auflösen, die nötige Befragung eines Sachverständigen zur Wertigkeit einer Leitlinie würde zahlreiche Fallstricke aufweisen. Hier mit einer Beweislastumkehr bei Nichtbeachtung einer Leitlinie, mit Dokumentationszwängen bei Abweichungen und gar mit dem Gleichsetzen einer Leitlinie mit einer Industrienorm zu operieren (21), hat nichts mehr mit „Waffengleichheit“ im Prozess zu tun.

Am Ende doch Leitlinien? Es gibt sie und wird sie weiter geben – schon der Aufmarsch an Kompetenz zur Bewältigung des Komplexes „Leitlinie“ gebietet dies. Die Frage, ob Nutzen und ständig wachsende Kosten solcher Leitlinien in einem vertretbaren Verhältnis stehen, scheint sich nicht zu stellen. Zu verlockend ist auch die Versuchung, die Leitlinie in erster Linie zur Kostenreduktion zu benutzen. Über die breite Palette an denkbaren Einstiegsluken kann man bei Hart im Abschlussbericht unter dem Oberbegriff „Sozialrecht“ objektiv reichlich informiert werden (22). Es sei hier daran erinnert, dass „weder gesellschaftliche Prioritäten den evidenzbasierten Gehalt von Leitlinien beeinflussen noch Versicherer Leitlinien als Hintertür für die Einführung von Rationalisierungs- und Kostendämpfungsmaßnahmen nutzen dürfen. Der Begriff der ‚guten Praxis‘ sollte nicht missbraucht werden, indem Leitlinien anderen Zielen dienen als dem besten Interesse der Patienten.“ (so die Empfehlung des Europarates, Fn. 23). David Sackett, einer der Schöpfer der EbM, hat formuliert, evidenzbasierte medicine sei keine Kochbuchmedizin und nicht zum Kostensenken gedacht und auch nicht zum Zeitsparen (zitiert bei Praetorius Fn. 23). Vielleicht ist ja auch alles viel einfacher. Ein gut ausge-

bildeter Arzt – eben die fiktive Figur des ärztlichen Standards – verdient das Vertrauen der Patienten und Vertrauen ist die halbe Miete! Einen weiteren Teil der Miete könnte eine sorgfältige Analyse der Fehler oder Beinahe-Fehler bringen, die bei Diagnose und Therapie vorkommen. Dieser Weg wird heute schon begangen, wenn auch weniger spektakulär.

Literatur

- (1) *Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Nomos-Verlag, Baden-Baden*
- (2) *ebenda, S. 126/127*
- (3) *Das Leitlinien Manual von AWMF und ÄZQ, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (= ZaeFQ), Supplement I, Januar 2001*
- (4) *Empfehlung Rec (2001) 13, ZaeFQ Supplement III, Dezember 2002*
- (5) *ZaeFQ, Heft 8/2005*
- (6) *Fn. 3, S. 5 ff*
- (7) *Dieter Hart (Hrsg.), Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht, Recht und Empirie professioneller Normbildung, 1. Aufl. 2005, Nomos-Verlag*
- (8) *Hart, S. 40*
- (9) *F.Praetorius, „Leitlinien und ärztliche Entscheidungsspielräume“, ZaeFQ, Heft 1/2005, S. 15 ff., 18*
- (10) *Fn.3, S. 41 ff.*
- (11) *Fn.3, S. 40 zu 5. 4. 3*
- (12) *F.Praetorius, „Evidence-based Medicine and Clinical Guidelines in Cardiology. Promoting Science, Practice, or Bureaucracy?“ in ter Meulen/Biller-Andorno/Lenk/Lie (Eds.) „Evidence-based Practice in Medicine and Health Care“, Springer, Berlin-Heidelberg*
- (13) *Fn.12, S. 52*
- (14) *Fn.12, S. 57*
- (15) *Fn.12, S. 50; Fn.3, S.13*
- (16) *Hart S. 114*
- (17) *Hart S. 114*
- (18) *Praetorius in Fn. 9, S.18*
- (19) *bei Hart, S. 411 ff.*
- (20) *z.B. BGH, Urt. v. 29.11.94, Medizinrecht 1995, S. 276 ff*
- (21) *so Ziegler „Leitlinien im Arzthaftungsrecht“, Versicherungsrecht 2003, 545 ff, 548*
- (22) *Francke in Hart, S. 171 ff.*
- (23) *Fn. 4, S. 48*

Anschrift des Verfassers

Dr. jur. Felix Meyer
 Vors. Richter am OLG i.R.
 Klettenbergstraße 29
 60322 Frankfurt (Main)

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen



Carl-Oelemann-Weg 7 · 61231 Bad Nauheim · Telefon 06032/782-200 · Telefax 06032/782-220
E-Mail-Adresse: akademie@laekh.de · Homepage: www.fbz-hessen.de

ALLGEMEINE HINWEISE

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

ANMELDUNG: Bitte melden Sie sich unbedingt *schriftlich* in der Akademie an. 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 Teilnahmevoraussetzungen! **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 Oberhessen, 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.

ANERKENNUNG DER ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG

ANTRÄGE AUF ANERKENNUNG (Zertifizierung) bitte **mindestens 6 Wochen** vor der Veranstaltung bzw. vor dem Programmdruck *nur noch elektronisch* bei der Anerkennungsstelle der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt stellen. Redaktionsschluss für das Hessische Ärzteblatt ist 6 Wochen vor Erscheinen des Heftes. **Das Antragsformular finden Sie im Internet unter <http://onlinezert.laekh.de>**
Genauere Informationen siehe Homepage der LÄK Hessen, www.laekh.de **Achtung:** Die Punktezahl können wir erst bekannt geben, wenn das vollständige Programm vorliegt. Fortbildungspunkte ohne Gewähr. Es gilt die Berechnungsgrundlage nach den einheitlichen Bewertungskriterien.

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

73. FORTBILDUNGSKONGRESS

8 P

Schweres/schwer zu behandelndes Asthma

Samstag, 10. Juni 2006, 9 c.t. bis 15.45 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. C. Vogelmeier, Marburg, Dr. med. P. Kardos, Frankfurt a. M.

Die neue Asthmaleitlinie Prof. Dr. med. R. Buhl, Mainz
Das europäische Register für schweres Asthma – ENFUMOSA –
PD Dr. med. G. Menz, Davos
Therapie des schweren/schwer zu behandelnden Asthma bronchiale
Prof. Dr. med. C. Vogelmeier
Anti-IgE-Antikörper – ein neues therapeutisches Therapiekonzept für
schweres allergisches Asthma Dr. med. P. Kardos

Workshops in drei Gruppen
Kasuistiken
PD Dr. med. G. Menz
Extragastrooesophageale Konsequenzen des gastrooesophagealen Reflux
Dr. med. P. Kardos
Asthmakontrolle – was und wie? Prof. Dr. med. C. Vogelmeier
Zusammenfassung, Schlusswort – Selbstevaluation –

Die Workshops laufen parallel und jeweils dreimal, so dass jeder Gelegenheit hat, an allen drei teilzunehmen. Wechsel nach 45 Minuten.

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

STRUKTURIERTE FACHSPEZIFISCHE FORTBILDUNG

Seminare mit praktischen Fallbeispielen und TED-Evaluation

INNERE MEDIZIN

Mittwoch, 10. Mai 2006 und Mittwoch, 07. Juni 2006
finden nicht statt

Im Herbst dieses Jahres starten wir einen Neubeginn unserer Reihe „Strukturierte fachspezifische Fortbildung Innere Medizin“. Wir werden sowohl die Themengestaltung als auch die Häufigkeit der Seminare ändern. Ausgehend von Symptomen werden mehrere Teilgebiete einen Mittwochnachmittag gemeinsam bestreiten. Sie finden nur noch alle Vierteljahr statt, in diesem Herbst am **13. September** und am **6. Dezember**.

Dazu kommen das einwöchige „Repetitorium“ vom 13. bis 18. November (s.n.) und zwei besondere internistische Fortbildungen: Der Frühjahrskongress zum Thema „Asthma“ am 10. Juni (s.o.) und das Seminar „Update Lungenparenchymerkrankungen“ am 25. November in Frankfurt a.M.

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

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, 13. – 18. November 2006, Bad Nauheim

Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung veranstalten wir in diesem Herbst wieder diesen Intensivkurs. Prüfer aus dem Weiterbildungsgremium der Landesärztekammer werden einbezogen. Der Kurs erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Als Grundlage dient das Handbuch der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit dem Berufsverband der Deutschen Internisten „Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin – Leitlinien“.

Teilnahmebeitrag: voraussichtl. 495 € / Akademiemitglieder 445 €
Teilnehmerzahl: 80

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

Auskunft und Anmeldung schriftlich an Frau A. Zinkl, Akademie,

Fax: 0 60 32/ 78 2-229

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

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

Plastische Chirurgie

Samstag, 24. Juni 2006, 10 bis 17.15 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt a.M.

weitere Termine: 16. Sept. 2006, Endokrine Chirurgie
09. Dez. 2006, Unfallchirurgie

Tagungsort: FBZ 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

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

Pädiatrische Dermatologie

Samstag, 10. Juni 2006, 9 c.t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Maysen, Gießen

Genodermatosen des Kindesalters PD Dr. med. A. König, Marburg **Mykosen im Kindesalter - Diagnostik und Therapieoptionen** Prof. Dr. med. P. Maysen **Warzen im Kindesalter - was tun?** Dr. med. B. Bräu, Gießen **Akne** Dr. med. C. Müller, Gießen **Hautveränderungen bei metabolischen und endokrinen Erkrankungen im Kindesalter** Prof. Dr. med. J. Kreuder, Gießen **Bakterielle Infektionen im Kindesalter** Prof. Dr. med. H. Schöfer, Ffm **Hämangiome im Kindesalter - wann was tun?** Dr. med. C. Beier, Wiesbaden **Neurodermitis und kein Ende?** Prof. Dr. med. U. Gieler, Gießen

weitere Termine: 11. Nov., 02. Dez. 2006

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

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau K. Baumann, Akademie, Fax 0 60 32/ 782-229
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Der Zwerchfeldefekt prä- und postnatale Therapieoptionen

Sektion Chirurgie – Kinderchirurgie

Samstag, 24. Juni 2006, 9 bis 14 Uhr, Kassel

Leitung: Dr. med. P. Illing, Kassel

Tagungsort: Gebäude der EON-Mitte Monteverdistraße 2

Update antithrombotische-plättchenhemmende Therapie

Sektion Klinische Pharmakologie

Samstag, 1. Juli 2006, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Gießen

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

Aufgaben als Sponsor einer selbstinitiierten AMG-Studie

Sektion Klinische Pharmakologie mit der Geschäftsstelle „Fortbildung für Klinische Studien“ Klinikum JWG-Universität s. HÄ 4/2006

Samstag, 1. Juli 2006, 8.30 s.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

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

Diese Veranstaltung richtet sich besonders an Teilnehmer früherer Prüferkurse sowie andere Interessenten, die bereits Erfahrung mit der selbstständigen Planung und Durchführung von klinischen Studien mit Arzneimitteln haben.

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

Teilnahmebeitrag: € 100 (Akademiemitgl. € 90)

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

Mittwoch, 14. Juni 2006, 9 bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Gynäkologie – Geburtshilfe – Onkologie

– TED Evaluation –

Tagungsort: FBZ 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

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. J. Pfeil, Prof. Dr. med. K. Wenda, Wiesbaden

Montag bis Donnerstag, 27.11. bis 30.11. 2006, Bad Nauheim

Wesentliche Inhalte des Kurses werden die Weiterbildungsordnung des neuen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie sein sowie die Empfehlungen der Fachgesellschaften für die Weiterbildungsprüfung. Im Tagesablauf wird es Falldemonstrationen, Case Reports, Diskussionsrunden, interaktive Seminare, TED-Evaluationen geben. „Current concepts“, „state of the art“, Begutachtungsfragen, Fragen der evidence based medicine werden berücksichtigt.

Teilnahmebeitrag: vorauss. € 110 pro Tag (Akademiemitgl. € 99)
10% Nachlass bei Teilnahme an allen 4 Tagen

Tagungsort: FBZ 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

Die Ärztlichen Körperschaften, Ärztliches Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht

s. HÄ 4/2006

Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben.

Mittwoch, 03. Mai 2006, 9 c.t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Loch, Dr. med. M. Popovic

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

Leitung: Prof. h.c. Dr. med. N. Peseschkian

Block 2 07. bis 09. Juli 2006, Wiesbaden

10 P pro Tag

Die Gruppen werden interaktiv sowie an Fallbeispielen arbeiten (Kurzvortrag mit geeigneten Visualisierungshilfen, anschließende Kleingruppenarbeit, Gruppeninteraktion, ergänzende Theorie; Rollenspiel von Patientensituationen, Visualisierung der Situationen an Flip-Chart und Tafel; handouts).

Anmeldung *schriftlich* an Frau E. Hiltcher, Akademie, Fax: 0 60 32/78 22 29

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

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

Teil IV 24. Juni 2006 (Fr. 16 bis So. 13 Uhr)

A. Das kranke Kind / der kranke Jugendliche

B. Merkmale des Familiengesprächs; Gruppentechniken

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

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Fax 06032/782-229

E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

II. KURSE zur FORT- und WEITERBILDUNG

Tagungsort – falls nicht anders angegeben – **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
genauere Informationen www.fbz-hessen.de oder bei der zuständigen Sachbearbeiterin
Fortbildungspunkte – für Blockveranstaltungen nach Kategorie H
werden für das freiwillige Kammerzertifikat jedoch aus Qualitätsgründen weiterhin nur **max. 20 P** pro Block angerechnet.

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN (Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin 80 Std.)

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler Tel. 0 60 32/782-203 Fax - 229

renate.hessler@laekh.de

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

06. Mai 2006

10 P

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

09./10. Juni 2006

20 P

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

22./23. September 2006

20 P

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

04./05. November 2006

15 P

Anmeldeschluss – spätestens 8 Tage vor Seminarbeginn!

Die 80 Std. nach der neuen Weiterbildungsordnung bieten wir voraussichtlich ab 2007 an.

ARBEITS- / BETRIEBSMEDIZIN (60 Std.) je 46 P

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler Tel. 0 60 32/782-283 Fax: -228

luise.stieler@laekh.de

Grundkurs: A2

08. – 15. September 2006

€ 490 (Akademiemitgl. € 441)

Aufbaukurs: B2

10. – 17. November 2006

€ 490 (Akademiemitgl. € 441)

Aufbaukurs: C2

01. – 08. Dezember 2006

€ 490 (Akademiemitgl. € 441)

DIDAKTIK

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth Tel. 0 60 32/782-238 Fax -229

ursula.dauth@laekh.de

MODERATORENTRAINING in Bad Nauheim

23. – 25. Juni 2006

€ 330 (Akademiemitgl. € 297)

P

Die Akademie bietet in diesem Frühjahr in Bad Nauheim ein zeitlich komprimiertes Moderatorentraining, insbesondere zum Moderator von Qualitätszirkeln im Sinne der Qualitätssicherung nach SGB V, an. Gesucht sind Ärztinnen und Ärzte, die später Qualitätszirkel übernehmen oder einrichten wollen, aber auch für ihre berufliche Tätigkeit davon profitieren wollen.

Übersicht der Trainingsinhalte:

Erwartungen und Vorbehalte der Teilnehmer. Was ist Qualität in der Medizin? Organisation und Gestaltung von QZ. Wie gelingt Kommunikation? Umgang mit Aggressionen, Moderieren im QZ, Protokolltechniken, von Protokollen zu einer Leitlinie, Schritte zur systematischen Bearbeitung eines Falles/Themas/ Krankenbildes. Das Training erfolgt als interaktiver Unterricht. Sie arbeiten mit Metaplan/ Pinwänden.

ERNÄHRUNGSMEDIZIN (100 Std.)

P

Auskunft: Frau V. Wolfinger

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

veronika.wolfinger@laekh.de

HÄMOTHERAPIE - QUALITÄTSBEAUFTRAGTER ARZT

40 P

Auskunft: Frau H. Cichon

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

heike.cichon@laekh.de

21.-25. Juni 2006

€ 800 (Akademiemitgl. € 720)

Neue gesetzliche Vorgaben für das Transfusionswesen und neue Richtlinien der BÄK für die Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Im Februar 2005 wurde das „Erste Gesetz zur Änderung des Transfusionsgesetzes (TFG) und arzneimittelrechtlicher Vorschriften“ (1,2) verabschiedet.

Dadurch ergeben sich auch für Anwender von Blut und Blutprodukten neue gesetzliche Anforderungen.

s. HÄ 10/2005 Seite 662

IMPFKURS

11 P

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher Tel. 0 60 32/782-211 Fax - 2 29

edda.hiltcher@laekh.de

07. Oktober 2006

€ 160 (Akademiemitgl. € 144)

MEDIZINISCHE INFORMATIK (280 STD) auf Anfrage

Auskunft: Frau H. Cichon

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

heike.cichon@laekh.de

MEDIZINISCHE REHABILITATION 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs 2 SGB V)

21 P

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler Tel. 0 60 32/782-203 Fax - 229

renate.hessler@laekh.de

Weitere Kurse finden statt. Bei Interesse geben Sie uns bitte Ihre Adresse bekannt. Wir teilen Ihnen dann unaufgefordert die Termine mit.

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger Tel. 0 60 32/782-202 Fax - 229

veronika.wolfinger@laekh.de

Notdienstseminar

16./17./30. Sept. 2006 Bad Nauheim

€ 140 (Akademiemitgl. € 70)

25 P

Fachkundenachweis Rettungsdienst

20. – 24. Juni 2006 Wiesbaden

€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

51 P

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

11 P

Bad Nauheim Dr. med. M. Haas, JUH

08. Oktober, 9. Dez. 2006

0 60 32/91 46 31

rene.pistor@JUH-wetterau.de

Bad Nauheim Dr. K. Ratthey, MHD - S. Keil

20. Mai, 02. Sept. 2006

0 60 47/96 14-15 Fax -16

s.keil@malteser-altenstadt.de

Friedberg Dr. med. S. Little, Vitracon, J. Korn

24. Juni, 14. Oktober 2006

0 60 31/68 70 380

jochen.korn@vitracon.de

Wiesbaden Dr. V. Kürschner

30. Sept., 18. Nov. 2006

06 11/43 28 32

anette.faust@hsk-Wiesbaden.de

PALLIATIVMEDIZIN FÜR ÄRZTE

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger

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

veronika.wolfinger@laekh.de**Aufbaukurs Modul I****08. – 12. Mai 2006****50 P****Aufbaukurs Modul II****10. – 14. Juli 2006****P****Fallseminar Modul III****30. September – 04. Oktober 2006****P****Basiskurs Kursweiterbildung****11. – 15. Dezember 2006****P****PRÜFARZT IN KLINISCHEN STUDIEN (16 Std.)****je 21 P**

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler

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

renate.hessler@laekh.de**07./08. Juli 2006, Bad Nauheim**

€ 280 (Akademiestand. € 252)

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT (200 Std.)

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon

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

heike.cichon@laekh.de**Block III (48 Std.)****25. – 30. September 2006**

€ 980 (Akademiestand. € 882)

36 P**Block IV****13. – 18. November 2006**

€ 980 (Akademiestand. € 882)

36 P**Der Kurs ist belegt. Weitere Kurse finden 2007 statt.****SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80 STD.)**

Auskunft und schriftl. Anmeldung: Frau A. Zinkl

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

adelheid.zinkl@laekh.de**Teil II****20./21. Mai 2006 Hanau**

€ 220 (Akademiestand. € 198)

16 P**Teil III****04./05. November 2006 Kassel**

€ 220 (Akademiestand. € 198)

16 P**Teil IV****23./24. September 2006 Wiesbaden**

€ 220 (Akademiestand. € 198)

16 P**SOZIALMEDIZIN****P**

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler

Tel. 0 60 32/782-283 Fax: -228

luise.stieler@laekh.de**Grundkurs GK II**vorrauss. **11. – 20. Oktober 2006**

€ 490 (Akademiestand. € 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**Aktualisierungskurs** gem. RÖV**06. Mai 2006**

€ 110 (Akademiestand. € 99)

9 P**Informationskurs/** 8-stündige Unterweisung**10. Juni 2006**

€ 70 (Akademiestand. € 63)

8 P**Grundkurs****02./03. September 2006***

€ 280 (Akademiestand. € 252)

22 P**Spezialkurs****04./05. November 2006***

€ 280 (Akademiestand. € 252)

22 P**Aktualisierungskurs** gem. RÖV**25. November 2006**

€ 110 (Akademiestand. € 99)

9 P

* +1 Nachm. nach Wahl i. d. Folgewoche f. Prakt./Prüf.

SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG (50 Std.)**je 15 P**

Auskunft: Frau K. Baumann

Tel. 0 60 32/782-281 Fax -229

katja.baumann@laekh.de**Baustein V 28./29. April 2006** in Friedrichsdorf

€ 560 (Akademiestand. € 504) gesamt

ULTRASCHALLKURSE nach den Richtlinien der DEGUM und KBV

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost

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

marianne.jost@laekh.de**ABDOMEN****Abschlusskurs****04. November 2006** (Theorie) zuzügl. Praktikum

€ 230 (Akademiestand. € 207)

26 P**Refresher-Zyklus** (2. Seminar)

neuer Termin wird bekannt gegeben

€ 145 (Akademiestand. € 130)

10 P**Bilio-pankreatisches System** (aus pathologisch/internistisch/chirurgischer Sicht)

Schwerpunkt: B-Bild (u. Farbdoppler) - ergänzend: Neue Methoden (Pan./3D/US-KM)

GEFÄSSE**Aufbaukurs****22. – 24. Juni 2006**

€ 350 (Akademiestand. € 315)

23 P

der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Abschlusskurs**24./25. November 2006**

€ 290 (Akademiestand. € 260)

19 P

der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG (16 Std.)**12 P**

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Hessler

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

renate.hessler@laekh.de**Freitag/Samstag, 16./17. Juni 2006, 13 s.t. bis 18.15 Uhr, Bad Nauheim****s. HÄ 4/2006**

Die Fahrerlaubnisverordnung bestimmt, dass bei Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnis-Bewerbers die Behörde das Beibringen eines Gutachtens anordnen kann. In § 11 Abs. 2 der FeV ist geregelt, dass die zuständige Behörde bei Anordnung eines solchen Gutachtens auch bestimmt, von welchem Arzt das Gutachten erstellt werden soll. Für die Gutachtenerstellung kommen folgende Ärzte in Frage:

Für die Feststellung zuständiger Facharzt mit verkehrsmmedizinischer Qualifikation, Arzt des Gesundheitsamtes oder ein anderer Arzt der öffentlichen Verwaltung oder Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“.

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

Teilnahmebeitrag: bis auf weiteres 200 €, für Akademiestand. € 180 (mind. Teilnehmerzahl: 35)



Freie Ärztliche Fortbildung

im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

ANÄSTHESIOLOGIE

2P Rationale Chemotherapie bei Sepsis

Termin: 8.5.2006, 18.00 – 19.30 Uhr
 Referent: Prof. T. Welte, Hannover
 Ort: Hörsaal 222, Neues Hörsaalgebäude, Haus 23 A, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Kursnummer: 2760602006001940010
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Zwißler, Tel. 069 6301-5867

1P Hirntod-Hirntoddiagnostik-Organspende

Termin: 8.5.2006, 7.30 – ca. 9.00 Uhr
 Referent: Dr. Raitz
 Ort: Kreiskrankenhaus Schotten-Gedern, Außenliegend 13, Schotten
 Auskunft: Sekretariat Dr. Jürgen Raitz, Tel. 06044 6177104

1P Xenon – Anästhetikum der Zukunft?

Termin: 17.5.2006, 7.00 – 7.45 Uhr
 Referenten: Dr. Althoff, PD Dr. Wissing
 Ort: Hörsaal 222, Neues Hörsaalgebäude, Haus 23 A, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Zwißler, Tel. 069 6301-5867

1P Berichte vom Deutschen Anästhesiekongress

Termin: 24.5.2006 und 31.5.2006, 7.15 – 8.00 Uhr
 Referent: Teilnehmer
 Ort: Besprechungsraum Anästhesie, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim, Marienburgstraße 2, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Paul Kessler, Tel. 069 6705262

1P Periphere Nervenblockaden – Abteilungsstandards

Termin: 31.5.2006, 7.00 – 7.45 Uhr
 Referenten: Dr. Krause, Dr. Hofmann
 Ort: Hörsaal 222, Neues Hörsaalgebäude, Haus 23 A, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Zwißler, Tel. 069 6301-5867

1P Perioperative Indikationen für Gerinnungsfaktoren

Termin: 7.6.2006, 7.15 – 8.00 Uhr
 Referent: Dr. Kühlbrandt
 Ort: Besprechungsraum Anästhesie, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim, Marienburgstraße 2, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Paul Kessler, Tel. 069 6705262

1P PICCO – Möglichkeiten und Grenzen

Termin: 7.6.2006, 7.00 – 7.45 Uhr
 Referenten: Dr. Eiden, Dr. Thörner
 Ort: Hörsaal 222, Neues Hörsaalgebäude, Haus 23 A, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Zwißler, Tel. 069 6301-5867

CHIRURGIE

2P Probleme des Kniegelenkes

Termin: 8.5.2006, 18.00 – 20.00 Uhr
 Referent: Dr. Görisch

Ort: Konferenzraum im EG, Alice-Hospital, Dieburgerstraße 31, Darmstadt
 Auskunft: Dr. A. Mortazawi, Tel. 06151 77373

3P Moderne Herzklappenchirurgie

Termin: 23.5.2006, 20.15 Uhr
 Referent: Prof. Dr. Anton Moritz, Frankfurt
 Ort: Seminarraum 207, 1. OG, im neuen Verkehrstor der Fa. Merck, Frankfurter Straße 250, Darmstadt
 Veranstalter: Ärztlicher Kreisverein Darmstadt
 Auskunft: Frau Mengel-Walter, Tel. 06151 662709

Akutes Abdomen

Termin: 31.5.2006, 16.15 – 17.00 Uhr
 Referent: Dr. Dieter Menzel
 Ort: Medizentrum, Gebäude E, 3. OG, CCD, Im Prüfling 23, Frankfurt
 Auskunft: Martina Urban, Tel. 069 945028-221

Hospitation

Die Klinik der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Hochtaunus-kliniken Bad Homburg v.d.H., bietet den niedergelassenen Kollegen der halb/ganztägigen Hospitation
 Leitung: Prof. Dr. K. Böttcher
 Anmeldung: Tel. 06172 143131

1P Ausgewählte Themen der Chirurgie

Termin: Montags, zweiwöchentlich, 7.45 – 9.00 Uhr
 Leitung: Dr. K. Witzel und Mitarbeiter
 Ort: Kuratoriumszimmer, Helios St. Elisabeth Klinik, Schillerstr. 22, Hünfeld
 Auskunft: Sekretariat Dr. Witzel, Tel. 06652 987123

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Qualitätszirkel Mammadiagnostik: Plastisch-rekonstruktive Mammachirurgie – Was muss der Diagnostiker wissen?

Termin: 8.5.2006, 20.00 Uhr
 Referentin: Dr. D. Dumont dos Santos
 Leitung: PD Dr. M. Müller-Schimpfle
 Ort: Gemeinschaftsraum, 2. OG, Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst, Gotenstraße 6-8, Frankfurt-Höchst
 Auskunft: Sekretariat PD Dr. Müller-Schimpfle, Tel. 069 3106-01

Mammographie-Screening: Biopsiekurs

Termin: 8.5.2006
 Ort: Referenzzentrum Wiesbaden, Michelsberg 3
 Auskunft: Gaby Altenburg, Tel. 0611 36052-15

20P Mammographie-Screening: Fortbildung zur Erstellung von Mammographie-Screening-Aufnahmen

Termin: 18.5. – 20.5.2006
 Ort: Referenzzentrum Wiesbaden, Michelsberg 3
 Auskunft: Gaby Altenburg, Tel. 0611 36052-15



CTG-Leitlinien
 Termin: 22.5.2006, 16.00 – 17.00 Uhr
 Referent: Gonser
 Ort: Hörsaal Pathologie, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Straße 100, Wiesbaden
 Auskunft: Sekretariat PD Dr. M. Gonser, Tel. 0611 43-3206

4P Qualitätszirkel: Gynäkologie und Geburtshilfe Hanau
 Termin: 31.5.2006, 19.00 Uhr
 Ort: St. Vinzenz-Krankenhaus, Im Frankfurter Tor, Hanau
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Kaesemann, Tel. 06181 272-371

20P Mammographie-Screening: Fortbildung zur Befundung von Mammographie-Screening-Aufnahmen
 Termin: 10.7. – 12.7.2006
 Ort: Referenzzentrum Wiesbaden, Michelsberg 3
 Auskunft: Gaby Altenburg, Tel. 0611 36052-15

2P Interdisziplinäres Brustzentrum – Gynäkologische Onkologie – Fallbesprechung
 Termin: Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr
 Ort: C-Bau, 1. Stock, Klinikum Hanau, Leimenstraße 20, Hanau
 Anmeldung: Sekretariat PD Dr. Thomas Müller, Tel. 06181 2962510

2P Interdisziplinäre Fallkonferenz des Brustzentrums
 Termin: Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr
 Leitung: Dr. W. Herrmann, Dr. F. Khandan
 Ort: Demonstrationsraum des Röntgeninstituts, 1. Stock, Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Straße 2, Frankfurt
 Kursnummer: 060-05-51240-000
 Auskunft: Sekretariat Dr. Herrmann, Tel.

Interdisziplinäre Konferenz zu Erkrankungen der Brustdrüse – Fallbesprechung, Patientinnenvorstellung
 Termin: Jeden Mittwoch, 15.00 Uhr
 Leitung: Prof. Kaufmann, Prof. Vogel, Prof. Hansmann und Mitarbeiter
 Ort: Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Mammaboard, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 14, EG, Demo-Raum Radiologie, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat, Tel. 069 6301-5115

2P Perinataalkonferenz
 Termin: Jeden Donnerstag 15.30 – 16.30 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. R. Repp
 Ort: Bibliothek der Frauenklinik, Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling, Tel. 0661 845901

Interdisziplinäre postoperative Konferenz mit Demonstrations- und Fallvorstellungen
 Termin: Jeden Dienstag 16.15 Uhr
 Ort: Zentrum für Frauenheilkunde der Philipps-Universität, Marburg, Arbeitsbereich für Senologische Diagnostik
 Auskunft: Sekretariat Dr. V. Duda, Tel. 06421 28664421

3P Interdisziplinäres Tumorboard des Brustzentrums Regio
 Termin: Jeden Freitag 15.00 - 18.00 Uhr
 Ort: Zentrum für Frauenheilkunde der Philipps-Universität, Marburg, Hörsaal der Frauenklinik
 Auskunft: Sekretariat Dr. U. Albert, Tel. 06421 2866432

2P Gynäkologisch-onkologische-radiotherapeutische Sprechstunde
 Termin: Donnerstags 8.00 – 10.00 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. A. du Bois, PD Dr. F.J. Prott
 Ort: Räume der gynäko-onkologischen Ambulanz, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. du Bois, Tel. 0611 43-2377

2P Perinataalkonferenz
 Termin: Montags 14.00 – 15.00 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser
 Ort: Bibliothek der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden
 Auskunft: Dr. Birgit Queißer, Tel. 0611 43-3206

1P Interdisziplinäre Sprechstunde für Hochrisikoschwangerschaft und -Geburt
 Termin: Freitags 9.00 – 11.00 Uhr
 Leitung: PD Dr. M. Gonser, Dr. Dr. A. Klee
 Ort: Ambulanz der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden
 Auskunft: Dr. Dr. A. Klee, Tel. 0611 43-3206

Interdisziplinäre senologische Sprechstunde
 Termin: Montags und dienstags, 9.00 – 16.00 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. H. Madjar
 Ort: Räume der gynäkologischen Ambulanz, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Madjar, Tel. 0611 577612

5P Interdisziplinäres Brustzentrum – Fallbesprechung
 Mittelhessisches Brustzentrum, Onkologischer Schwerpunkt
 Termin: Jeden 2. Dienstag, 17.00 Uhr
 Ort: Konferenzraum A. Busch, St.-Vincenz-Krankenhauses, Auf dem Schafsberg, Limburg
 Auskunft: Sekretariat Frauenklinik, Tel. 06431 2924451

2P Interdisziplinäre prä- und postoperative Konferenz des HSK Brustzentrums
 Termin: Jeden Mittwoch, 15.45 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. A. du Bois
 Ort: Raum E302, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Straße 100, Wiesbaden
 Auskunft: Koordination HSK Brustzentrum, Tel. 0611 43-3803

IBZ – Interdisziplinäres Brustzentrum: Interdisziplinäre Prä- und postoperative Konferenz
 Termin: Jeden Donnerstag, 16.00 – 16.45 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. Thomas Dimpl, Prof. Peter Kuhn
 Ort: Demonstrationsraum Radiologie, Haus 3, Mönchebergstraße 41-43, Kassel
 Auskunft: Sekretariat Frauenklinik, Tel. 0561 980-3040

3P Interdisziplinäre Fallkonferenz: Gynäkologische Onkologie
 Termin: Jeden Mittwoch, 13.45 - 15.15 Uhr
 Ort: Haus Z, Neurochirurgischer Konferenzraum, Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach
 Veranstalter: Brustzentrum Offenbach in Zusammenarbeit: Strahlenklinik, Nuklearmedizin, Zentralinstitut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Pathologisches Institut, Klinik für plastische und ästhetische Chirurgie, Klinikum Offenbach und Onkologische Gemeinschaftspraxis am Bethanien-Krankenhaus und Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Frankfurt am Main und Frauenklinik des Ketteler-Krankenhauses Offenbach
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Christian Jackisch, Tel. 069 8405-3850

1P 1. Interdisziplinäre Audiointernetkonferenz/ Brustzentrum Mittelhessen
 Termin: Jeden Donnerstag 17:00 Uhr
 Veranstalter: Brustzentrum Mittelhessen
 Ort: Frauenkliniken der im BZM organisierten Kliniken – Bad Hersfeld: Städtisches Klinikum, Bad Nauheim: Hochwald-Krankenhaus/ Gesundheitszentrum Wetterau, Gießen: St. Josefs-Krankenhaus, Gießen: Universitätsfrauenklinik, Lich: Asklepiosklinik, Limburg:



Auskunfft: St. Vincenz-Krankenhaus, Wetzlar: Lahn-Dill-Kliniken
Sekretariat Dr. U. Groh, 06032 702207

2P 2. Interdisziplinäre Tumor- und Leitlinienkonferenz/ Brustzentrum Mittelhessen

Termin: Jeden zweiten Montag des Monats 19.30 Uhr
Ort: Universitätsfrauenklinik Gießen, Bibliothek
Auskunfft: Sekretariat Dr. U. Groh, 06032 702207

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

1P Evidenz statt Eminenz: der lange Marsch zu einer Psoriasis-Therapieleitlinie...

Termin: 3.5.2006, 15.00 – 15.45 Uhr
Referent: Prof. WH Boehncke
Ort: Seminarraum des Zentrums der Dermatologie und Venerologie,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Dr. Ralf Ludwig, Tel. 069 6301-6162

1P Dreidimensionale Hautmodelle zur Pharmakologischen Testung

Termin: 10.5.2006, 15.00 – 15.45 Uhr
Referentin: Frau Zöllner
Ort: Seminarraum des Zentrums der Dermatologie und Venerologie,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Dr. Ralf Ludwig, Tel. 069 6301-6162

1P SIT – wie wirkt sie?

Termin: 17.5.2006, 15.00 – 15.45 Uhr
Referent: Dr. G. Hofbauer, Zürich
Ort: Seminarraum des Zentrums der Dermatologie und Venerologie,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Dr. Ralf Ludwig, Tel. 069 6301-6162

1P Prüfen (II) Portfolio

Termin: 24.5.2006, 15.00 – 15.45 Uhr
Referent: Dr. M. Meissner
Ort: Seminarraum des Zentrums der Dermatologie und Venerologie,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Dr. Ralf Ludwig, Tel. 069 6301-6162

1P Antazida und Lebensmittelallergie

Termin: 31.5.2006, 15.00 – 15.45 Uhr
Referent: Dr. E. Untersmayr, Wien
Ort: Seminarraum des Zentrums der Dermatologie und Venerologie,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Dr. Ralf Ludwig, Tel. 069 6301-6162

INNERE MEDIZIN

4P Reisen mit Herz- und Kreislauferkrankungen

Termin: 2.5.2006, 19.00 Uhr
Referent: Dr. Ulf Gieseler, Speyer
Ort: Mövenpick Hotel, Spohrstraße 4, Kassel
Veranstalter: Laboratoriumsmedizin Kassel MVZ
Auskunfft: Dr. W. Becker, Tel. 0561 8188-0

Journal Club: Ökonomische Aspekte zur Optimierung der Diagnostik und Therapie in der Nephrologie

Termin: 3.5.2006, 15.30 – 16.30 Uhr
Referent: Dr. S. Hoischen
Ort: Konferenzraum 1. Stock, Raum H6, Haus 23B, Eingang 23A,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger, Tel. 069 6301-5555

3P Abklärung des Schilddrüsenknotens

Termin: 9.5.2006, 20.15 Uhr
Referent: PD Dr. Harald Rau, Wiesbaden
Ort: Seminarraum 207, 1. OG, im neuen Verkehrstor der Fa. Merck,
Frankfurter Straße 250, Darmstadt
Veranstalter: Ärztlicher Kreisverein Darmstadt
Auskunfft: Frau Mengel-Walter, Tel. 06151 662709

3P Sondersitzung der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft: Durch Zecken übertragbare Erreger – Borreliose – Borreliose und Komplement: Neue Forschungsaspekte -FSME, Gefahren, Schutz durch Impfung

Termin: 17.5.2006, 17.30 Uhr
Referenten: Prof. Dr. V. Brade, PD Dr. K.P. Hunfeld, PD Dr. P. Kraicy,
Dr. R. Allwinn
Ort: Großer Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum,
Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Prof. Dr. Holger F. Rabenau, Tel. 069 6301-5312

Chirurgische Therapie des nicht metastasierenden Nierenzellcarcinoms

Termin: 10.5.2006, 15.30 – 16.30 Uhr
Referent: Dr. V. Bentas
Ort: Konferenzraum 1. Stock, Raum H6, Haus 23B, Eingang 23A,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger, Tel. 069 6301-5555

Chronische Nierenersatztherapie: Aktuelle Entwicklungen in der Dialyse und der Transplantation

Tagung der Rhein/Main-AG für Nephrologie
Termin: 16.5.2006, 18.15 - 20.25 Uhr
Referenten: Prof. Dr. H. Geiger, Prof. Dr. Dr. W. H. Hörl, PD Dr. P. Jehle,
Prof. Dr. U. Frei
Ort: Hörsaal 23-4, Haus 23, altes Hörsaalgebäude,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger, Tel. 069 6301-5555

Wissenschaftliches Kolloquium: Systematic identification of human host factors required for HIV-1 replication using whole genome wide siRNA libraries

Termin: 16.5.2006, 14.15 Uhr
Referentin: Dr. Renate König, San Diego, USA
Ort: Hörsaal, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 51-59, Langen
Auskunfft: Silke Gutermuth, Tel. 06103 77-1004

3P Schlafmedizinisches Kolloquium: Alveoläre Hypoventilationssyndrome

Termin: 17.5.2006, 18.00 - 20.30 Uhr
Referent: Prof. Dr. Becker, Marburg
Ort: Marienkrankenhaus Kassel, Marburger Straße 85, Kassel
Auskunfft: Sekretariat Prof. Dr. Konermann, Tel. 0561 8073-133

5P 2. Rheumatologisches Frühlingssymposium des RZ Gießen-Bad Nauheim: Knochen in der Rheumatologie – Zielorgan der Zukunft

Termin: 20.5.2006, 8.45 – 13.00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner
Ort: Kerckhoff-Klinik, Benekestraße 2-8, Bad Nauheim
Auskunfft: Sekretariat Prof. Müller-Ladner, Tel. 06032 996-2101

Wissenschaftliches Kolloquium: Role of chemokines in early and late phase allergic inflammation

Termin: 24.5.2006, 16.30 Uhr
Referent: Prof. Santa Jeremy Ono, London
Ort: Hörsaal des Paul-Ehrlich-Instituts, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, Langen
Auskunfft: Silke Gutermuth, Tel. 06103 77-1004



Journal Club: Association of Helicobacter pylori with thrombotic thrombocytopenic purpura and hemolytic uremic syndrome after bone marrow transplantation

Termin: 24.5.2006, 15.30 – 16.30 Uhr
Referent: Dr. P. Würmell
Ort: Konferenzraum 1. Stock, Raum H6, Haus 23B, Eingang 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger, Tel. 069 6301-5555

Klinische Falldemonstrationen

Termin: 31.5.2006, 15.30 Uhr
Ort: Hörsaal, Rotes Kreuz Krankenhaus, Hansteinstraße 29, Kassel
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Christian Löser, Tel. 0561 3086-441

PTLD nach Organtransplantation

Termin: 31.5.2006, 15.30 – 16.30 Uhr
Referent: Dr. R. U. Trappe, Berlin
Ort: Konferenzraum 1. Stock, Raum H6, Haus 23B, Eingang 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger, Tel. 069 6301-5555

Der Leberherd – es geht nur interdisziplinär / Roundtable

Termin: 7.6.2006, 17.30 Uhr
Referenten: Prof. Dr. W. O. Bechstein, Prof. Dr. K. Haag, Dr. S. Sahn, Prof. Dr. T. Vogl
Leitung: Prof. Dr. H. Dancygier
Ort: Kleiner Hörsaal, Hörsaal 4, Haus 23, 1. OG, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Veranstalter: Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Caspary, Tel. 069 6301-5122

3P Aktuelle Gastroenterologie

Termin: Jeden 2. Montag, 16.00 – 17.00 Uhr
Leitung: Dr. K. L. Diehl, Prof. Dr. D. Jaspersen
Ort: Medizinische Klinik II, Seminarraum 2, Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jaspersen, Tel. 0661 845421

3P Ausgewählte aktuelle Themen der Inneren Medizin

Termin: Jeden 2. Donnerstag, 16.00 - 17.00 Uhr
Ort: Medizinische Kliniken, Seminarraum 3, Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
Leitung: Prof. Dr. D. Jaspersen, Prof. Dr. T. Bonzel, Prof. Dr. W. Fassbinder
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jaspersen, Tel. 0661 845421

2P Innere Medizin und Gastroenterologie

Termin: Jeden letzten Donnerstag des Monats, 16.00 – 17.00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. H.-J. Glaser
Ort: Großer Konferenzraum, Herz-Jesu-Krankenhaus, Buttlarstraße 74, Fulda
Auskunft: Sekretariat Prof. Glaser, Tel. 0661 15301

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

3P Kinder- und Jugendpsychiatrischer Nachmittag: Psychische Störungen und Schule

Termin: 31.5.2006, 14.30 Uhr s.t.
Referenten: Dr. G. Schulte-Körne, Dr. U. Winkler, Prof. Dr. A. Lohaus
Ort: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Straße 8, Marburg
Veranstalter: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt, Tel. 0641 28-66471

14. Arbeits- und Begegnungsforum: Sucht und Psychose in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Termin: 7.6.2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Leitung: Dr. M. Wildermuth
Ort: Festsaal des Zentrums für Soziale Psychiatrie Rehbergpark, Austraße 40, Herborn
Auskunft: Herr Seitz-Stroh, Tel. 02772 504-1212

LUNGEN- UND BRONCHIALHEILKUNDE

3P 27. Klinisch-pathologische Konferenz: Pneumologische Diagnostik im Alltag, Bedeutung der Pathologie

Termin: 24.5.2006, 18.00 – 20.00 Uhr
Referent: Prof. Dr. Altmannberger
Ort: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Straße 3, Immenhausen
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Andreas, Tel. 05673 501-111

MEDIZINISCHE ETHIK

3P Unfallchirurgisch-Orthopädisches Kolloquium: Ethik in der Medizin

Termin: 10.5.2006, 18.00 Uhr c.t. – ca. 20.00 Uhr
Referent: Dr. Maria Lang
Ort: Hörsaal des Klinikums Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld
Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann, Tel. 06621 881571

Arbeitskreis Pastoralmedizin – Ärztliche Therapie und seelsorgerliche Begleitung

Termin: Jeder 3. Mittwoch im Monat, 20.00 – 22.00 Uhr (außer den Schulferien)
Auskunft: Dr. Hein Reuther, Tel. 06172 685280 oder www.heinreuter.de

NATURHEILKUNDE

5P Homöopathischer Arbeitskreis für Fortgeschrittene

Termin: 3.5.2006
Leitung: Dr. Eva-Maria Straube
Ort: Praxis Dr. Straube, Innerer Ring 14, Bruchköbel
Gebühr: Euro 35,-
Auskunft: Praxis Dr. Straube, Tel. 06181 976826

5P Homöopathischer Arbeitskreis zur Erlangung der Zusatzbezeichnung

Termin: 17.5.2006
Leitung: Dr. Eva-Maria Straube
Ort: Praxis Dr. Straube, Innerer Ring 14, Bruchköbel
Gebühr: Euro 35,-
Auskunft: Praxis Dr. Straube, Tel. 06181 976826

NEUROCHIRURGIE

2P Bandscheibenprothesen

Termin: 18.5.2006, 15.00 Uhr
Referent: Prof. Schönmayr, Wiesbaden
Leitung: PD Dr. Peter Ulrich, Dr. Elke Januschek
Ort: Konferenzraum der Neurochirurgie, Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach
Kursnummer: 2760602006013230012
Auskunft: Frau Michels, Tel. 069 8405-3881

2P IRT und Linearbeschleuniger – Technische Grundlagen

Termin: 1.6.2006, 15.00 Uhr
Referent: Prof. Zamboglou
Leitung: PD Dr. Peter Ulrich, Dr. Elke Januschek



Ort: Konferenzraum der Neurochirurgie, Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach
 Kursnummer: 2760602006013250010
 Auskunft: Frau Michels, Tel. 069 8405-3881

3P Interdisziplinäres neuroonkologisches Tumorkolloquium

Termin: Mittwochs, wöchentlich, 7.30 – 9.00 Uhr
 Ort: Seminarraum Nr. 3130, Ebene +1, Baldingerstraße, Klinik Lahnhöhe, Klinik für Neurochirurgie der Philipps-Universität, Marburg
 Anmeldung von Patienten bei Dr. Heinze
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Bertalanffy, Tel. 06421 2866447
 Kursnummer: 060-05-50459-000

NEUROLOGIE

Schlaganfall

Termin: 3.5.2006, 18.00 – 20.00 Uhr
 Ort: Ärztehaus, Adelheidstraße 7, Limburg
 Veranstalter: Verein Nassauischer Ärzte e.V. Limburg/Lahn
 Auskunft: Dr. Egbert Reichwein, Tel. 06482 2078

Botulinumtoxin – klinische Anwendungen

Termin: 3.5.2006, 19.00 – 20.30 Uhr
 Referent: Dr. Andreas Nachtmann
 Ort: Stadthalle Eschwege
 Veranstalter: Ärztlicher Kreisverein Eschwege
 Auskunft: Sekretariat Dr. Nachtmann, Tel. 06623 88-6111

17. Marburger Neurologentagung: Dementielle Syndrome – Neurologie-Update – Diagnostik und Therapie

Termin: 5.5. – 7.5.2006
 Leitung: Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel
 Ort: Hörsaalgebäude, Philipps-Universität, Biegenstr. 14, Marburg
 Gebühren: auf Anfrage
 Auskunft: Frau Löwer, Tel. 06421 2865638

3P Carotisstenose – Stent vs. Operation

Termin: 17.5.2006, 18.00 Uhr
 Referent: Dr. Eckhard Sorges, Holzminden
 Ort: Vortragsraum, Rehabilitationsklinik Carolinum, Mündener Straße 9-13, Bad Karlshafen
 Auskunft: Sekretariat Dr. K. Dechant, Tel. 05672 181-0

1P Neurologische Fortbildung

Termin: Jeden Donnerstag, 16.30 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. D. Claus
 Ort: 4. Obergeschoss, Bibliothek der Klinik für Neurologie, Klinikum Darmstadt/Eberstadt, Heidelberger Landstr. 379, Darmstadt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Claus, Tel. 06151 107-4501

AG Epileptologie

Termin: Jeden 1. Dienstag des Monats, 19.00 – ca. 20.00 Uhr
 Ort: Konferenzraum des Zentrums für Nervenheilkunde des Universitätsklinikums, 1. Stock, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg
 Auskunft: Prof. Dr. F. Rosenow, PD Dr. H. Hamer, Tel. 06421 2865200

Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie

Termin: Jeden Donnerstag, 12.00 Uhr s.t.
 Leitung: Dr. Volker Jost
 Ort: Raum 2, Krankenhaus Nordwest, Steinbacher Hohl, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Dr. Jost, Tel. 069 7601-3355

NEURORADIOLOGIE

2P Neuroradiologisches Forum: Differentialdiagnostik Kindlicher Hirntumoren

Termin: 9.5.2006, 17.00 Uhr
 Referentin: PD Dr. Monika Warmuth-Metz, Würzburg
 Ort: Universitätsklinikum, Hörsaal, Institut für Neuroradiologie, Schleusenweg 2-16, Frankfurt
 Auskunft: Dr. Özlem Gürvit, Tel. 069 6301-5462

NOTFALLMEDIZIN

2P Notfallmedizinisches Kolloquium: Das MANV und Ü-MANV-Konzept

Termin: 10.5.2006, 17.00 Uhr s.t. – 19.00 Uhr
 Referent: Dr. Brodermann
 Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz, Prof. Dr. Sigmund
 Ort: Kleiner Hörsaal EG 00D315, Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Straße 100, Wiesbaden
 Auskunft: Dres. Fischbach, Kursatz, Tel. 0611 43-2169

2P Monatliche Rettungsdienstfortbildung in Kassel

Termin: jeden 2. Montag, 17.00 Uhr
 Ort: Großer Lehrsaal Feuerwache 1, Wollhager Straße 25, Kassel
 Leitung: Markus Both, Tel. 0163 7391137,
www.notfall-medizin-in-hessen.de

Mega-Code-Reanimations-Training

Termine: auf Anfrage
 Ort: Erbach, Gesundheitszentrum (Kreiskrankenhaus); Darmstadt, Alice-Hospital; Neu-Isenburg, Facharztzentrum
 Auskunft: M. Pfann, R. Müller, Tel. 0171 2891880

NUKLEARMEDIZIN

2P Klinikkonferenz PET

Termin: Jeden ersten Donnerstag, 17.00 Uhr
 Ort: Klinik für Nuklearmedizin der JWG-Universität, Haus 21 D, 1. OG, Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Grünwald, Tel. 069 6301-4330

Nuklearmedizinische Fallvorstellungen Fulda und Umgebung

Termin: Jeden zweiten und vierten Mittwoch im Monat, jeweils 18.00 Uhr
 Ort: Nuklearmedizinische Praxis Fulda, Bahnhofstraße 25, Gesundheitszentrum am Herz Jesu Krankenhaus
 Auskunft: Dr. C. Körber, Dr. N. Körber-Hafner, Tel. 0661 77945

ONKOLOGIE

Neue Entwicklungen in der Onkologie

Termin: 2.5.2006, 19.30 - 22.00 Uhr
 Referenten: Dr. D. Gerhartz, Prof. Dr. Frickhofen
 Ort: Ärztehaus, Abraham-Lincoln-Straße 36, Wiesbaden
 Veranstalter: Medizinische Gesellschaft Wiesbaden e.V.
 Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede, Tel. 0611 7100-14 o. -13

4P Interdisziplinäre Onkologische Fallbesprechungen

Termin: 3.5.2006, 17.00 Uhr
 Ort: Cafeteria, St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25, Hanau
 Veranstalter: Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V., Ärzterein Hanau e.V.
 Auskunft: Sekretariat Dr. G. Lautenschläger, Tel. 06181 255535



3P Onkologischer Arbeitskreis Wiesbaden

Termin: 3.5.2006 und 17.5.2006, 18.00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. N. Frickhofen
Ort: Sitzungssaal 99D302, Tumorboard-Raum,
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhardt-Str. 100, Wiesbaden
Auskunft: Sekretariat Onkologischer Schwerpunkt, Tel. 0611 43-3333

3P Psychoonkologische Supervision für Ärzte und Psychotherapeuten

Termin: 9.5.2006, 19.00 Uhr
Leitung: Dr. E. Staib-Sebler
Ort: Konferenzraum Gebäude A, 4. OG, Raum 451,
Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Straße 2, Frankfurt
Auskunft: Tumordokumentationszentrale Frau Altmann,
Tel. 069 9533-2410

Arbeitskreis Onkologie: Diagnostik und Therapiekonzepte des Oesophaguscarcinoms

Termin: 10.5.2006
Referent: PD Dr. Markus Möhler, Mainz
Ort: Gemeinschaftsraum 2. Stock, Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst,
Gotenstraße 6-8
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. G. Derigs, Tel. 069 3106-3320

Integrative Onkologie: Schulmedizin, Naturheilkunde und Psychoonkologie – 3 Säulen oder ein Netzwerk für unsere PatientInnen

Termin: 16.5.2006, 20.00 Uhr
Referentin: Dr. Jutta Hübner
Ort: Hörsaal Parkblick der Habichtswaldklinik,
Wiegandstraße 1, Kassel
Veranstalter: Deutscher Ärztinnenbund Kassel
Auskunft: Dr. Jutta Hübner, Tel. 0561 3108553

2P Klinisch-pathologisch-onkologische Konferenz

Termin: 17.5.2006, 17.00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. Rüschoff, Dr. Hottenrott, Dr. Stahl, Dr. Dausch, Dr. Michels
Ort: Konferenzraum Hospital zum Heiligen Geist,
Am Hospital 6, Fritzlar
Auskunft: Sekretariat Dr. Michels, Tel. 05622 997-260

3P Netzwerk Rhein-Main – Lungentumore, Qualitätssicherung beim NSCLC

Termin: 17.5.2006, 18.00 – 20.15 Uhr
Leitung: Prof. Dr. Lothar Bergmann
Ort: Haus 23A, Hörsaal 23-4, Universitätsklinikum,
Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
Auskunft: Angelika Hipfel, Tel. 069 6301-7969

4P Onkologisches Konsil

Termin: 19.5.2006, 16.30 Uhr
Leitung: Prof. Dr. H. Morr
Ort: Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Morr, Tel. 06449 927-261

2P Was gibt es Neues in der operativen Therapie endokriner Tumore?

Termin: 31.5.2006, 18.15 – 20.00 Uhr
Referent: Prof. Dr. A. Zieles, Offenbach
Leitung: Prof. Dr. N. Frickhofen
Ort: 2. Stock, Personalcasino, hintere Räume,
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhardt-Str. 100, Wiesbaden
Auskunft: OSP-Sekretariat, Tel. 0611 43-3333

3P Onkologischer Arbeitskreis

Termin: Jeden Montag, 16.00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. Dieter Fritze
Ort: 3. Obergeschoss, Konferenzraum der Medizinischen Kliniken,
Raum 527-529, Klinikum Darmstadt, Grafenstraße 9, Darmstadt
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Kober, Tel. 06151 107-6851

1P Interdisziplinäres chirurgisch onkologisches Kolloquium

Termin: Mittwochs, 13.15 Uhr
Ort: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung, Klinikum Offenbach,
Starkenburgring 66, Offenbach
Auskunft: PD Dr. C. Tonus, Tel. 069 8405-3043 oder -3941

2P Interdisziplinäres onkologisches Kolloquium

Termin: Jeden Dienstag, 17.00 Uhr s.t. – 18.00 Uhr
Ort: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung,
Leimenstraße 20, Hanau
Leitung: Chirurgie: Prof. Dr. Valesky; Med. Onkologie und Hämatologie:
PD Dr. Burk; Radioonkologie: PD Dr. Zierhut; Radiologie:
Prof. Dr. Dinkel; Gastroenterologie: Prof. Dr. Teschke; Nuklear-
medizin: PD Dr. Zimny; Pneumologie: Dr. Thöming, Prof. Dr.
Kromer; Pathologie: Dr. Blasius; Gynäkologie: PD Dr. Müller
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Valesky, Tel. 06181 2962810

Interdisziplinäre Tumorkonferenz – Fallbesprechung, Patientinnen-Vorstellung

Termin: Jeden Mittwoch, 14.30 Uhr
Ort: Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe der
JWG-Universität, Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 14, EG,
Onkologische Tagesklinik
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Kaufmann, Tel. 069 6301-5224

2P Interdisziplinäres Tumorboard

Termin: wöchentlich Donnerstags, 7.30 – 8.30 Uhr
Leitung: Prof. Bechstein, Innere Medizin-Gastroenterologie:
Prof. Caspary, Innere Medizin-Hämatonkologie:
Prof. Bergmann, Strahlentherapie: Prof. Böttcher, Radiologie:
Prof. Vogl, Orthopädie: PD Dr. Kurth, Allgemeine Chirurgie:
Prof. Bechstein, Palliativmedizin: Hospital für Palliative Medizin
Ort: Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie der JWG-Universität
Auskunft: Dr. Christiane Gog, Tel. 069 6301-6682

2P Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Termin: Jeden Donnerstag, 16.00 Uhr s.t.
Leitung: Prof. Dr. R. Engenhardt-Cabilic, Prof. Dr. W. Padberg,
Prof. Dr. Dr. F. Grimminger
Ort: Bibliothek der Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik,
Universität Gießen, Langhansstraße 4, Gießen
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Engenhardt-Cabilic, Tel. 0641 9941700

2P Chirurgisch-/Gastroenterologische Tumorkonferenz

Termin: Jeden Dienstag 15.30 - 16.30 Uhr
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
Ort: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
Auskunft: Sekretariat PD Dr. A. Hellinger oder Prof. Dr. Jaspersen,
Tel. 0661 84-5611 oder -5421

2P Interdisziplinäre Tumorkonferenz gynäkologischer Tumoren einschließlich Mammakarzinom

Termin: Jeden Montag 16.00 – 17.00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. H.J. Feldmann, Dr. A. Hertel,
Prof. Dr. H. Arps
Ort: Bibliothek der Frauenklinik, Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling, Tel. 0661 842530



Interdisziplinäre Tumorkonferenz – Radioonkologie

Termin: Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr
 Ort: Demonstrationsraum – Radiologie-Zentrum, Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
 Leitung: 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. 0661 846341

Kasseler Tumorkonferenz

Termin: Jeden 2. Montag im Monat, 18.00 – 21.00 Uhr
 Leitung: 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
 Ort: Praxisgemeinschaft Hämatologie/Onkologie, Hörsaal Pathologie des Klinikums Kassel
 Auskunft: Sekretariat Prof. M. Wolf, Tel. 0561 9803046 oder Sekretariat Dr. U. Söling, Tel. 0561 7393372

3P Interdisziplinäres Tumorboard des OSP

Termin: Donnerstags 16.30 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. N. Frickhofen, Anmeldung von Patienten schriftlich
 Ort: Raum 99D302, Untergeschoß Hauptgebäude, Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden
 Auskunft: OSP-Sekretariat, Tel. 0611 43-3333

Interdisziplinäres Forum für Onkologie, Patientenbesprechung

Termin: Jeden Montag, 17.00 Uhr
 Ort: 4. OG, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden
 Anmeldung: Praxis Hämatologie/Onkologie, Dr. Josten, Tel. 0611 577474

Tumorboard – Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen des onkologischen Schwerpunktes

Termin: Jeden Mittwoch, 16.15 Uhr
 Ort: Besprechungsraum 1. Stock, St.-Vincenz-Krankenhauses, Auf dem Schafsberg, Limburg
 Auskunft: Sekretariat Dr. K.-P. Schalk, Tel. 06431 2924451

2P Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Termin: Jeden 1. Mittwoch des Monats, 14.30 – 15.30 Uhr
 Referenten: Internistische Onkologie und Hämatologie: Dr. R. Kleinschmidt; Gastroenterologie und Hepatologie: Prof. Dr. A. Dignaß; Chirurgie: Prof. Dr. K. H. Fuchs; Gynäkologie: Prof. Dr. Gauwerky; Radiologie: Prof. Dr. Hermann; Pathologie: PD Dr. Falk, Prof. Dr. Lange; Plastische Chirurgie: PD Dr. Exner; Urologie: Prof. Dr. Sohn
 Leitung: Dr. R. Kleinschmidt
 Ort: Dr. Loewe Seminarraum, 1. Stock, Hauptgebäude A, Raum A 103, Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epsteinstraße 2, Frankfurt
 Auskunft: Tumordokumentationszentrale Frau Altmann, Tel. 069 9533-2410

3P Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Termin: Jeden 1. Montag des Monats, 17.00 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. Christian Löser
 Ort: Konferenzraum C, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Hansteinstraße 29, Kassel
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Christian Löser, Tel. 0561 3086-441

1P Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Termin: Jeden Donnerstag, 15.30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. H.-J. Glaser, Dr. H. Krakert, Dr. D. Mosch, PD Dr. R. Schwandner, PD Dr. C. Tonus
 Ort: Besprechungsraum Radiologie, Herz-Jesu-Krankenhaus, Buttlarstraße 74, Fulda
 Auskunft: Sekretariat Prof. Glaser, Tel. 0661 15301

2P Öffentliches Onkologisches Kolloquium: Fallkonferenz des Interdisziplinären Tumorzentrums Nordwest

Termin: ganzjährig Mittwochs, 16.15 – 17.15 Uhr
 Leitung: Onkologie/Hämatologie: PD Dr. Eckhart Weidmann, Prof. Dr. E. Jäger; Chirurgie: Prof. Dr. T.W. Kraus; Radioonkologie: PD Dr. M. van Kampen; alle anderen am Krankenhaus Nordwest ansässigen Fachabteilungen sind vertreten
 Ort: Kommunikationszentrum, Krankenhaus Nordwest, Steinbacher Hohl, Frankfurt
 Auskunft: PD Dr. E. Weidmann, Tel. 069 7601-3340 o. S. Gragert -3008, M. Ludwig -3751

3P Interdisziplinäre Tumorkonferenz an der DKD

Termin: Montags, 16.45 Uhr
 Organisation: Praxis Hämatologie/Onkologie, Dr. Josten, Dr. Klein
 Ort: Demonstrationsraum Radiologie, 3. OG, Haus A, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden
 Auskunft: Dr. Roland Conradi, Tel. 0611 577-642

2P Interdisziplinäres onkologisches Kolloquium

Termin: jeden Donnerstag, 16.15 – 17.30 Uhr
 Ort: Demonstrationsraum des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie im Klinikum Wetzlar, Forsthausstraße 1, Wetzlar
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K. Rauber, Tel. 06441 79-2451

ORTHOPÄDIE

Wissenschaftliches Kolloquium: Myths and facts in quality control of chondrocytes for cartilage repair

Termin: 3.5.2006, 16.30 Uhr
 Referentin: Prof. Dr. Wiltrud Richter, Heidelberg
 Ort: Hörsaal des Paul-Ehrlich-Instituts, Paul-Ehrlich-Straße 51-59, Langen
 Auskunft: Silke Gutermuth, Tel. 06103 77-1004

3P Der chronische Handgelenksschmerz – Ätiologie und Therapie

Termin: 17.5.2006, 18.00 – 20.00 Uhr
 Referenten: Prof. Dr. H. Menke, PD Dr. K. de Groot, Dr. M. Tränkle, PD Dr. P. Hahn, PD Dr. J. van Schoonhoven, Dr. Winkel
 Leitung: Prof. Dr. H. Menke
 Ort: Klinikum Offenbach, Dr. Erich-Rebentisch-Zentrum, AOP-1. Stock, Starkenburgring 66, Offenbach
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Menke, Tel. 069 8405-5141

3P Symposium: Endoprothetik/Revisionsendoprothetik – Hüfte, Knie, Schulter

Termin: 31.5.2006, 17.00 – ca. 19.45 Uhr
 Referenten: Prof. Dr. Bernd-August Blencke, Prof. Dr. Markus Lengsfeld, Dr. Franz-Josef Müller, Prof. Dr. Werner Konermann
 Leitung: Prof. Dr. M. Lengsfeld
 Ort: Tagungssaal AOZ Rehavit, Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau, Am Mühlberg 3, Hess. Lichtenau
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Lengsfeld, Tel. 05602 83-1201



PALLIATIVMEDIZIN

Begegnungen mit Angehörigen Schwerkranker und Sterbender

Termin: 17.5.2006, 15.30 Uhr
 Referent: Rüdiger Haar
 Ort: Kolpinghaus, Kassel
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Christian Löser, Tel. 0561 3086-441

1. Weiterbildungskurs Palliativmedizin

Termin: 18.5. – 22.5.2006
 Leitung: Prof. Dr. Elke Jäger
 Ort: Raum Taunus, Kommunikationszentrum, Krankenhaus Nordwest, Steinbacher Hohl 2-26, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jäger, Tel. 069 7601-3340

PATHOLOGIE

2P Interdisziplinäre autopsische und biopsische Fallbesprechung

Termin: Jeden Donnerstag, 13.00 Uhr s.t.
 Leitung: Prof. Dr. P. J. Klein
 Ort: Hörsaal Pathologie, 1. UG, Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst
 Auskunft: Sekretariat, Tel. 069 3106-2342

PSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTHERAPIE

20P Workshop Psychoanalytische Paartherapie – Eifersucht und Untreue

Termin: 11.5. – 14.5.2006
 Referent: Prof. Dr. Peter Kutter, Dr. Gerhard Nieder
 Leitung: Dr. Bernd Boettger, Dr. Klaus Kocher
 Ort: Burckhardtthaus Gelnhausen
 Veranstalter: Institut für Paartherapie (IfP) e.V.
 Kosten: Euro 595,-
 Auskunft: Tel. 069 95059019 oder www.paarinstitut.de

2P Liebe, Leidenschaft und Eifersucht – Turbulenzen der Gefühle im Spiegel der Psychoanalyse

Termin: 12.5.2006, 20.00 – 22.00 Uhr
 Referent: Prof. Peter Kutter, Stuttgart
 Ort: Evangelischer Regionalverband, Reineigrabenstraße 10, Frankfurt
 Veranstalter: Institut für Paartherapie (IfP) e.V.
 Eintritt: Euro 3,- (Öffentlicher Vortrag)
 Auskunft: Tel. 069 95059019 oder www.paarinstitut.de

11P Burnout-Prophylaxe 5 – Professionelle Kommunikation im ärztlichen Berufsalltag

Termin: 13.5.2006, 10.00 – 18.00 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. D. Heinrich
 Ort: Institut für integrative Psychologie und Medizin, IMP-Haus
 Kosten: Euro 125,-
 VNR: 2760602006033780012
 Auskunft: Elvira Heimann, Tel. 06403 6614

11P Burnout-Prophylaxe 3 – Effektive Selbsthypnose für mich und meinen Berufsalltag

Termin: 20.5.2006, 10.00 – 18.00 Uhr
 Leitung: Prof. Dr. D. Heinrich
 Ort: Institut für integrative Psychologie und Medizin, IMP-Haus
 Kosten: Euro 125,-
 Auskunft: Elvira Heimann, Tel. 06403 6614

3P Testdiagnostik bei Verdacht auf dementielle Entwicklung

Termin: 15.5.2006, 14.30 – 15.30 Uhr
 Referent: Dipl.-Psych. Henrik Weinrebe

Ort: Konferenzraum, Rehbergpark, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Austraße 40, Herborn
 Auskunft: Sekretariat Monika Parma, Tel. 02772 504-501

3P Psychotherapie bei erstmals schizophran erkrankten Patienten. Studienergebnisse aus dem Kompetenznetz Schizophrenie

Termin: 17.5.2006, 14.30 – 16.00 Uhr
 Referent: PD Dr. Stefan Klingberg, Tübingen
 Ort: Konferenzraum, Rehbergpark, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Austraße 40, Herborn
 Auskunft: Sekretariat Monika Parma, Tel. 02772 504-501

3P Fallvorstellung aus dem Behandlungsschwerpunkt „Persönlichkeitsstörungen“

Termin: 29.5.2006, 14.30 – 15.30 Uhr
 Referentem: Team der Station 1
 Ort: Konferenzraum, Rehbergpark, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Austraße 40, Herborn
 Auskunft: Sekretariat Monika Parma, Tel. 02772 504-501

10P 2. Hadamarer Frauenfachtagung: Sind Frauen ‚anders‘ anders? Persönlichkeitsstörungen von Frauen im Maßregelvollzug

Termin: 29.5. – 30.5.2006
 Leitung: Dr. Margarethe Philipp
 Ort: Festsaal, Klinik für forensische Psychiatrie Hadamar, Mönchberg 8, Hadamar
 Kosten: Euro 90,-
 VNR: 2760602006030140012
 Auskunft: Sekretariat Dr. M. Philipp, Tel. 06433 917248

3P Im Rahmen des 5. regionalen Netzwerktreffen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung: Komorbidität von PTBS und BPS - Neurobiologische und klinische Bedeutung

Termin: 31.5.2006, 14.30 – 16.00 Uhr
 Referent: Prof. Dr. Martin Driessen, Bielefeld
 Termin: 31.5.2006, 16.30 – 17.30 Uhr
 Leitung: Dr. Matthias Bender, Horst Dörner
 Ort: Konferenzraum, Rehbergpark, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Austraße 40, Herborn
 Auskunft: Sekretariat Monika Parma, Tel. 02772 504-501

4P Balintgruppe

Termin: Mittwochs, 14-tägig, 17.30 - 19.30 Uhr s.t.
 Ort: Praxis Klauenflügel, Bingertstraße 31, Wiesbaden
 Auskunft: Dr. L. Albers, J. Klauenflügel (ermächtigt), Tel. 0611 5640965

3P Balintgruppe

Termin: Donnerstags, 14-tägig, 20.15 Uhr
 Ort: In den Räumen der Praxis Albrecht/Bernhardt/Schmidt, Raun2, Nidda
 Auskunft: Dr. Christel Albrecht, Tel. 06043 2565

3P Balintgruppe

Termin: Montags, 14-tägig, 20.15 Uhr
 Ort: Praxis Ulrich Breidert-Achterberg, Nahrungsberg 53, Gießen
 Auskunft: Ulrich Breidert-Achterberg, Tel. 0641 44683

3P Balintgruppe

Termin: Mittwochs, alle 2-3 Wochen, 16.45 - 18.15 Uhr
 Ort: Kinzigtal-Klinik, Parkstraße 7-9, Bad Soden-Salmünster
 Auskunft: Sekretariat Dr. R. Czwalinna, Tel. 06056 737601

**3P Balintgruppe**

Termin: Mittwochs, 14-tägig, 20.00 – 21.30 Uhr s.t.
Ort: Praxis Pierre E. Frevert, Liebigstraße 8a, Frankfurt
Auskunft: P. E. Frevert, Tel. 069 599913

2P Balintgruppe

Termin: Dienstags, 14-tägig, 19.15 – 20.45 Uhr
Ort: Bleichstraße 19/21, Darmstadt
Auskunft: Dr. Georg Frieß, Tel. 06151 25519

4P Balintgruppe

Termin: Montags, 14-tägig, 19.45 Uhr
Ort: Frankfurt-Westend, Praxis Dr. Christa Hohmann
Auskunft: Tel. 069 724429

6P Balintgruppe

Termin: Samstags, vierwöchentlich, 9.30 – 15.00 Uhr
Ort: Walter-Voß-Weg 12, Marburg
Auskunft: Dr. Michael Knoll, Tel. 06031 891319

4P Balintgruppe

Termin: Donnerstags, 4wöchentlich
Ort: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Johann-Peter-Schäfer-Str. 3, Friedberg
Anmeldung: Sekretariat Dr. M. Knoll, Tel. 06031 891319

3P Balintgruppe

Termin: Mittwoch und Donnerstag, zwei Sitzungen im Monat im
Frankfurter Nordend
Leitung: Dr. Gabriele Otto, Tel. 069 594450

4P Balintgruppe

Termin: Montags, 14-tägig, 19.30 Uhr
Ort: Holzhausenstr. 63, Frankfurt
Leitung: Dr. Hans-Joachim Rothe, Tel. 069 592258

Balintgruppen

3P Montags, zweiwöchentlich
5P Samstags, monatlich
Ort: Praxis Dr. Mario Scheib, Kettenhofweg 137, Frankfurt
Auskunft: Tel. 0700 99 10 00 00

3P Balintgruppe mit dem Schwerpunkt Behandlung von Traumapatienten mit dem Schwerpunkt Behandlung von Traumapatienten

Termin: Donnerstags, 14-tägig, 19.30 Uhr
Ort: Praxis Kaiserstraße 61, Offenbach
Auskunft: Dr. Karla Schmidt-Riese, Tel. 069 888061

4P Balintgruppe

Termin: Mittwochs 19.30 Uhr, 4-wöchentlich
Ort: Stiftshof 1, Kaufungen
Auskunft: Dr. R. Tonfeld, Tel. 05605 91073

3P Balintgruppe

Termin: Mittwochs, 14-tägig, 17.30 – 19.00 Uhr
Ort: Rodensteinstr. 83, Bensheim
Auskunft: Dr. M. Vandewall, Tel. 06251 68510

3P Balintgruppe

Termin: Dienstags 14-tägig, 19.30 Uhr
Ort: Paulustor 10A, Fulda
Auskunft: Dr. U. Walter, Tel. 0661 9014960

4P Balintgruppe

Termin: Donnerstag, 14-tägig, 19.00 – 21.00 Uhr
Ort: Praxisräume Teutonenstr. 52, Wiesbaden
Auskunft: Dr. A. von Wietersheim-Illers, Tel. 0611 807209

Balintgruppe

monatlich Blockseminar und lfd. Gruppen
Psychosomatische Grundversorgung
auf Anfrage
Termin: Kassel
Ort: Dr. Wienforth, Tel. 05662 2629 oder Dr. Bornhütter,
Tel. 0561 315183

65P Psychosomatische Grundversorgung

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung
Psychotherapie
Termin: Kontinuierliche Balintgruppe Theorie 50 Stunden
Leitung: Dr. Herzig, Prof. Krause, Dr. Schüler-Schneider
Ort: Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt
Gruppensupervision
Termin: Beginn Januar 2006, wöchentlich, jeweils 90 Minuten
Auskunft: Dr. Schüler-Schneider, Tel. 069 635363

Progressive Muskelrelaxation

Termin: Seminar mit 8 Doppelstunden, 5 x Donnerstags,
18.30 – 21.45 Uhr, bzw. 2 x bis 21.15 Uhr
Leitung: Dr. Renate Herzig
Ort: Rohrbachstraße 7, Frankfurt
Auskunft: Dr. Herzig, Tel. 069 467995

3P Psychoanalytische Selbsterfahrungsgruppe

Anerkannt für die Psychotherapeutische, Psychosomatische und
Psychiatrische Facharztweiterbildung
18.00 Uhr
Termin: Stresemannallee 11, Frankfurt
Ort: Dr. Axel Schüler-Schneider, Tel. 069 635363

Psychosomatische Grundversorgung

Theorie und Technik der Verbalen Intervention

5P Balintgruppe

Termin: Montags, 1xmonatlich, 19.00 - 22.00 Uhr

5P Balintgruppe

Termin: Samstags, 1xmonatlich, 9.30 - 12.30 Uhr

Autogenes Training

Anwenderorientierte Grund- und Fortgeschrittenenurse mit
jeweils 8 Doppelstunden
Leitung: Dr. Stjepan Pervan, 069 59790709
Ort: Humboldtstraße 25, EG, Frankfurt,
www.psychosomatikpervan.de

3P Supervision

Termin: Einzelsupervision, 14-tägig, Termin nach Vereinbarung
Ort: Dr. Lutz Oehlmann, Braacher Straße 3, Rotenburg a.d.Fulda
Auskunft: Tel. 06623 919888

3P Einzelsupervision

Termin: zweiwöchentlich, nach Vereinbarung
Ort: Dr. Christa Brinkmann, Antoniterstraße 3, Frankfurt
Auskunft: Tel. 069 3088787

Psychoonkologische Supervision für psychologische und ärztliche Psychotherapeuten

Termin: Erster Mittwoch des Monats, 18.00 - 20.00 Uhr
Ort: Praxis Kretzschmar, Nussbaumstrasse 5, Wiesbaden
Auskunft: Dipl.-Psych. A. Kretzschmar, Tel. 0611 846840



QUALITÄTSSICHERUNG

2P Qualitätsmanagement in der Klinik – Hintergründe, Grundlagen, Pro und Contra
 Termin: 3.5.2006, 17.00 Uhr s.t.
 Referent: Dr. Roland Kaiser
 Ort: Hörsaal des Zentrums der Psychiatrie, Haus 93A, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Konrad Maurer, Tel. 069 6301-5997

Qualitätszirkel: Psychopharmaka
 Termin: 10.5.2006, 19.30 Uhr
 Referent: Dr. A. Cherdrón
 Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Abraham-Lincoln-Straße 36, Wiesbaden
 Veranstalter: Deutscher Ärztennebund Wiesbaden
 Auskunft: Dr. Brigitte Schuler, Tel. 0611 524320

4P Qualitätszirkel: Ökonomie
 Termin: 16.5.2006, 19.00 – 21.00 Uhr
 Ort: Raum 10.01, KV Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, Frankfurt
 Auskunft: Dr. Martin H. Wesner, Tel. 0170 7767202

4P Qualitätszirkel: Schmerztherapie
 Termin: 22.5.2006, 20.00 - 22.00 Uhr
 Ort: Saal, 7. Obergeschoss, St. Josefskrankenhaus, Solmsstraße 15, Wiesbaden
 Veranstalter: Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden
 Kursnummer: 2760302006000170018
 Auskunft: Sekretariat Dr. Th. Nolte, Tel. 0611 7167751

Qualitätszirkel: Methodenintegration in der Psychotherapie
 Termin: Mittwochs, 20.00 Uhr, monatlich
 Auskunft: Dipl.-Psych. Dieter Bruns, Tel. 0561 32704

4P Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Vom Erstinterview zum Kassenantrag – Psychodynamische Konzepte
 Termin: Mittwochs 20.00 – 22.00 Uhr
 Ort: jeweils 10 Treffen pro Jahr in Frankfurt-Praunheim
 Auskunft: Dr. Cordula Damm, Tel. 069 762018

4P Qualitätszirkel Psychotherapeuten Kassel
 Termin: Freitags, 19.00 Uhr, monatlich
 Ort: Praxis Koch/Poser, Sickingenstraße 10, Kassel
 Auskunft: Dipl.-Psych. Andreas Koch, Tel. 0172-2812328

4P Qualitätszirkel tiefenpsychologische Psychotherapie
 Ort: Praxis Dr. Mink, Weilstraße 8, Wiesbaden
 Termin: monatliche Sitzung dienstags, 19.30 Uhr
 Auskunft: Dr. N. Mink, Tel. 0611 528822

Qualitätszirkel: Netzwerk Kompetenz Hanau
 Termin: jeden 2. Dienstag im Monat, 19.30 – 21.30 Uhr
 Ort: Psychotherapeutische Praxis, Rosenstraße 4, Hanau
 Auskunft: Wolfgang Müller-Holz, Tel. 06181 24166

4P Qualitätszirkel: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – vom Erstinterview zum Behandlungsende
 Termin: Dienstags, monatlich 19.30 - 21.00 Uhr
 Auskunft: Barbara Ullrich, Tel. 069 551725

RADIOLOGIE

2P Gefäßforum Offenbach: Interdisziplinäre Fallvorstellung und Indikationsbesprechung
 Termin: 10.5.2006, 17.30 Uhr
 Ort: Demoraum des Röntgeninstituts, Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. N. Riling, Prof. Dr. A. Billing, Tel. 069 8405-4280 o. -5590

9P Aktualisierungskurs im Strahlenschutz (gem. § 18a Abs. 2 RöV 2002)
 Termin: 20.5.2006, 8.00 – 16.00 Uhr
 Ort: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung, Städt. Kliniken Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach
 Gebühr: Euro 80,-
 Auskunft: Dr. Joachim Lang, Tel. 069 8405-4023

Schädelbasiskonferenz
 Termin: jeden Donnerstag, 16.00 – 16.45 Uhr
 Referenten: Prof. Dr. H. Arps, Prof. Dr. R. Behr, Prof. Dr. W. Draf, Prof. Dr. H.-J. Feldmann, PD Dr. A. Hertel, Prof. Dr. H.-G. Höffkes, Prof. Dr. E. Hofmann
 Ort: Demonstrationsraum, Radiologie-Zentrum, Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. E. Hofmann, Tel. 0661 84-6221

Senologische Fallkonferenz – multidisziplinär prä-/postoperativ
 Termin: Jeden Donnerstag, 8.00 – 9.00 Uhr
 Ort: Konferenzraum 3. Stock, Frauenklinik, Städt. Kliniken Frankfurt-Höchst
 Auskunft: Sekretariat Radiologie, Tel. 069 3106- 2716

Interventionelle Therapiemaßnahmen: Thermoablation (Laser, RF), vaskuläre Therapie, Vertebroplastie
 Termin: Jeden Montag 15.30 Uhr
 Ort: Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums, Demonstrationsraum, IDIR, Haus 23A, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Thomas Vogl, Tel. 069 6301-7277

Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenz Neurologie-Gefäßchirurgie-Neuroradiologie
 Termin: Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr
 Ort: Institut für Neuroradiologie der JWG-Universität, Demonstrationsraum Neuroradiologie, Untergeschoss, Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt
 Auskunft: PD Dr. J. Berkefeld, Tel. 069 6301-5462

2P Arbeitskreis Gefäßmedizin
 Termin: Jeder zweite Mittwoch des Monats, 17.00 Uhr
 Ort: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung, Erdgeschoß, St.-Vincenz-Krankenhaus, Auf dem Schafsberg, Limburg
 Auskunft: Dr. F. Rabe-Schmidt, Gefäßchirurgie, Tel. 06431 2924401 oder Dr. S. Eichinger, Radiologie, Tel. 06431 2924555

1P Weiterbildungs-/Fortbildungsforum Radiologie
 Termin: Jeden Mittwoch, 7.30 – 8.30 Uhr
 Ort: Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Bibliothek, IDIR, Haus 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Kursnummer: 060-05-50887-000
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Vogl, Tel. 069 6301-7277



SCHMERZTHERAPIE

4P Schmerzkonferenz

Termin: 2.5.2006, 19.00 Uhr

4P Qualitätszirkelsitzung

Termin: 2.5.2006, 20.00 Uhr

Ort: Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V.,
Rossmarkt 23, Frankfurt

Auskunft: Dr. Thomas Flöter, Tel. 069 29988077

Interdisziplinäre Schmerzkonferenz

Termin: 4.5.2006, 16.00 Uhr s.t.

Ort: Seminarraum der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Schmerztherapie und Palliativmedizin, Ebene 10,
Rudolf-Buchheim-Straße 7, Gießen

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Hempelmann, Tel. 0641 99-44440

3P Schmerzkonferenz

Termin: 4.5.2006, 19.00 – 20.30 Uhr

3P Somatoformer Schmerz: Entstehung, Diagnose und Behandlung

Termin: 4.5.2006, 20.30 – 22.00 Uhr

Referent: PD Dr. Ralf Nickel, Wiesbaden
Ort: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im Medienzentrum,
Bethanien-Krankenhaus, Prüfling, Haus E, 3. Stock,
Im Prüfling 21-25, Frankfurt

Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt, Tel. 069 463738

3P Schmerzkonferenz

Termin: 18.5.2006, 19.00 – 20.30 Uhr

3P Schnittbilddiagnostik im Bereich der Wirbelsäule

Termin: 18.5.2006, 20.30 – 22.00 Uhr

Referent: Dr. E. Rautschka
Ort: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im Medienzentrum,
Bethanien-Krankenhaus, Prüfling, Haus E, 3. Stock,
Im Prüfling 21-25, Frankfurt

Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt, Tel. 069 463738

4P Schmerzkonferenz

Termin: 22.5.2006, 18.00 – 20.00 Uhr

Ort: Saal, 7. Obergeschoss, St. Josefskrankenhaus,
Solmsstraße 15, Wiesbaden

Veranstalter: Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden

Kursnummer: 2760302006000170018

Auskunft: Sekretariat Dr. Th. Nolte, Tel. 0611 7167751

3P Interdisziplinäre Schmerzkonferenz

Termin: 24.5.2006, 19.30 – ca. 22.00 Uhr

Ort: Schmerz- und PalliativZentrum, Robert-Kirchner-Straße 15, Fulda

Auskunft: Thomas Sitte, Tel. 0661 9015016

2P Interdisziplinäre Schmerzkonferenz

Termin: Jeder letzte Mittwoch im Monat, 17.00 – 19.00 Uhr

Leitung: Dr. Sebastian Eichinger, Dr. Christoph Lerchen

Ort: Seminarraum, St.-Vincenz-Krankenhauses,

Auf dem Schafsberg, Limburg

Auskunft: Sekretariat Dr. S. Eichinger, Tel. 06431 2924551

Offene Schmerzkonferenz

Termin: jeden ersten Dienstag im Monat

Ort: Räume der KV Fulda, Pacelli-Allee 4, Fulda

Auskunft: Wolfgang Herke, Tel. 0661 8080 oder

Dr. Beatrix Scheich-Hoffmann, Tel. 0661 62785

SONSTIGES

1P Journal Club

Termin: 17.5.2006, 7.15 – 8.00 Uhr

Referent: Prof. Kessler

Ort: Besprechungsraum Anästhesie, Orthopädische Universitätsklinik
Friedrichsheim, Marienburgstraße 2, Frankfurt

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Paul Kessler, Tel. 069 6705262

48P Fliegerarztlehrgang: Intern. AME-Seminar, FAA

Termin: 13.7. – 16.7.2006

Leitung: Prof. Dr. U. Stüben

Ort: Hotel Dorint Sofitel, Wiesbaden

Veranstalter: Deutsche Akademie für Flug- und Reisemedizin

Auskunft: T. Hay, Tel. 069 696-91222 oder www.flugmed.org**Arbeitskreis für TCM**

Termin: Jeden Mittwoch von 19.00 – 21.30 Uhr im Semester

Ort: Arbeitskreis für TCM der JWG-Universität, Hörsaal der
Gynäkologie, 2. Stock, FrauenklinikAuskunft: Dr. Michael Grandjean und Dr. Klaus Birker,
Tel. 06142 965959 oder 06775 308**Frankfurter Curriculum für Sexualmedizin****ASM Akademie für Sexualmedizin e.V.**

Termin: Neuer zweijähriger Kurs ab November 2005,

Praxis Dr. Berberich, Kasinostraße 31, Frankfurt

Auskunft: Dr. Hermann J. Berberich, Tel. 069 316776

2P Theorie der Humanmedizin (Referate und Diskussion)

Termin: Zweimonatlich Freitags, 17.00 – 19.00 Uhr s.t.

Ort: Praxis Dr. Albers

Auskunft: Ort und Programm unter www.forum-integrierte-medicin.info

SPORTMEDIZIN

14. Internationales Symposium Sport und Medizin**„Rund um den Ball“: Sportmedizinische Themen, insbesondere Verletzungen beim Fußball**

Termin: 19.5. – 20.5.2006

Leitung: Prof. Dr. L. Zichner, Prof. Dr. P. E. Nowacki, PD Dr. M. Engelhardt,
Dr. Dr. Dr. Chr. Raschka, Dr. I. Tusk, Dr. M. Parzeller

Ort: Radisson SAS Hotel, Frankfurterstraße 65, Frankfurt

Auskunft: Intercongress GmbH, Tel. 0761 69699-0 oder
www.sportmedizin-seminare.de

SUCHTMEDIZIN

2P 66. Fürstenwalder Gespräche: Tibetische Farbentherapie – Die Bedeutung der fünf Elemente Farben

Termin: 3.5.2006, 15.00 – 17.00 Uhr

Referent: Dipl.-Biologe Wilfried Pfeffer, Freiburg

Ort: Fachklinik Fürstenwald, Grundweg 2-4, Calden

Auskunft: Sekretariat Dr. H. J. Kronibus, Tel. 05609 629-115

TRANSFUSIONSMEDIZIN

1P Indikationen für AT III, PPSB und Novo Seven

Termin: 24.5.2006, 7.00 – 7.45 Uhr

Referenten: Dr. Kühlbrandt, Prof. Habler

Ort: Hörsaal 22-2, Neues Hörsaalgebäude, Haus 23 A, 1. OG,
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Zwißler, Tel. 069 6301-5867



Fortbildung

1P **Transfusionsmedizinische Fortbildungsveranstaltung**

Termin: Jeden Mittwoch, 15.00 – 16.00 Uhr
 Ort: Bibliothek des Instituts für Transfusionsmedizin,
 Sandhofstraße 1, Frankfurt,
 DRK Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen
 Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Erhard Seifried, Tel. 069 6782201

UROLOGIE

4P **Beckenboden-Insuffizienz**

Termin: 17.5.2006, 17.00 – 20.00 Uhr
 Referenten: Dr. H. Hofmann, Dr. A. Barth, Prof. Dr. E. Hancke
 Ort: Centrum Coloproctologie, Klinik Maingau vom Roten Kreuz,
 Scheffelstraße 2-16, Frankfurt
 Auskunft: Frau Alan, Tel. 069 4980043

Hospitation

Die Klinik für Urologie und Kinderurologie am Krankenhaus
 Nordwest, Prof. Dr. E. Becht, bietet den niedergelassenen
 Kollegen der halb/ganztägigen Hospitation

Anmeldung: Tel. 069 7601-3415

NACH REDAKTIONSSCHLUSS EINGEGANGEN

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Das kontroverse Thema: Hormonersatztherapie – Pro und Contra

Termin: 10.5.2006, 18.15 Uhr
 Referenten: Prof. Dr. Martina Dören, Berlin; Prof. Dr. Herbert Kuhl, Frankfurt
 Moderation: Prof. Dr. Reinhard Bretzel, Prof. Dr. Hans-Rudolf Tinneberg
 Ort: Hörsaal des Neubaus Chirurgie des Universitätsklinikums,
 Rudolf-Buchheim-Straße 7, Gießen
 Veranstalter: Medizinische Gesellschaft Gießen e.V.
 Auskunft: Marion Oberschelp, Tel. 0641 99-48005

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

3P **605. Sitzung der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft: Hautkrebs Heute**

Termin: 7.6.2006, 17.30 Uhr
 Referenten: PD Dr. M. Podda, Prof. Dr. R. Kaufmann, Dr. K. Spieth,
 Prof. Dr. J. Gille
 Moderation: Prof. Dr. R. Kaufmann
 Ort: Großer Hörsaal, Haus 23 A, Hörsaal 3, Universitätsklinikum,
 Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Prof. Dr. Holger F. Rabenau, Tel. 069 6301-5312

INNERE MEDIZIN

Aktuelle Therapie der Herzinsuffizienz, insbesondere nach Myokardinfarkt

Termin: 17.5.2006, 19.30 Uhr
 Referent: Dr. Eberhard Wagner, Rotenburg
 Leitung: Dr. Jürgen Wilhelm
 Ort: Cafeteria des Krankenhauses Eichhof,
 Am Eichberg 41, Lauterbach
 Auskunft: Sekretariat Dr. Wilhelm, Tel. 06641 82-279

ORTHOPÄDIE

Radiosynoviorthese als Therapieoption bei der Rheumatoiden Arthritis

Termin: 3.5.2006, 18.00 Uhr
 Referent: Dr. K. Liepe, Kassel
 Ort: Vortragsraum der Dr. Ebel Fachklinik, Carolinum,
 Mündener Straße 9-13, Bad Karlshafen
 Auskunft: Sekretariat Dr. K. Zentek, Tel. 05672 181-643

SONSTIGES

3P **604. Sitzung der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft: Lässt sich Wissenschaft und Krankenversorgung in einem Universitätsklinikum voneinander trennen?**

Termin: 10.5.2006, 17.30 Uhr
 Referenten: Dipl.Vw I. Gürkan, Prof. Dr. J. Pfeilschifter, Prof. Dr. W. Seeger
 Moderation: Prof. Dr. H.-U. Deppe, Prof. Dr. K.-H. Usadel
 Ort: Großer Hörsaal, Haus 23 A, Hörsaal 3, Universitätsklinikum,
 Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt
 Auskunft: Prof. Dr. Holger F. Rabenau, Tel. 069 6301-5312

Veröffentlichung von Fortbildungsveranstaltungen

Wir bitten die Veranstalter freier ärztlicher Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der LÄK Hessen und der KV Hessen – fünf Wochen vor Erscheinen – die Unterlagen (zusammen mit dem Anerkennungsschreiben der LÄK Hessen) direkt an die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes zu senden. Ab der September-Ausgabe 2005 werden die Veranstaltungen nach Fachgebieten veröffentlicht, geben Sie bitte auch das Fachgebiet Ihrer Veranstaltung an.

Der Antrag auf Anerkennung von Veranstaltungen ist nur noch elektronisch zu stellen (E-Mail-Adresse: onlinezert.laekh.de).

Der elektronische Antrag muss spätestens fünf Wochen vor der Veranstaltung bzw. dem Programmdruck bei der Anerkennungsstelle eingehen. In jedem Fall muss das vollständige Programm mit Ablauf und Referenten und gegebenenfalls die Einladung als Anhang mitgeschickt werden. Für die Punktevergabe gelten die einheitlichen Bewertungskriterien.

Die Veranstalter sind verantwortlich für die Richtigkeit der angegebenen Fortbildungspunkte.

Die Redaktion

Von Beruf Arzt ...

selbstständig, freiberuflich, umsatzsteuerpflichtig

Ursula Schreiber-Popović

Obwohl sich der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) bereits in seinen Urteilen vom 14. September 2000 und vom 10. September 2002 mit den Voraussetzungen für die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher Leistungen befasst hat und diese Urteile konsequent im nationalen Recht angewendet werden, besteht nicht nur innerhalb der Ärzteschaft immer noch Unwissenheit oder zumindest Unsicherheit darüber, wie mit der Frage nach der Umsatzsteuerpflicht ärztlicher Leistungen – und hier insbesondere im niedergelassenen Bereich – umgegangen werden soll.

Wer als Arzt niedergelassen ist, ist selbstständig, in seiner ärztlichen Tätigkeit aber kein Gewerbetreibender. Er ist Freiberufler und Unternehmer.

Selbstständigkeit und Unternehmen

Die Freien Berufe und das Gewerbe haben ihre Gemeinsamkeiten in dem gemeinsamen Begriff der Selbstständigkeit.

Selbstständig ist, wer persönlich und sachlich weisungsfrei, auf eigene Rechnung, im eigenen Namen und auf eigenes wirtschaftliches Risiko handelt.

Somit ist jeder Freiberufler und Gewerbetreibender auch gleichzeitig selbstständiger Unternehmer. Dies betrifft auch die ärztliche Tätigkeit des niedergelassenen Arztes. Und nach dem Umsatzsteuergesetz (UStG) umfasst das Unternehmen „die gesamte gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Unternehmers“.

Gewerbe und Freier Beruf

Die Abgrenzung zwischen Gewerbe und Freiem Beruf ist insbesondere steuerlich von besonderer Bedeutung (Gewerbsteuer ja oder nein) und dennoch nicht immer ohne weiteres zu treffen.

Die Gesetzgebung enthält nicht unbedingt eine klare Definition des Begriffs „Gewerbe“, und eine einheitliche Definition des „Freien Berufes“ gibt es eigentlich auch nicht.

Letztlich wird die Einstufung, ob eine selbstständig ausgeübte Tätigkeit ein Freier Beruf oder ein Gewerbe ist vom Einzelfall abhängen und vom zuständigen Finanzamt nicht zuletzt anhand bestimmter Kataloge vorgenommen und entschieden werden (Katalogberufe).

Von einem **Gewerbe** spricht man nach allgemeiner und anerkannter Auffassung, wenn eine selbstständige, erlaubte und auf Dauer angelegte Tätigkeit ausgeübt wird, mit der Absicht mehr zu erwirtschaften als das, was zur Deckung der betrieblichen Kosten erforderlich ist. Die **Gewinnabsicht** allein zählt.

Auf die tatsächliche Gewinnerzielung kommt es hierbei ebenso wenig an, wie auf die Gewinnverwendung.

Der **Freie Beruf** definiert sich hingegen im allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikationen oder schöpferischer Begabung. Er hat die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von **Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit** zum Inhalt.

Abgrenzung von Gewerbe und Freiberuflichkeit

Schwierigkeiten bei der Abgrenzung können sich bei **gleichzeitiger freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit** ergeben.

Übt eine natürliche Person sowohl eine gewerbliche als auch eine freiberufliche Tätigkeit aus, so sind diese steuerlich getrennt zu beurteilen, wenn zwischen beiden Tätigkeiten kein Zusammenhang besteht, so dass die Erzielung sowohl freiberuflicher als auch gewerblicher

Einkünfte durch ein und dieselbe Person möglich ist.

Besteht zwischen beiden Tätigkeiten ein sachlicher und wirtschaftlicher Zusammenhang, also eine **„gemischte Tätigkeit“**, so kann sich daraus eine einheitliche Beurteilung ergeben und die gesamte Tätigkeit als Gewerbebetrieb gewertet werden.

Einheitliche Einkünfte liegen dann vor, wenn die Tätigkeiten derart miteinander verbunden sind, dass sie sich gegenseitig unauflösbar bedingen. Hierunter fällt ganz klar der Verkauf von zum Beispiel Diät- und Nahrungsergänzungsprodukten in der ärztlichen Praxis. Insofern besteht für solche Ärzte die Gefahr, durch die gleichzeitige gewerbliche Tätigkeit insgesamt als Gewerbetreibender eingestuft und dementsprechend besteuert zu werden. Wenn ein Arzt neben seiner Praxis ein Gewerbe betreibt und vermeiden will, dass es zu einer einheitlichen Veranlagung kommt, was zwangsläufig einen steuerlichen Nachteil bedeuten würde, muss er dem Finanzamt gegenüber nachweisen bzw. glaubhaft machen, dass zwischen beiden Tätigkeiten kein sachlicher und wirtschaftlicher Zusammenhang besteht.

Arzt und Umsatzsteuer

Grundsätzlich sind die Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut (Krankengymnast), Hebamme oder aus einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit von der Umsatzsteuer befreit. (§ 4 Nr. 14 UStG).

BGBI.III/FNA 611-10-14
Umsatzsteuergesetz (UStG)
vom 26.11.1979 (BGBl_I_79,1953)
in der Fassung der Bekanntmachung
vom 21.2.2005 (BGBl_I_05,386)
durch Art. 4 Abs. 31 iVm Art. 6 Satz 2

des Gesetzes zur Neuorganisation der Bundesfinanzverwaltung und zur Schaffung eines Refinanzierungsregisters vom 22.9.2005 (BGBl I 05,2809)

§ 4 Steuerbefreiungen bei Lieferungen und sonstigen Leistungen

Von den unter § 1 Abs. 1 Nr. 1 fallenden Umsätzen sind steuerfrei:

14. die Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut (Krankengymnast), Hebamme oder aus einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit und aus der Tätigkeit als klinischer Chemiker. Steuerfrei sind auch die sonstigen Leistungen von Gemeinschaften, deren Mitglieder Angehörige der in Satz 1 bezeichneten Berufe sind, gegenüber ihren Mitgliedern, soweit diese Leistungen unmittelbar zur Ausführung der nach Satz 1 steuerfreien Umsätze verwendet werden. Die Umsätze eines Arztes aus dem Betrieb eines Krankenhauses sind mit Ausnahme der ärztlichen Leistungen nur steuerfrei, wenn die in Nummer 16 Buchstabe b bezeichneten Voraussetzungen erfüllt sind.“

Diese grundsätzliche Befreiung von der Umsatzsteuerpflicht gilt aber leider nicht uneingeschränkt.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat am 14. September 2000 in seinem Urteil mit dem Aktenzeichen Rs C-384/98 gemäß der EU-Richtlinie (77/388 EWG) entschieden, dass ärztliche Leistungen nur dann umsatzsteuerfrei sind, wenn das **therapeutische** Ziel im Vordergrund steht. Bei der medizinischen Betreuung von Personen muss sich die ärztliche Leistung auf die **Diagnose und Behandlung von Krankheiten** oder Gesundheitsstörungen beziehen. Alle anderen ärztlichen Leistungen unterliegen der Umsatzsteuerpflicht.

Konsequenterweise wurde dieses Urteil bzw. die Richtlinie in Schreiben des Bundesfinanzministeriums (BMF) im Februar 2001 umgesetzt und im November 2001 schließlich ergänzt, weshalb sich die Umsatzsteuerpflicht nun auch auf bestimmte ärztliche Leistungen erstreckt, die zwar im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit erbracht werden, aber nicht der Diagnose oder Behandlung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen. Die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes und verschiedener anderer Gerichte auf Landes- und auf Bundesebene sind dementsprechend.

Die Oberfinanzdirektion (OFD) Karlsruhe hat in ihrer Verfügung vom März 2002¹ unter Zugrundelegung der oben genannten Entscheidungen² verfügt, dass § 4 Nr. 14 und Nr. 16 UStG (Steuerfreiheit für Heilberufe) im Sinne des oben genannten EuGH-Urteils auszulegen ist.

„Dies gilt unabhängig davon

- um welche konkrete ärztliche Leistung es sich handelt (Untersuchung, Attest oder Gutachten usw.)
- für wen die Leistung erbracht wird (Patient, Gericht, Sozialversicherung o.a.) andere
- wer die Leistung erbringt (freiberuflicher oder angestellter Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Unternehmer, der ähnliche heilberufliche Tätigkeiten nach § 4 Nr. 14 UStG ausübt, sowie Krankenhäuser, Kliniken usw.)“

Gleichzeitig wurde ein Katalog aufgestellt, der umsatzsteuerpflichtige und umsatzsteuerfreie Leistungen ausweist, der aber weder abschließend noch ausschließlich sein kann. Die Oberfinanzdirektion Düsseldorf hat vielmehr in einer Kurzinformation im März 2003³ mitgeteilt, dass jeweils im Einzelfall zu entscheiden sei, ob bei einer ärztlichen Maßnahme ein therapeutisches Ziel im Vordergrund stehe. Allerdings sei das

Vorliegen des therapeutischen Zwecks nach allgemeinen verfahrensrechtlichen Grundsätzen von demjenigen nachzuweisen, der die Steuerbefreiung begehere.

Umsatzsteuerpflichtige Leistungen

Zu den umsatzsteuerpflichtigen ärztlichen Leistungen gehören zum Beispiel alle kosmetischen Korrekturen, die an sich keinen Krankheitswert haben oder die Gesundheit nicht stören oder beeinträchtigen.

Auch alle anderen Leistungen, die aus ärztlicher Sicht nicht indiziert sind bzw. bei denen die medizinische Betreuung des Patienten nicht im Vordergrund steht und die medizinischen Maßnahmen lediglich auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten vorgenommen werden, sind umsatzsteuerpflichtig.

Ebenso Leistungen, die den Zweck der Heilbehandlung nicht erfüllen. Hierzu zählen auch Leistungen, die der Arzt gegenüber einem Arbeitgeber erbringt, und die nicht vorrangig der Betreuung des Patienten, sondern lediglich dem Unfallschutz und der Arbeitssicherheit dienen. Hiervon betroffen sind unter anderem betriebsärztliche Leistungen und andere Leistungen, die allgemein dazu dienen die Tauglichkeit für bestimmte Zwecke festzustellen wie zum Beispiel die Sporttauglichkeit, Sehtests für den Führerschein, Flugtauglichkeit, Reisefähigkeit und mehr.

Ärztliche Tätigkeiten wie Autoren- oder Vortragstätigkeiten sind ebenfalls grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig. Und das Erstellen ärztlicher Gutachten ist nur dann umsatzsteuerfrei, wenn ein diagnostisches oder therapeutisches Ziel im Vordergrund steht.

Von besonderem Interesse dürfte vor allen Dingen im niedergelassenen Bereich die Beurteilung individueller Gesundheitsleistung (IgeL) sein, was nicht nur innerhalb der Ärzteschaft zu erheblichen Unsicherheiten geführt hat. Aber auch hier gilt das oben Gesagte.

¹ OFD Karlsruhe, Verfügung vom 25.3.2002, S 7170 (UR 2002,383)

² BMF-Schreiben vom 13.2.2001, BStBl 2001 I S. 157 und vom 8.11.2001, BStBl I S. 826

³ OFD Düsseldorf, Kurzinformation vom 3.3.2003 (Nr. 05/2003)

Steuerfreiheit nur für „indizierte“ Umsätze – wer stellt die Indikation?

Die Umsatzsteuerproblematik wird bei Ärzten und Zahnärzten immer komplexer und der Fiskus scheint bestrebt zu sein, immer mehr Leistungen als umsatzsteuerpflichtig zu beurteilen. Nach Ansicht mancher Finanzämter gilt hierbei – in Anlehnung an eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG)⁴ – als Indiz für eine steuerfreie Leistung der Umstand, das diese Leistung von den Sozialversicherungsträgern – also den Krankenkassen – bezahlt wird. Oder umgekehrt, was nicht Kassenleistung ist, ist umsatzsteuerpflichtig. Hier wird unterstellt, dass jede so finanzierte Leistung automatisch medizinisch bzw. ärztlich indiziert sei. Diese ausschließliche Betrachtungsweise ist grundsätzlich falsch.

Die Kostenübernahme durch gesetzliche oder private Kostenträger sind zwar ein starker Hinweis darauf, dass es sich bei solchen Leistungen um medizinisch indizierte Leistungen handeln könnte, was aber nicht zwangsläufig der Fall sein muss. So dient zum Beispiel die ärztliche Beratung junger Mädchen zur Schwangerschaftsverhütung und die Verordnung von Kontrazeptiva weder der Diagnostik noch der Therapie einer Krankheit oder einer anderen Gesundheitsstörung – auch nicht zu einem anderen Schutz der menschlichen Gesundheit und wird dennoch von der GKV erstattet. Der Zweck der ärztlichen Maßnahme ist hier vielmehr, den Ratsuchenden einen bestimmten Lebensstil zu ermöglichen und damit soziale Nachteile zu verhindern. Hier handelt es sich eindeutig um Maßnahmen die dem sogenannten „Lifestyle“ dienen.

Zu „Lifestyle-Maßnahmen“ zählen auch reisedeizinische Untersuchungen und damit verbundene Krankheiten vorbeugende Maßnahmen wie Impfungen und Beratungen. Gleichwohl werden sie von den Sozialversicherungsträgern nicht er-

stattet und unterliegen nach heutigem Stand der Dinge der Umsatzsteuerpflicht.

Oft geht es aber hier – und dies insbesondere bei älteren Patienten – darum, ihnen bei bereits bestehenden Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Hochdruck, oder Erkrankungen der Atemungswege, genaue Anleitungen und Empfehlungen zu geben, damit sie auch im Urlaub – insbesondere bei Reisen in klimatisch ungewohnte Regionen – gesundheitlich gut vorbereitet und versorgt sind, und sich ihre Krankheit am Ende nicht verschlimmert oder sie mit therapiebedürftigen neuen Erkrankungen zurückkommen.

Ein anderes Beispiel ist die Vorsorge – Koloskopie zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Sie dient heute unstrittig dem Schutz der menschlichen Gesundheit und wird doch erst jüngst (seit 2003) von den Kassen übernommen. Medizinisch indiziert war sie aber auch davor. Die Glaukomfrüherkennung wurde einstmals erstattet, heute fehlt sie im Leistungskatalog.

Damit wird deutlich, dass für die Beurteilung, was indiziert ist und was nicht, der Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger nicht zwangsläufig geeignet ist. Vielmehr vermischen sich hier medizinisch indizierte und politisch gewollte Leistungen. Dennoch lässt sich eine gewisse Inkonsequenz, vielleicht sogar Willkür nicht verleugnen. Somit trägt dieses Kriterium mehr zur Verwirrung bei, als dass es eine klare Linie vorgibt.

Auch die Aufstellung anderer Kataloge – mit der Absicht nach einer einheitlichen Begriffsbestimmung – mit der Unterteilung in fest definierte umsatzsteuerfreie und umsatzsteuerpflichtige Leistungen erscheint wenig sinnvoll. Ob eine weiterführende ärztliche Maßnahme letztlich indiziert und somit geboten ist, muss der Arzt je nach Anamnese und Befund individuell entscheiden und schließlich auch verantworten.

Und diese Verantwortung kann ihm weder ein Kostenträger noch eine Reform im Gesundheitswesen abnehmen.

- a) „Das Absehen von einer medizinisch gebotenen Vorgehensweise begründet einen ärztlichen Behandlungsfehler. Auf die subjektiven Fähigkeiten des behandelnden Arztes kommt es insoweit nicht an.“
- b) Wird aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers ein weiterer Eingriff erforderlich, der dem Patienten bei korrektem medizinischem Vorgehen erspart geblieben wäre, hat der erstbehandelnde Arzt haftungsrechtlich für den weiteren Eingriff einzustehen. Dabei umfasst seine Einstandspflicht regelmäßig auch die Folgen eines Fehlers des nachbehandelnden Arztes.“⁵

So werden angeblich, nach Aussagen einiger Autoren, von allen Oberfinanzdirektionen die reise- und sportmedizinischen Maßnahmen als steuerpflichtig angesehen. Will man dies für die Reisedeizin noch anerkennen, weil die Untersuchung und Beratung nicht dem reinen therapeutischen Zweck, sondern vielmehr dem Zweck der Reise dient, so gilt dies für die Sportdeizin allerdings in vielen Fällen nicht.

Sportdeizinische Untersuchungen werden nicht nur zur Feststellung der persönlichen Fitness oder zur generellen Sporttauglichkeit zum Beispiel für Vereine durchgeführt, sondern auch in zunehmendem Maße im Rahmen der medizinischen Behandlung oder einer bestimmten Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme (z.B. Diabetikersport, koronare Sportgruppen oder Rehabilitationssport postoperativ). Die sportdeizinische Beratung, Leistungsdiagnostik und Trainingssteuerung, als therapeutisches Begleitprogramm zum

⁴ BVerfG, NJW 2000, 859, 860

⁵ BGH, Urteil vom 6. Mai 2003 - VI ZR 259/02

Beispiel bei Adipositas, bleibt ebenso wie die entsprechende Ernährungsberatung umsatzsteuerfrei.

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat im Juli 2005⁶ entschieden, dass die Ernährungsberatung im Rahmen einer medizinischen Behandlung (aufgrund ärztlicher Anordnung oder im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach § 4 Nr. 14 UStG steuerbefreit sei. Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe i.S. des § 20 SGB V, die keinen unmittelbaren Krankheitsbezug haben, weil sie lediglich „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen, seien grundsätzlich keine von der Umsatzsteuer befreiten Heilbehandlungen. (siehe oben „Kontrazeptionsberatung bei Jugendlichen“)

Steht die medizinische Betreuung des Patienten im Vordergrund – wie dies bei Vorsorgeuntersuchungen meistens der Fall ist, ist die Leistung nach § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit. Voraussetzung hierfür ist aber, dass eine ärztliche Indikation und ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, das dem Schutz der menschlichen Gesundheit dient.⁷

Somit sind alle Vorsorgeuntersuchungen, die durchgeführt werden, um Krankheiten möglichst frühzeitig festzustellen und mit größtmöglicher Aussicht auf Erfolg behandeln zu können von der Umsatzsteuer befreit.

Auch psychotherapeutische Handlungen unterliegen den o.g. Bestimmungen und sind nur umsatzsteuerfrei, wenn sie ein therapeutisches Ziel verfolgen. Supervisionen für Psychotherapeuten,

die dazu dienen, die Tätigkeit als Psychotherapeut optimal erfüllen zu können, werden davon nicht erfasst.

„Eine steuerfreie Heilbehandlung setzt voraus, dass ihr Hauptziel der Schutz der Gesundheit ist. Für die Umsatzsteuerfreiheit von Supervisionsleistungen nach § 4 Nr. 14 UStG reicht es nicht aus, dass die auch bei Heilbehandlungen eingesetzten Methoden angewandt werden und diese auch der gesundheitlichen Prophylaxe dienen können.“⁸

WAS BEABSICHTIGT DER GESTZGEBER

Der Gesetzgeber verlangt, dass der § 4 Nr. 14 UStG richtlinienkonform⁹ unter Berücksichtigung des Befreiungszwecks auszulegen ist.¹⁰

Kostensenkung

Nach ständiger Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) ist der Zweck der (Umsatzsteuer) Befreiung, die Kosten ärztlicher Heilbehandlung zu senken und damit letztlich das Sozialversicherungssystem zu entlasten. Sie umfasst daher nur Tätigkeiten, die zum Zweck der Diagnose, der Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden.

Nicht befreit sind Leistungen, die sich nicht als „heilberufliche Tätigkeiten“ qualifizieren lassen, auch wenn sie eine bestimmte heil- oder heilhilfsberufliche Ausbildung voraussetzen. Maßgebend ist daher das Ziel einer ärztlichen oder arztähnlichen Leistung. Wird eine solche Leistung in einem Zusammenhang erbracht, der die Feststellung zulässt, dass ihr Hauptziel nicht der Schutz ein-

schließlich der Aufrechterhaltung der Gesundheit ist, findet die Befreiung keine Anwendung.¹¹

Dass die betreffende Leistung von einer Person erbracht wird, die die für Heilbehandlungen erforderlichen beruflichen Voraussetzungen erfüllt, und dass sie sich derselben Methoden bedient, reicht für das Vorliegen einer Heilbehandlung ebenso wenig aus wie der Umstand, dass die mit einem anderen Hauptzweck vorgenommene Tätigkeit zugleich auch zum Schutz der Gesundheit des Betroffenen beitragen kann.

Gleichbehandlung

Das Gleichbehandlungsgebot nach Art. 3 Abs. 1 GG (Grundgesetz) verbietet eine allein nach der Existenz berufsrechtlicher Regelungen unterscheidende Umsatzsteuerbefreiung.

Die Umsatzsteuer erfasst die Kaufkraft und den Markterfolg des Konsumenten.

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 UStG belastet die Umsatzsteuer die entgeltliche unternehmerische Leistung im Inland. Sie ist darauf angelegt, auf den Endverbraucher überwälzt zu werden.

Dieser umsatzsteuerliche Grundtatbestand stellt alle unternehmerischen Tätigkeiten gleich. Die frühere unterschiedliche Belastung von freiberuflichen und gewerblichen Betätigungen im Steuersatz ist durch das 2. Haushaltsstrukturgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl I S. 1523) aufgehoben worden. Eine Steuerermäßigung für Umsätze freier Berufe widerspricht dem System der Umsatzsteuer, das eine Begünstigung bestimmter Unternehmer nach der Konzeption der Überwälzbarkeit nicht erlaubt. Systemgerecht sind nur Vergünstigungen im Interesse der Verbraucher, nicht einzelner Unternehmergruppen.¹²

⁶ BFH, Urteil vom 7.7.2005 VR 23/04

⁷ Bundesministerium der Finanzen - Bonn, Geschäftszeichen IV D 1 - S 7170 - 119/01 vom 19.6.2001 und Geschäftszeichen IV D 1 - S 7170 - 203/01 vom 22.10.2001

⁸ BFH, Urteil vom 30.6.2005 VR 1/02

⁹ EU-Richtlinie 77/388 EWG

¹⁰ BFH, Urteil vom 15. Juli 2004 VR 27/03; BFHE 206, 471, BStBl II 2004, 862).

¹¹ EuGH-Urteile in UR 2004, 75 Rdnr. 61, und in UR 2004, 70 Rdnr. 43

¹² Begründung zum 2. Haushaltsstrukturgesetz, BTDrucks. 9/842, S. 74

Soweit das Umsatzsteuerrecht nach Umsatzarten und Unternehmern unterscheidet und daran unterschiedliche Rechtsfolgen knüpft, müssen diese ihre Rechtfertigung in besonderen und sachlichen Gründen finden.¹³

Wer muss Umsatzsteuer zahlen?

Neben Einkünften aus selbstständiger/freiberuflicher Arbeit können andere Einkunftsarten vorliegen, die grundsätzlich der Umsatzsteuerpflicht unterliegen. Dies gilt auch für bestimmte weitere Einkünfte eines angestellten Arztes, die er neben seiner Tätigkeit im Angestelltenverhältnis erzielt.

Für diese Fälle empfiehlt sich eine getrennte Buchführung für umsatzsteuerpflichtige Einnahmen. Getrennte Räumlichkeiten sind nicht maßgeblich. Die Umsatzsteuer führt nicht wie die Gewerbesteuer zur sogenannten Abfärbung für das gesamte Unternehmen. Getrennte Sprechzeiten für umsatzpflichtige Leistungen sind, wenn möglich, für niedergelassene Ärzte allenfalls aus organisatorischen Gründen sinnvoll.

Ob letztlich die Umsatzsteuer tatsächlich abgeführt werden muss oder nicht, richtet sich danach, wie hoch der Umsatz im vorausgegangenen Jahr war und wie hoch er im laufenden Jahr voraussichtlich sein wird. Kann der steuerpflichtige Umsatz der Kleinunternehmerregelung zugerechnet werden, müssen Steuern nur gezahlt werden, wenn das erzielte Einkommen im vorausgegangenen Jahr 17.500 Euro nicht überstiegen hat und im laufenden Jahr die Grenze von 50.000 Euro voraussichtlich nicht übersteigen wird.

Je nach Gegebenheit kann oder muss die Umsatzsteuer kraft Gesetz oder per Option abgeführt werden. Das heißt, dass der, der umsatzsteuerpflichtige

Leistungen erbringt, sie aber wegen der „Kleinunternehmerregelung“ nicht abführen muss, dennoch die Option hat, Umsatzsteuer in seiner Rechnung auszuweisen. Diese muss dann an das Finanzamt abgeführt werden. Dagegen kann ihm dann die ihm berechnete Umsatzsteuer als Vorsteuer abgezogen werden. Optioniert ein Unternehmer diese Besteuerung, so bleibt er mindestens fünf Jahre daran gebunden. Will er vom Vorsteuerabzug profitieren, so muss er für alle Leistungen über 105 Euro eine ordnungsgemäße Rechnung (Name, Anschrift, Rechnungsnummer, Umsatzsteueridentifikationsnummer etc.) vorweisen können.

Ob sich letztlich der Aufwand der getrennten Buchführung lohnt und die Vorsteuer diesen Aufwand aufwiegt bzw. den Steuerüberhang kompensiert, muss zusammen mit dem Steuerberater möglichst am Beginn des Steuerjahres besprochen werden. Rückwirkende Aufzeichnungen sind immer problematisch.

Fazit

Der Arzt als Freiberufler unterliegt im Sinne des Gleichbehandlungsprinzips wie jeder andere Unternehmer auch der Umsatzsteuerpflicht.

Ausgenommen und somit privilegiert ist er lediglich unter besonderen Bedingungen. Nämlich dann, wenn sein Handeln dem Zweck der Vorbeugung¹⁴, der Diagnose, der Therapie und falls möglich der Heilung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen dient bzw. die medizinische Betreuung des Patienten im Vordergrund steht.

Angenommen wird diese Ausnahme automatisch bei allen Leistungen, die vom Sozialversicherungsträger als medizinisch notwendig anerkannt sind. Daher werden sie (vom Finanzamt) grundsätzlich als umsatzsteuerfrei betrachtet.

Da der Gesetzgeber bei dieser Ausnahmeregelung nicht ausdrücklich nur das staatliche Sozialversicherungssystem entlasten möchte, sondern den Verbraucher von Gesundheitsleistungen als solchen, können auch Leistungen außerhalb der GKV von der Umsatzsteuer befreit sein, wenn sie den bereits genannten Kriterien entsprechen, und der behandelnde Arzt dies dementsprechend dokumentiert und kommuniziert.

Was zur Umsatzsteuer veranlagt wird, entscheiden letztlich die Finanzbehörden.

Als Hilfestellung zur Entscheidungsfindung sollte der Arzt deshalb von vorneherein die umsatzsteuerpflichtigen und umsatzsteuerfreien Einnahmen streng getrennt führen.

Beim Arzt liegt die Beweiskraft, was medizinisch zu begründen und letztlich indiziert und somit umsatzsteuerfrei ist.

Nicht immer oder nicht jedes Finanzamt wird ihm da in allen Punkten zustimmen. Umso mehr ist eine genaue Dokumentation aller Befunde unerlässlich. Auch sollte man sich nicht scheuen, bereits im Vorfeld beim zuständigen Finanzamt Rat einzuholen. Hierbei geht es in erster Linie darum, dass der Arzt erklärt, warum ein und dieselbe Leistung bei einer Person steuerfrei sein muss, bei der anderen aber nicht (vgl. Sportmedizin) und wie er dies gegenüber dem Finanzamt darlegen bzw. offenlegen muss. Datenschutzrechtliche Belange müssen gewahrt werden, wie das im Einzelnen aussehen muss ist meines Wissens aber noch nicht einstimmig geklärt.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Ursula Schreiber-Popović
Wiesenstraße 22
65817 Eppstein
ursula.popovic@web.de

¹³ BverfG, Urteil vom 29.10.1999

¹⁴ EuGH-Urteil Kügler in UR 2002,513 RandNr. 40



Die Rechtsentwicklungen im Arztrecht im Jahre 2005

Neues zum Werbe- und Berufsrecht, Arztvertragsrecht, Arzthaftungsrecht

Thomas K. Heinz

I. Werbung und Werberecht

Bereits in der Januar-Ausgabe 2005 des Hessischen Ärzteblatts habe ich über das Werberecht der Ärzteschaft im Zusammenhang mit der Neufassung des UWG berichtet. Unbesehen dieser Neufassung hat sich die Linie der Rechtsprechung im Wettbewerbsrecht – *nur irreführende und sachwidrige Werbung zu beanstanden* – fortgesetzt. Es ist die allgemeine Tendenz erkennbar, dass entsprechende Werbeverbote nur dann zu erwarten sind, wenn die Werbung zumindest zu einer *mittelbaren Gesundheitsgefährdung führen kann* (BGH, GesR 2005, 48 L.), wobei diese Formulierung unzweifelhaft sehr weit ausgelegt werden kann. Eine solche Beschränkung der Rechtsprechung auf eine „mittelbare Gesundheitsgefährdung“ ist für die Ärzteschaft dennoch erfreulich.

Daneben stehen die Bestimmungen des Heilberufgesetzes. Das OVG Münster (Urt. v. 22. Juni 2005 - 6t A 53/03.T -) hat zum Werbeverbot nach dem NW HeilBerG folgende Leitsätze aufgestellt: Das Werbeverbot für Ärzte soll dem Schutz der Bevölkerung dienen. Es soll das Vertrauen der Patienten darauf erhalten, dass der Arzt nicht aus Gewinnstreben bestimmte Untersuchungen vornimmt, Behandlungen vorsieht oder Medikamente verordnet. Die ärztliche Berufsausübung soll sich nicht an ökonomischen Erfolgskriterien, sondern an medizinischen Notwendigkeiten orientieren. Das Werbeverbot beugt einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufs vor, die einträte, wenn der Arzt Werbemethoden verwendete, wie sie in der gewerblichen Wirtschaft üblich sind. Dem Arzt

ist allerdings nicht jede, sondern lediglich solche Werbung verboten, die *keine interessengerechte und sachgemessene Information* darstellt. Vorschriften, die die Arztwerbung derart restriktiv einschränken, dass sie nur anlassbezogene Werbung (z.B. bei Niederlassung, Praxisaufgabe, Urlaubsrückkehr, Aufnahme eines Kollegen, etc.) erlauben und zudem bestimmte Medien vollkommen ausschließen (z.B. persönliche Anschreiben, Radiospot), sind verfassungswidrig. Berufliche Werbung bedarf keiner besonderen Anlässe.

In Folge dessen ist zu Recht weder die Angabe „zahnärztliche Praxisgemeinschaft“ noch die abstrakte Verwendung eines Wortbildzeichens auf Briefbögen grundsätzlich berufs- oder wettbewerbswidrig (OLG Düsseldorf, MedR 2004, 622). Auch eine Angabe „Zahnarzt am Stadttor“ auf Briefbögen ist als nicht berufswidrig befunden worden, auch wenn man mit einer solchen Bezeichnung ein stadtbekanntes Gebäude zu Werbezwecken nutzt (OLG Düsseldorf, MedR 2005, 97). Vor einigen Jahren ein Ding der Unmöglichkeit wird nun auch die Anzeige eines Zahnarztes in der Größe von wenigen Zentimetern, auf der ein halbgeöffneter Mund abgebildet wird, als wettbewerbskonform gesehen, mit der Begründung „es lässt sich nicht nachvollziehen, dass schon allein durch die Abbildung ... ein Gemeinwohlbelang beeinträchtigt wird, dessen Schutz ein Verbot der geschalteten Anzeige erforderlich“ macht (BVerfG, ArztR 2005, 48).

Entgegen der bisherigen Rechtsprechung sieht das OLG Düsseldorf (OLG Düsseldorf, MedR 2005, 169) kein wettbewerbswidriges Verhalten darin, dass

ein Krankenhaus überweisenden Ärzten eine Zuweisungspauschale nach Art einer Kopfprämie für jeden überwiesenen Patienten verspricht, obwohl keine zusätzlichen patientenbezogenen Leistungen des überweisenden Arztes, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Krankenhausträgers stehen, erbracht werden sollen. Weder – so der Düsseldorfer Senat – sei das Verhalten des Krankenhausträgers – hier einer Stiftung – unmittelbar den Vorschriften der Ärztlichen Berufsordnung unterworfen, noch sei ein Verstoß gegen das UWG festzustellen. Denn auch Kassenärztliche Vereinigungen vereinbarten Entsprechendes für ihre Mitglieder unter den selben wirtschaftlichen Verhältnissen bzw. Rahmenbedingungen. Die Entscheidung scheint mir im Ergebnis sehr bedenklich und sollte nicht als „Freibrief“ genommen werden, zumal andere Obergerichte (OLG Koblenz, MedR 2003, 580; OLG Schleswig, NJW 2004, 1745) hierin einen Wettbewerbsverstoß sehen. Als wettbewerbswidrig ist allerdings die Werbung eines Augenoptikers zu sehen, der die Praxisgebühr von 10 Euro beim Erwerb einer vom Augenarzt verordneten Brille durch ihn erstattet (OLG Stuttgart, GesR 2005, 93).

II. Arztvertragsrecht

(1) In der Vergangenheit hat stets das Zustandekommen einer *Honorarvereinbarung* Schwierigkeiten bereitet. Zwischenzeitlich hat das Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass die Anwendung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-Gesetz) auf Honorarvereinbarungen nicht generell zu beanstanden ist (BVerfG, GesR 2005, 79). Allerdings hat das Verfassungsge-

richt gegenüber einer vorschnellen Anwendung der Bestimmungen des AGB-Gesetzes auf eine Honorarvereinbarung Zurückhaltung angemahnt. Insbesondere darf nicht daraus, dass nach gebührenrechtlichen Vorgaben bestimmte Vertragsteile ohnedies in eine Individualvereinbarung aufgenommen sein müssen, geschlossen werden, dass es sich um Allgemeine Geschäftsbedingungen handelt.

(2) Erstmals hat das Bundessozialgericht (NZS 2005, 93) per definitionem *vollstationäre, teilstationäre* und *ambulante Behandlungen* im Krankenhaus abgegrenzt. Danach erfolgt eine Behandlung dann vollstationär, wenn sie sich zeitlich über einen Tag und eine Nacht erstreckt. Verbringt der Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus, so ist die Behandlung ambulant. Eine teilstationäre Behandlung wird dann angenommen, wenn es sich um Behandlungen handelt, die aufgrund eines spezifischen Krankheitsbildes über einen gewissen Zeitraum hinweg in einzelnen Intervallen erfolgen. Der Senat weist daraufhin, dass eine stationäre Behandlung grundsätzlich auch dann vorliegen kann, wenn der Patient die geplante Nacht im Krankenhaus aufgrund Eigenentschlusses (sog. „abgebrochene stationäre Behandlung“) nicht in der Klinik verbringt (BSGE, ebenda). Eine Aufspaltung der Behandlung in einen ambulanten Teil und einen stationären Teil soll jedenfalls haftungsrechtlich dann nicht in Betracht kommen, wenn das gesamte Behandlungsgeschehen unter medizinischen Gesichtspunkten als eine Einheit zu werten ist (so bereits OLG Köln, VersR 2004, 1181 und 1565).

(3) Zur vertraglichen Pflicht, *Untersuchungsergebnisse dem Patienten zugänglich zu machen*, hat sich das Bundesverfassungsgericht (NJW 2005, 1103) zu Wort gemeldet. Der Anspruch des Patienten auf Unterrichtung über Befunde und Prognosen ist Ausdruck des durch grundrechtliche Wertungen geprägten Selbstbestimmungsrechts und der personalen Würde des Patienten, die es verbieten, ihm im Rahmen der Be-

handlung die Rolle eines bloßen Objekts zuzuweisen. Zur Erfüllung dieses Anspruchs reicht es üblicherweise aus, dass der behandelnde Arzt dem Patienten die *Diagnose mündlich erläutert*. Bei Vorliegen besonderer Umstände – im entschiedenen Fall Schwerhörigkeit einer Patientin – kann es zu den vertraglich geschuldeten Pflichten eines Arztes gehören, die Ergebnisse der Untersuchung schriftlich zugänglich zu machen.

(4) Hinsichtlich der Pflicht zur *Erbringung höchstpersönlicher Leistungen* im Krankenhausvertrag hat das LG Hamburg (GesR 2005, 86 L.) entschieden, dass die Parteien in einer Wahlleistungsvereinbarung jedenfalls dann eine Stellvertretung vereinbaren können, wenn nur ein einziger Stellvertreter benannt wird. Auch die Tatsache, dass eine unaufschiebbare Operation vorliegt, soll keine unangemessene Benachteiligung des Patienten begründen, da die Operation auch unter Verzicht auf Wahlleistungen durch den jeweils diensthabenden Arzt durchgeführt werden könnte.

(5) Bekanntlich wirft der Umfang, über den ein Patient vor Abschluss einer *Wahlleistungsvereinbarung im einzelnen* hinsichtlich der Kosten und des Umfangs der wahlärztlichen Leistungen *zu unterrichten* ist, nach wie vor Fragen auf. Einerseits ist ein Kostenvoranschlag nicht nötig, während andererseits der bloße Hinweis darauf, dass der Wahlarzt nach der GOÄ abrechne, nicht ausreicht (so BGH, MedR 2004, 442). Der Bundesgerichtshof hat nun in einem weiteren Urteil (BGH, GesR 2005, 75 f.) die vorzitierte Entscheidung bestätigt und präzisiert, was für eine Unterrichtung jedenfalls erforderlich ist.

Erforderlich ist danach: (a) Eine kurze Charakterisierung des Inhalts der Leistungen, wobei zum Ausdruck kommen muss, dass hierdurch ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung die persönliche Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte sichergestellt wird, verbunden mit dem Hinweis, dass der Patient auch ohne Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifi-

zierte Ärzte erhält; (b) eine kurze Erläuterung der Preisermittlung nach der GOÄ bzw. GOZ (z.B. Bedeutung von Punktzahl und -wert; Möglichkeit der Anhebung des Gebührensatzes nach Schwierigkeit und Zeitaufwand, etc.); (c) einen Hinweis dahingehend, dass die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen auf eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung hinauslaufen kann; (d) der Hinweis, dass sich bei der Inanspruchnahme der Leistungen die Vereinbarung zwingend auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte erstreckt, und (e) der Hinweis darauf, dass die GOÄ bzw. GOZ auf Wunsch eingesehen werden kann.

Es soll nicht verhehlt werden, dass dieser Anforderungskatalog eine nicht unerhebliche organisatorische und verwaltungstechnische Mehrbelastung nach sich zieht, der wohl wieder einmal mehr nur mit einem entsprechenden Formular begegnet werden kann, das die geforderten Hinweise standardisiert.

III. Arzthaftungsrecht

(1) Behandlungsfehler

Im Berichtszeitraum sind relativ wenige obergerichtliche Entscheidungen zur Frage des Behandlungsfehlers selbst ergangen; neue Tendenzen waren nicht festzustellen. Der Schwerpunkt der Entscheidungen lag bei Entscheidungen zur Frage der *Aufklärungspflichtverletzung*.

Dennoch soll an dieser Stelle kurz über eine Entscheidung des OLG Koblenz (Urt. v. 28. Juli 2005 – Az. 5 U 349/04 –) berichtet werden, wonach die Ärzte einer *Gemeinschaftspraxis* auch gemeinsam für einen Behandlungsfehler ihres Kollegen haften. In dem zu entscheidenden Fall klagte eine Patientin auf Schadenersatz und Schmerzensgeld. Vor Gericht einigte sich der behandelnde Arzt mit ihr auf eine Summe, wobei er seinen in der gemeinsamen Praxis tätigen Kollegen einbezog. Dieser wehrte sich jedoch gegen die ihm auferlegten Zahlungen mit der Begründung, ihn treffe kein persönliches Verschulden. Das OLG Koblenz entschied dar-



aufhin, dass der Arzt als Mitglied der Gemeinschaftspraxis grundsätzlich auch für die Fehler seines Kollegen einzustehen habe.

(2) Aufklärung und Einwilligung

Der Entscheidungen aus dem Jahre 2005 zum Haftungsrecht behandeln schwerpunktmäßig das Thema ordnungsgemäße Risikoaufklärung.

Im Hinblick auf die Aufklärung verbleibt es bei dem Grundsatz, dass im Prinzip stets das Arzt-Patienten-Gespräch erforderlich ist. Dieser individuellen Aufklärung genügen schriftliche Hinweise auf der Rückseite eines „Fragebogens für Blutspender – Informationen zur Blutspende“ nach einer Entscheidung des OLG Zweibrücken (GesR 2005, 23) regelmäßig nicht.

Des weiteren ist die Rechtsprechung bestätigt worden, dass ein Patient nicht nur über die Risiken des Eingriffs, sondern auch über dessen *Heilungschancen* aufzuklären ist (OLG Hamm, GesR 2005, 70). Dies gilt jedoch nicht hinsichtlich einer Aufklärung über jede entfernt liegende Möglichkeit der Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten durch die oder nach der Operation. In einer Entscheidung des OLG Naumburgs (MedR 2005, 395) war der Senat der Ansicht, dass die Erhöhung des allgemeinen Eingriffsrisikos einer Intubationsnarkose nicht bis hin zu entfernt liegenden Konsequenzen vor den Patienten ausgebreitet werden muss.

Ärzte müssen ihre Patienten auf erhebliche *Risiken eines* verordneten *Medikaments* hinweisen und dürfen sich nicht auf die Informationen im Beipackzettel verlassen. Im konkreten Fall erlitt eine 30-jährige Raucherin im Februar 1995, zwei Monate nach Beginn der Einnahme eines Verhütungsmittels, einen Schlaganfall. Dazu kam es aufgrund der Wechselwirkung zwischen dem Nikotin und dem Medikament. Ihre Gynäkologin hatte sie nicht auf die Risiken der Pille für Raucherinnen in ihrem Alter hingewiesen und klagte auf Schadenersatz.

Zwar wurde in den Gebrauchsinformationen Frauen ab dreißig ausdrücklich

geraten, bei Einnahme des Mittels das Rauchen aufzugeben, da ein erhöhtes Risiko bestehe, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden. Das Gericht jedoch hielt dies für unzulänglich. Wegen der möglichen schwerwiegenden Folgen hätte die Gynäkologin bei der Verordnung des Medikaments ausdrücklich auf die erheblichen Gefahren hinweisen müssen (BGH, Urt. v. 15. März 2005 - Az.: VI ZR 289/03 -).

Im Berichtszeitraum folgt das OLG Koblenz (Urt. v. 15. Dezember 2005, - Az.: 5 U 676/05) der bekannten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und sieht eine *Aufklärung*, die erst am Tag der Operation erfolgt, als *verspätet* an. Ein Patient hatte wegen Schmerzen die Ambulanz eines Krankenhauses aufgesucht. Am nächsten Tag wurde er in dem Krankenhaus operiert. Die Operation – es handelte sich um eine Leistenbruchoperation – war mit erheblichen Risiken verbunden, weil der Kläger bereits zweimal voroperiert worden war. Nach der Operation verwirklichten sich diese Risiken u.a. wurde der Kläger impotent. Der Senat verurteilte den Krankenhaussträger zum Schadenersatz, weil hier nicht rechtzeitig über die Risiken aufgeklärt worden ist. Die Aufklärung am Tage der Operation – so der Senat – reiche nicht aus, die Aufklärung habe *mindestens am Vortag* zu erfolgen, infolge der Rechtsprechung des BGH müsse der Patient so rechtzeitig aufgeklärt werden, dass er durch hinreichende Abwägungen der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahren könne. Eine Aufklärung, die erst am Tag der Operation erfolgt, sei – von Notfällen abgesehen – regelmäßig zu spät.

(3) Schaden

Im Rahmen des Schadensrechtes bleibt die Diskussion um das „*Kind als Schaden*“ nach wie vor aktuell. In einem Urteil des EGMR (NJW 2005, 727) ging es um die Schädigung eines Fötus durch Ärzte mit anschließender Fehlgeburt. Eine Schwangere war mit einer Patien-

tin, der eine Spirale entfernt werden sollte, aufgrund einer Namensgleichheit verwechselt worden. Nachdem die französische *Cour de Cassation* die Ärzte strafrechtlich vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen hatte, entschied der EGMR, zwar sei auch der Nasciturus menschenrechtlich geschützt, doch folgt daraus nicht, dass die Verletzungen des Nasciturus in jedem Falle strafbewehrt sein müssen, vielmehr genüge auch allein die Zuerkennung von Schadenersatz.

Für das innerdeutsche Recht setzt der BGH (NJW 2005, 891 f.) seine zurückhaltende Linie zum „*Kind als Schaden*“ fort. Die mit der Geburt eines Kindes, das durch eine Röteln-Erkrankung der Mutter schwer geschädigt wurde, verbunden mit wirtschaftlichen Belastungen sollen nicht allein deshalb Gegenstand eines Behandlungsvertrages mit dem Hausarzt sein, weil die Mutter diese Ärzte zur Abklärung und Behandlung eines Hautausschlags aufgesucht und im Laufe der Behandlungen ihre Schwangerschaft erwähnt hat. Denn diese Ärzte – so der Senat – wären nicht „im Hinblick auf die Schwangerschaft und nicht zu deren medizinischer Begleitung eingeschaltet worden“. Selbst der Hinweis auf die potentielle Schwangerschaft soll zu dieser Annahme nicht führen.

Anders liegt der Fall einer Fruchtwasseruntersuchung, die eben typischerweise durchgeführt wird, um gegebenenfalls eine Abtreibung durchführen zu lassen. Verzögert sich hierbei die Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses insoweit, als das Ergebnis erst nach der Geburt mitgeteilt wird, so ist der Arzt, wenn ein behindertes Kind geboren wird, verpflichtet, der Kindesmutter den ihr daraus entstehenden materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, mithin den Eltern den Kindesunterhalt zu erstatten (OLG Saarbrücken, ZfL 2005, 20, unter Hinweis auf BGH VersR 1984, 186, 188).

Anschrift des Verfassers

RA Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstr. 66, 60322 Frankfurt

Sicherer Verordnen

ACE-Hemmer Nierenerkrankungen

Die renoprotektiven Wirkungen von ACE-Hemmern und AT1-Antagonisten beruhen nach einer neuen Metaanalyse wahrscheinlich auf der Blutdrucksenkung. Bei Patienten mit Diabetes sind zusätzliche renoprotektive Wirkungen (über den Effekt der Blutdrucksenkung hinaus) unbewiesen und bei anderen, nicht-diabetischen Nierenerkrankungen unsicher (es konnte nur ein leichter, nicht signifikanter Trend für eine erhöhte Renoprotektion nachgewiesen werden).

Anmerkung: Nachdem in den Therapieempfehlungen der AkdÄ eine gesicherte zusätzliche Wirkung von ACE-Hemmern und AT1-Antagonisten bei Nierenerkrankungen und diabetischer Nephropathie postuliert wird, überraschen diese Ergebnisse englischer klinischer Pharmakologen. Ein Kommentar zu dieser Studie vom Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer aus der Schweiz: bei Patienten mit Nephropathie sollten nach dieser Studie bei der Auswahl eines Antihypertonikums vor allem die blutdrucksenkenden Eigenschaften sowie die unerwünschten Wirkungen und die Kosten beachtet werden. Ähnlich wird in einer unabhängigen deutschen Fachzeitschrift argumentiert, wobei jedoch zusätzlich darauf hingewiesen wird, dass diese Metaanalyse stark von der ALLHAT-Studie geprägt sei und eine zusätzliche Nephroprotektion durch ACE-Hemmer oder AT1-Antagonisten (gleichwertige Substanzgruppen!) dennoch plausibel sein könnte.

Quellen: *Lancet* 2005; 366: 2026; www.evimed.ch, *Arzneimittelbrief* 2006; 40:

Arzneimittel Nur bedingt verschreibungspflichtig

Immer wieder stellt sich bei einer Arzneimittelanamnese die Frage, welche Arzneimittel ein Patient zusätzlich gekauft und eingenommen haben könnte. Für verordnende Ärzte kann wegen ei-

ner möglichen Addition unerwünschter Wirkungen (UAW) oder wegen möglicher Interaktionen insbesondere von Relevanz sein, welche als verschreibungspflichtig bekannten Arzneistoffe bis zu einer bestimmten Konzentration freiverkäuflich sind. Ergebnisse von Studien über das geringe Risiko niedriger freiverkäuflicher Dosen z.B. von Ibuprofen und Diclofenac gelten nicht für zusätzliche Verordnungen durch den Arzt.

Arzneistoffgruppe	Arzneistoff	Handelspräparate®	Zu Beachten
Antimykotika	Ciclopirox	Batrafen, Generika	Bakterielle Überwucherungen
	Terbinafin	Lamisil	Bakterielle Überwucherungen
Azol-Antimykotika	Econazol, Isoconazol, Ketoconazol, Miconazol, Tioconazol	viele Handelspräparate und Generika	Bakterielle Überwucherungen
Glukokortikoide	Beclometasondipropionat, Hydrocortison, Triamcinolon	viele Handelspräparate und Generika	bekannte UAW von Glukokortikoiden auf der Haut
Magen-Darm-Mittel	Famotidin, Ranitidin	viele Handelspräparate und Generika	Wechselwirkungen z.B. mit Theophyllin, Resorptionsbeeinträchtigung aufgrund Magen-pH-Verschiebung
	Loperamid	Imodium, Generika	grundsätzliche Opiat-UAW
NSAID	Diclofenac, Etofenamat, Flurbiprofen, Ibuprofen, Indometacin, Ketoprofen, Naproxen, Piroxicam	sehr viele Handelspräparate und Generika	GI-Störungen, Nierenfunktionsstörungen, Überempfindlichkeitsreaktionen
Virustatika	Aciclovir	Zovirax, Generika	Überempfindlichkeitsreaktionen, auch systemisch
	Penciclovir	Vectavir	lokale Hautreaktionen
Varia	Minoxidil	Regaine	Salz- und Wasserretention, Tachykardie, RR ↓
	Nedocromil	Irtan	lokale UAW, Kopfschmerzen

Rosiglitazon Makulaödeme

Die kanadische Arzneimittelüberwachungsbehörde weist zusammen mit dem Hersteller auf die Gefahr des Auftretens bzw. der Verschlechterung eines Makulaödems unter der Einnahme des Antidiabetikums Rosiglitazon als Monotherapie (Avandia®) oder in Kombination mit Metformin (Avandamet®) hin. In der Mehrheit der aufgetretenen Fälle traten parallel Flüssigkeitsretention, periphere Ödeme und eine Gewichtszunahme auf. In einigen Fällen waren die aufgetretenen Veränderungen am Auge nach Absetzen von Rosiglitazon rückläufig.

Nachfolgend eine Liste bekannter Stoffe, nach denen gezielt gefragt werden sollte. Fettgedruckt sind die Arzneistoffe, deren Anwendung bis zu einer begrenzten Konzentration oder Menge auch systemisch (oral oder rektal oder buccal) ohne Rezept möglich ist. Auch lokal angewandte Arzneistoffe können systemische Wirkungen und UAW entfalten, insbesondere bei – vom Patienten negierter – längerer Anwendung oder Überschreitung der empfohlenen Höchstdosen.

Quellen: *Pharm.Ztg.* 2006; 151: 79; *Dt.Apo.Ztg.* 2006; 146 (1): 65

Anmerkung: Risikofaktoren für das Auftreten eines Makulaödems sind Dauer des Diabetes, Vorliegen einer diabetischen Retinopathie, Hochdruck und schlechte Blutzuckerwerte. Die Einnahme von Rosiglitazon könnte das Auge noch zusätzlich schädigen, eine Verordnung von Rosiglitazon bei entsprechend prädisponierten Patienten sollte daher nur mit Vorsicht erwogen werden.

Quelle: *Health Canada*, www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff

Dr. G. Hopf

Nachdruck: *Rheinisches Ärztebl.* 3/2006

Schafft die Große Koalition eine große Gesundheitsreform?

Siegmond Kalinski



Nach dem Fahrplan der großen Koalition und nach Willen und Wunsch der Bundeskanzlerin soll die Gesundheitsreform bis zu den Sommerferien fix und fertig stehen. Angela Mer-

kel hat die Reform zur Chefsache erklärt. Da darf man gespannt sein. Denn es ist gar nicht so lange her, da warb Angela Merkel noch für „Reformen aus einem Guß“. Zur Bundeskanzlerin gewählt, ging sie zur „Politik der kleinen Schritte“ über und inzwischen tritt sie mehr oder weniger auf der Stelle. Hoffen wir, dass es bei der Gesundheitsreform nicht so sein wird!

Horst Seehofer ist der Ansicht, dass eine Große Koalition auch eine Große Reform im Gesundheitswesen zustande bringen müsse. Wer sonst als eine Große Koalition?

Das einzige, was bis jetzt sicher ist, sind Angela Merkels Worte: Die Reform wird „tendenziell teurer“.

Das einzige, was bis jetzt sicher ist, sind Angela Merkels Worte im Bundestag, dass die Gesundheitsreform „tendenziell teurer“ wird. Das ist keine Überraschung, denn für alle bisherigen „Reformen“ mussten nur Patienten und Ärzte zahlen – und das nicht zu wenig. Wäre es jetzt nicht an der Zeit, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen ihren Sparbeitrag leisteten? Wie wäre es, wenn nicht nur bei den anderen gespart würde, sondern auch die GKV bei sich selbst abspeckte? Fachleute haben berechnet, dass Milliardeneinsparungen gemacht werden könnten, eine Schlankheitskur

sozusagen, wenn die vielen Überwachungsmaßnahmen gestrichen würden, die Riesensummen verschlingen und die nur wegen des krankhaften Misstrauens gegenüber den Medizinern bestehen. Schon allein der Medizinische Dienst der Krankenkassen kostet Millionen und bringt außer viel Papier nichts Effektives, von einigen Instituten ganz zu schweigen, deren einzige Berechtigung offenbar darin besteht, dem Ministerium ihm genehme Gutachten zu erstellen.

Doch Ulla Schmidt träumt nach wie vor von nicht mehr und nicht weniger, als den privaten Krankenversicherungen den Garaus zu machen und eine einheitliche Pflichtversicherung für alle einzuführen. Versteh' einer die Welt! Da zieht sich Vater Staat mangels Kasse aus fast allen Verpflichtungen zurück, allen Bürgern predigt man, sie müssten selbst für ihre eigene Vorsorge sorgen, und auch die gesetzlichen Krankenkassen empfehlen und raten ihren Mitgliedern zu privaten Zusatzversicherungen, wohlwissend, dass die eigenen Leistungen immer karger und weniger ausreichend sind und längst nicht mehr das erfüllen, was sie vollmundig versprechen. Nur noch die privaten Krankenversicherungen gewähren auf Dauer den Leistungsumfang, für den man sich einmal versichert hat und haben, da auch ihre Mitglieder immer älter werden und immer länger leben, dafür entsprechende Rücklagen in Millionenhöhe gebildet.

Diese Millionenrückstellungen sind es, die Ulla Schmidt reizen. Die hätte sie allzu gerne angezapft. Doch Fakt ist: Selbst ein größerer Schluck aus der Pulle der Privatversicherungen macht die GKV nicht gesund und würde die Ministerin nicht viel weiter bringen. Die GKV benötigt nicht Millionen – sie benötigt Milliarden!

Die Ärzte wollen ihre Patienten nicht billig, sondern lege artis behandeln und haben es satt, weiterhin Verleumdungen und falsche Verdächtigungen zu schlucken, die ganz bewusst in den Medien lanciert werden und sich später fast alle meist als Lug und Trug erweisen. Sie haben auch genug von ihrer „Muschelwährung“, der Honorierung nach Punkten, sie wollen wie jeder andere auch ihr Salär in Euro und Cent ausbezahlt bekommen.

Doch jetzt haben die Ärzte endlich auch einen politischen Befürworter. Es ist der Stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wolfgang Zöller, der den Ärzten den Rücken gestärkt hat, als er in seinem Schreiben vom 21. Februar 2006 an Renate Hess, Leiterin des Dezernats Gebührenordnung bei der Bundesärztekammer, u.a. folgendes erklärte:

„Sowohl gegen eine Gebührenangleichung als auch gegen Schwächung der PKV haben sich Union und ich vehement gewehrt... Ich halte es für einen großen Erfolg der Koalitionsvereinbarungen, dass wir uns darauf verständigt haben, die freie Arztwahl, die freie Krankenhauswahl und die freie Krankenkassenwahl der Bürger in Deutschland zu erhalten... Qualität und Effizienz kann man nicht mit Planwirtschaft, sondern nur mit Wettbewerb und freier Arztwahl erhalten... Wer Einheitsvergütungen fordert, der ebnet den Weg zur Einheitsmedizin. Dann wird die Versorgung für alle Versicherten nicht besser, sondern schlechter. Dies konnte man vor einigen Jahren in der ehemaligen DDR besichtigen...“

Ärzte sollen sich wieder mehr auf die Versorgung ihrer Patienten konzentrieren können und sich nicht ständig mit Richtlinien und Bürokratie beschäftigen müssen...“

Hoffen wir, dass die neue „Große Gesundheitsreform“ diese Gedanken enthalten wird. Dann werden auch die Ärzte nicht mehr auf die Straße gehen müssen.

Komm, lieber Mai, und mache ...

Klaus Britting

Wussten Sie das? Der Mai beginnt mit demselben Wochentag wie der Januar des Folgejahres. Aber kein anderer Monat desselben Jahres beginnt mit demselben Wochentag wie der Mai. Das zeigt doch schon klar, wie einzigartig der Mai ist. Bereits der erste Tag: ein Feiertag. Das schafft nur noch der Januar, doch der ist den Gewerkschaften zu kalt für ihre Umzüge. Und wegen der vielen Silbervesterleichen käme die Arbeiterbewegung gar nicht in Bewegung und der Vorstand müsste sich allein die schönen Reden halten. Da ist der Mai schon besser, auch für den Umtrunk danach. Dann der Maibaum! Können Sie sich einen Januarbaum vorstellen? Und darunter dann einen „Januartanz“, bei dem sich alle eine Lungenentzündung holen und von liebesfiebrigen Maiennächten in lauer Luft in ihrem Krankenbett nur träumen können? Nein, der Wonnemonat heißt Mai! Das wusste auch Mozart, als er dem harmlos mit „Sehnsucht nach dem Frühling“ betitelten Lied eines Herrn Overbeck liebliche Volkstöne verlieh.

Doch möglicherweise hat Mozart nur die ersten Zeilen gelesen. Dass der Mai die Bäume wieder grün machen soll, ist ja ein verständlicher Wunsch. Da lässt sich nett komponieren. Wie aber darf man „Ach, lieber Mai, wie gerne einmal spazieren gehen!“ interpretieren? Eine prophetische Vorschau auf die Überalterung der Bevölkerung, das fehlende Personal in Pflegeheimen? Oder auf fehlende medizinische Hilfsmittel wie Krücken? Und dazu fröhliche Musik! Oder noch schlimmer: „Denn draußen in dem Gärtchen kann man vor Kot nicht gehn.“ Hätten Sie das gedacht? Im 18. Jahrhundert gab es keine modernen Spülklosetts, und das mit der Entsorgung war so eine Sache, über die man natürlich nicht gern sprach. Aber gleich so übel, dass man im Mai nicht mal in den Garten gehen konnte, ohne im Morast zu versinken? Nur gut, dass 1774 das Chlor erfunden und in einer Mischung als Desinfizierungsmittel eingesetzt werden konnte. Man nannte es – geradezu maienhaft – „Eau de Javel“.

Was Herr Overbeck jedoch von einem Mädchen namens Lottchen und dessen Herzeleid erzählt, lässt aufhorchen: „Sie sitzt in ihrem Stühlchen wie's Hühnchen auf dem Ei.“ Beim Studium dieses Satzes werden unsere Hühnerfarmer sofort hellwach. Der Einsatz von Hunderttausenden unglücklich verliebter Lottchen würde vielleicht die teuren elektronisch gesteuerten Brutmaschinen sparen oder die teuer gekauften Retortenkücken. Dann könnte man sich sogar ein Bio-Mäntelchen umhängen und eine CMA-Marketingcampagne fahren mit dem Slogan „Deutsches Huhn, von Lottchen gebrütet, nur echt mit dem Lottchen-Stuhl-Siegel“ – ein echter Maitraum. Und nicht zu vergessen: die enorme Auswirkung auf die Arbeitslosenstatistik! Und Feministinnen würden natürlich sofort auf die ebenso hunderttausendfach unglücklich verliebten Jungmänner deuten. Und niemand bräuchte sich dann mehr Sorgen zu machen, wie wir die von der Schule oder Straße bekommen. Sie werden ebenfalls zu Brütern ausgebildet. Ein volkswirtschaftlich unglaublich interessanter Aspekt in diesem so harmlos klingenden Lied!

Um diesem Fingerzeig jede Brisanz zu nehmen, sagt der Textdichter am Schluss: „O komm und bring vor allen uns viele Veilchen mit, bring auch viel Nachtigallen und schöne Kuckucks mit!“ Zwar ganz schön unreal, wo doch jeder weiß, dass ein Kuckuck so schön nicht ist. Aber wenn aus seinen Eiern dann Vögel schlüpfen, die wie Nachtigallen singen, rufen wir doch gern „Komm, lieber Mai, und mache ...“ Wenn ich heute Abend im städtischen Schwimmbad Bahn um Bahn hinter mich bringe, werde ich gern davon träumen, auch von den vielen Veilchen in diesem Lied. Und bei dem manchmal etwas strengen Chlorgeruch mir immer wieder sagen: oh, dieses maien-märchenhafte Eau de Javel!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71, 24896 Treia
Tel. 04626 189988
Fax 04626 189987

Der Storch

Prof. Dr. med. Wilhelm Theopold

Das Küken schlüpft aus seinem Ei, und niemand findet was dabei. Dagegen interessiert es sehr: wo kommen denn die Menschen her? Und man erfand dem Kind zulieb, dass hier der Storch sein Wesen trieb? und froh war jedermann beschwichtigt.

Der Vogel, den man so bezichtigt, ist aber nur im Sommer da und reist dann ab nach Afrika.

Manch einer sieht darin das Ende der überlieferten Legende und wünscht sich sachliche Belehrung und allgemeine Volksaufklärung.

Maßgeblich wird hier das Bestreben: man soll als freier Bürger leben, der dem Naturgesetz gehorcht, doch keinesfalls dem Klapperstorch.



Dr. med. Hans-Peter Hoheisel †



Hans-Peter Hoheisel war Kollege und Freund, Ratgeber und Mahner, Berufspolitiker und Mäzen. Wir trafen erstmals 1969 aufeinander, als er mich, damals schon Vor-

sitzender der hessischen Nervenärzte, zur Niederlassung ermunterte. Dann wurde die Beziehung immer enger, beruflich, berufspolitisch und menschlich. Als Vorsitzender des Landesverbandes Hessischer Nervenärzte, als Schriftführer des Bundesverbandes, dann als Bun-

desvorsitzender ist er mir in bleibender Erinnerung. Die Mitarbeit an der Enquete für Psychiatrie, zusammen mit Professor Bochnik, war mühsam aber lohnend. In Gebührenverhandlungen verband er Engagement mit Augenmaß. Als Vorsitzender war er stets konzilient, dabei den Ausgleich suchend und die Konfrontation meidend, auch wenn er meist das Jackett ausgezogen hatte und in lockerem Ton die Sitzung leitete.

Während seiner Tätigkeit als Nervenarzt in der Klinik fand er Zeit für zahlreiche Veröffentlichungen. Seine praktische Tätigkeit als Nervenarzt unterbrach er regelmäßig und engagierte sich für junge Künstler, Maler, Zeichner, Schmuckdesig-

ner, Karikaturisten, denen er Raum und Hilfe bot. Viele Ehrungen, genannt seien hier das Bundesverdienstkreuz am Bande und die Dr. Richard Hammer-Medaille, würdigen das offizielle und private Wirken dieses Arztes. Unvergessen bleiben auch Erinnerungen an zwei Bootspartien in Frankreich und Irland; als Captain steuerte er fünf Männer ohne Havarie durch Kanäle und Schleusen.

Nach einem erfüllten und erfolgreichen Leben ist er im Februar 2006, 83-jährig, gestorben.

Dr. med. Wolf Grimmer, Rüsselsheim

Neuerscheinung: „Krebs in Deutschland“

„Wie hat sich die Inzidenz des Magenkarzinoms in Deutschland in den letzten Jahrzehnten verändert? Wo steht Deutschland im EU-Vergleich beim Lungenkrebs? Welche altersspezifische Inzidenz zeigt das Speiseröhrenkarzinom bei Männern?“

Wer Antworten auf solche Fragen sucht, sollte einen Blick in die neu erschienene 5. Auflage der Broschüre **„Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends“** werfen. Angeordnet nach den Codenummern der ICD-10 werden die Tumorentitäten von C00 (Mund/Rachen) bis C95 (Leukämien) beschrieben. Im begleitenden Text finden sich Angaben zu Verbreitung (Geschlechterverhältnis, Altersgipfel etc.), Risikofaktoren, Trends und Prognose. Grafische Darstellungen, beispielsweise der alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzen, der altersstandardisierten Neuerkrankungsraten im EU-

Vergleich oder der Inzidenzen und Mortalitäten in Deutschland seit 1970, ergänzen die Texte. Detaillierte Tabellen zur Inzidenz und Mortalität nach Altersgruppen sowie zur regionalen Verteilung in den Bundesländern runden die Präsentation ab. Die Daten, die den Zeitraum bis zum Jahr 2002 umfassen, stammen von den epidemiologischen Krebsregistern in Deutschland; deren Dachorganisation GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.) zeichnet gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut verantwortlich als Herausgeber. Das Sonderkapitel „Krebs bei Kindern“ beruht auf in den Jahren 1980-2003 erhobenen Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters in Mainz.

Eine ausführliche Einleitung mit Beschreibung der Ziele und Aufgaben epidemiologischer Krebsregister sowie einer allgemeinverständlichen „Ge-

brauchsanweisung“ mit Erklärung der verwendeten Fachbegriffe (Mortalität, Inzidenz, Rohe Rate etc.) lassen es erwägenswert erscheinen, das Heft auch besonders interessierten Patienten an die Hand zu geben. Da die Broschüre dank der Förderung durch das BMG kostenlos abgegeben wird, entstehen hierdurch keine Aufwendungen. Über Ihre Bestellung freut sich Ihr zuständiges Krebsregister:

Vertrauensstelle des Krebsregisters
bei der Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt am Main
Tel.: 069 789045-0
Fax 069 789045-29
E-Mail: vertrauensstelle@laekh.de
Stichwort: „Krebs in Deutschland“

*Manfred Sagner
stellv. Leiter der Vertrauensstelle*

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ernst-Harald Mischlich, Darmstadt, am 22. Juni,
Dr. med. Gustav Guntrum, Darmstadt, am 29. Juni.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gisela Agah, Eschborn, am 1. Juni,
Dr. med. Werner Dietz, Frankfurt, am 20. Juni,
Professor Dr. med. Hans Hacker, Frankfurt, am 21. Juni,
Professor Dr. med. Ekkehard Thomas, Frankfurt, am 27. Juni.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gabriele Ecke, Wettenberg, am 5. Juni.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Peter Hansen, Kassel, am 8. Juni.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ulrich Müller, Wiesbaden, am 23. Juni.

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

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Beate Romünder, seit 11 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dr. med. J. Leiter u. MUDr. C. Grünler, Bad Arolsen

Sabine Wendorff, seit 20 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dr. med. J. Leiter u. MUDr. C. Grünler, Bad Arolsen

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

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

Christiane Matter, tätig bei Dr. med. W. Engelbert u. M. Stützer,
Gemünden/Wohra

Ute Schmitt-Fröhlig, tätig bei Dr. med. R. Watanpour, Viernheim

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



Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Lydia Siege, Petersberg
* 10.1.1920 † 8.2.2006

Dr. med. Sigrid Kopperschmidt-Ehmig, Dreieich
* 7.3.1921 † 6.1.2006

Dr. med. Randi Kramer, Wiesbaden
* 23.9.1932 † 8.3.2006

Dr. med. Walter Josef Franz, Ehringshausen
* 1.2.1941 † 7.3.2006

Dr. med. Hans Kapp-Lehmann, Frankfurt
* 20.8.1924 † 2.3.2006

Dr. med. Hartwig Kleinmann, Darmstadt
* 28.6.1921 † 4.1.2006

Dr. med. Erika Köbel, Frankfurt
* 22.10.1921 † 23.2.2006

Dr. med. Klaus Nungesser, Weiterstadt
* 18.2.1939 † 7.2.2006

Dr. med. Peter Philipps, Mainz-Kastel
* 7.8.1922 † 19.3.2006

Dr. med. Max Wassermeyer, Darmstadt
* 17.3.1911 † 11.7.2004

Gabriele Polak, Kassel
* 20.5.1952 † 14.2.2006

Rote Liste 2006 erschienen

Neu: Die Rote Liste® Service GmbH ist ab 1. Januar 2006 Herausgeber und Verlag des Arzneimittelverzeichnis ROTELISTE® und des FachInfo-Services.

Die ROTELISTE® 2006 umfasst 8.829 Präparateinträge mit 11.171 Darreichungsformen und 35.313 Preisangaben von 478 pharmazeutischen Unternehmen. 6.616 Darreichungsformen sind verschreibungspflichtig, 86 unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), 3.936 sind apothekenpflichtig, 501 sind auch für den Verkehr außerhalb der Apotheken zugelassen. 4.935 Präparate sind mit FachInfo-Service gekennzeichnet. 6.217 Präparate sind nach dem neuen AMG zugelassen. Die Fertigarzneimittel sind nach 88 Indikations- und Wirkstoffgruppen (Hauptgruppen) geordnet. Zur besseren Vergleichbarkeit sind diese in weitere Untergruppen funktionsähnlicher Arzneimittel unterteilt. Die Gesamtzahl der Fertigarzneimittel teilt sich auf in 7.002 chemisch definierte Präparate, 797 Präparate pflanzlicher Herkunft, 356 Enzym-, Organ- und Mikroorganismen-haltige Präparate und 674 Homöopathika. In den Fertigarzneimitteln der ROTELISTE® sind ca. 2.500 verschiedene arzneilich wirksame Substanzen verarbeitet.

ISBN 3-939192-00-7, Format DIN A4, 2208 Seiten, Kunststoffband, Preis Euro 75,- inkl. MwSt. plus Versand. (Herausgeber und Verlag: Rote Liste® Service GmbH, Hildegard Dootz, Tel.: 069 2556-1291, E-Mail: hdootz@rote-liste.de)

CHECKLISTE

Empfehlungen für die Einstellung von Auszubildenden

- Bewerbungs- und Einstellungsverfahren **spätestens im Herbst des Vorjahres**
- Offizielle Einstellungstermine beachten: zwischen dem 1. August und dem 1. September eines jeden Jahres.

Hinweis: Die Ausbildung endet im Normalfall mit Bestehen der Abschlussprüfung im Sommer und damit regelmäßig vor Ablauf des im Berufsausbildungsvertrages eingetragenen Endes.

- Ausbildungsmöglichkeiten (Schlüsselzahlen) prüfen
- Arbeiterlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung bei der Beschäftigung nichtdeutscher Auszubildenden prüfen
- Berufsausbildungsvertrag bei der zuständigen Bezirksärztekammer* anfordern
- Berufsausbildungsvertrag (Ausfertigung für Landesärztekammer Hessen) bei der zuständigen Bezirksärztekammer* zur Eintragung einreichen
* Verkürzung der Berufsausbildungszeit bei entsprechender schulischer oder beruflicher Vorbildung beantragen
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung prüfen
- Anmeldung zur Berufsschule vornehmen
- Ausbildungsnachweis erläutern
- Ausbildungsplan erstellen
- über Schweigepflicht aufklären
- Berufskleidung (Kittel) beschaffen
- über Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B unterrichten und diese kostenlos anbieten (BGV A1 M 612/613)**
- Arbeitszeiten festlegen
- zur Krankenversicherung anmelden
- Lohnsteuerkarte vorlegen lassen
- Bankverbindung einreichen
- Rentenversicherungsnachweis bei der Deutschen Rentenversicherung beantragen

Aus redaktionellen Gründen ist der komplette Abdruck der Checkliste nicht mehr möglich. Sie ist jedoch über unsere Homepage www.laekh.de über „Arzthelfer/innen“ abzurufen.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

* Eine Ausnahme gilt für den Bereich der Bezirksärztekammer Gießen. Anstelle der Bezirksärztekammer ist mit der Sachbearbeiterin, Frau S. Gall, in der Landesärztekammer Hessen, Telefon: 069 97672-168 Kontakt aufzunehmen (s. Bericht über „Modellprojekt“, Hessisches Ärzteblatt Ausgabe 12/2002, S. 727).

Delegierte zum 109. Deutschen Ärztetag vom 23. – 26. Mai 2006 in Magdeburg

- Liste 1 **Fachärzte Hessen**
 Dr. Alfred Möhrle, Frankfurt
 Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf
 Dr. Klaus König, Eschborn
 Dr. Peter Zürner, Göttingen
- Liste 3 **Ältere Ärzte**
 Dr. Norbert Löschorh, Seeheim-Jugenheim
 Dr. Eckhard Stück, Kassel
- Liste 5 **Marburger Bund**
 Dr. Raoul Hecker, Groß-Gerau
 Dr. H. Christian Piper, Wiesbaden
 Dr. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg
 Dr. Elmar Lindhorst, Eppstein
 PD Dr. Andreas Scholz, Gießen
 Dr. Matthias Moreth, Eschborn
- Liste 7 **Demokratische Ärztinnen und Ärzte**
 Professor Dr. Cornelia Krause-Girth, Frankfurt
- Liste 8 **Die Hausärzte**
 Dr. Dieter Conrad, Neumental
 Dr. Günter Haas, Lautertal
 Dr. Detlev Steininger, Darmstadt
- Liste 9 **ÄrztINNEN Hessen**
 Monika Buchalik, Hanau
 Dr. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt

Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen im Winter 2006

Hiermit geben wir die Ergebnisse der Abschlussprüfung im Winter 2006 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt	225	Prüflinge
von denen	187	Prüflinge

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Note sehr gut	0
Note gut	11
Note befriedigend	76
Note ausreichend	100

Landesärztekammer Hessen
 Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Arzthelfer/innen-Abschlussfeier am 22. März 2006 in der Bezirksärztekammer Kassel

Am 22. März 2006 trafen sich die erfolgreichen Absolventinnen der ehemaligen Arzthelferinnen-Oberstufen im Restaurant „Zur Linde“ in Baunatal zur Arzthelferinnen-Abschlussfeier mit Zeugnisempfang.

Dr. med. Lothar W. Hofmann, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Kassel, begrüßte die anwesenden ehem. Auszubildenden, deren Angehörige und Freunde, die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte, sowie alle weiteren Gäste.

Nach der Eröffnungsrede durch den Vorsitzenden der Kammer wurden im Anschluss „Worte“ des Schulvertreters Oberstudienrat Löber (Willy-Brandt-Schule Kassel) und der Vertreterin des Berufsverbandes der Arzthelferinnen (B.d.A) Frau Gerlach an die Anwesenden gerichtet. Als Ausbildungsberater konnte Dr. med. Jochen Schaller den ehemaligen Auszubildenden noch einige Tipps und Ratschläge mit auf deren weiteren Lebensweg geben.

Als besondere Auszeichnung erhielt Theresa Nolte (Berufliche Schulen Korbach) für die Gesamtnote **gut** und Praktische Übungen **sehr gut** einen sehr dekorativen Blumenstrauß vom Vorsitzenden Dr. Lothar Hofmann überreicht.

Der Zeugnisüberreichung durch den Vorsitzenden folgte die Überreichung einer gelben Rose durch den Schulvertreter an die erfolgreichen Absolventinnen.

Dem erfolgreichen Ablauf der Feier konnte Natusuko Inada am Klavier ihre persönliche „musikalische“ Note aufsetzen.

Die harmonische Feier fand bei allen Anwesenden ein positives Echo und nahm an der Kaffeetafel seinen Ausklang.

Bezirksärztekammer Kassel

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/K 9043, ausgestellt am 22.6.2005, für Claudia Berger, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/12824, ausgestellt am 22.6.2005, für Sandra Kohlhoff, Butzbach,

Arztausweis Nr. HS/F/13301, ausgestellt am 1.2.2006, für Diana Razavi, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/W-47/01, ausgestellt am 3.4.2001, für Dr. med. Bärbel Schneider, Eltville,

Arztausweis Nr. HS/M 64/1991, ausgestellt am 23.7.1991, für Dr. med. Monika Zierold, Marburg,

Bereitschaftsdienstausweis Nummer 006698, ausgestellt am 18.1.2005, für Dr. med. Bernward auf dem Kampe, Marburg.

Ausgabe Juni 2006: 5. Mai 2006 · Ausgabe Juli 2006: 6. Juni 2006

Hessens Auszubildende zeigen besonderes Engagement

Auszubildende zur Arzthelferin erhalten Fremdsprachenzertifikate von Kultusministerin Wolff



10 Arzthelferin-Auszubildende haben sich neben ihren Ausbildungsleistungen in der Ausbildungspraxis und der Berufsschule noch einer weiteren Anforderung gestellt. Durch zusätzliche Unterrichtsstunden haben sie berufsrelevante Englischkenntnisse erworben und dafür das bundesweit und international anerkannte Fremdsprachenzertifikat der Kultusministerkonferenz erhalten. Dieses wurde ihnen im Rahmen einer Feierstunde am 13. März 2006 in der Julius-Leber-Schule durch Kultusministerin Karin Wolff und dem Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Michael Popović, überreicht.

Nach Ansicht der Kultusministerin zeigen die Auszubildenden damit ein besonderes Interesse an ihrem Beruf. Darüber hinaus seien Fremdsprachen heute in jedem Beruf wichtig. Es sei deshalb notwendig, die in der allgemeinbildenden Schule erworbenen Grundlagen – bezogen auf den gewählten Ausbildungsberuf – zu erweitern.

Es ist davon auszugehen, dass die Arztpraxen zukünftig vermehrt von englisch-sprechenden Patienten aufgesucht werden. Karin Wolff betonte, dass es allein 340 Mio. englische Muttersprachler gebe.

Der Unterricht für den Erwerb dieser Zusatzqualifikation umfasse 1-2 Unterrichtsstunden pro Woche – Mittwoch- und Freitagnachmittag – für die Gesamtdauer von ½ Jahr. Die Prüfung erstreckt sich auf einen schriftlichen und mündlichen Teil.

Die anwesenden Auszubildenden waren stolz auf ihre Leistungen und fühlten sich jetzt fit und sicher für eine Kommunikation mit dieser Patientengruppe.

Roswitha Hoerschelmann

Die Kaufmännische Berufsschule in Bad Nauheim, Am Gradierwerk 4-6, 61231 Bad Nauheim, Telefon: 06032 6090, sucht dringend ein funktionstüchtiges EKG-Gerät für die Auszubildenden in den Arzthelfer/innen-Klassen.

Falls Sie ein EKG-Gerät zur Verfügung stellen möchten, wenden Sie sich bitte direkt an die o.g. Adresse.

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen*

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Immunologische Grundlagen der Impfung gegen Viren**“ in der März-Ausgabe 2006, Seite 157

Frage 1	c	Frage 6	c
Frage 2	d	Frage 7	c
Frage 3	c	Frage 8	b
Frage 4	e	Frage 9	b
Frage 5	d	Frage 10	e

Servicezeiten der Bezirksärztekammer Frankfurt

Montag bis Mittwoch	8:00 bis 16:00 Uhr
Donnerstag	8:00 bis 18:00 Uhr
Freitag	8:00 bis 14:00 Uhr

Dr. med. W. A. Fach

Dieses Sonderprogramm ist nur für das Jahr 2006!

Sonderprogramm „Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen (WeGebAU)“

Der Verwaltungsrat der Bundesagentur für Arbeit hat zusätzlich zu den Mitteln zur Förderung der Eingliederung arbeitsloser Menschen ein Sonderprogramm in Höhe von 200 Mio. Euro zur Förderung von Älteren und gering qualifizierten Personen aufgelegt.

Durch dieses Programm soll unter anderem dem Eintritt älterer Arbeitnehmer in Arbeitslosigkeit entgegengewirkt werden, indem dieser Personengruppe durch finanzielle Unterstützung eine Anpassungs-Qualifizierung ermöglicht wird. Dabei zielt das Sonderprogramm insbesondere auf Beschäftigte in kleineren und mittelständigen Unternehmen ab, wie z.B. Arztpraxen und Kliniken.

Die Förderung hat nicht nur zukunftsichernde Auswirkungen für die Arbeitnehmer, sondern erleichtert den Praxen auch den Erhalt erfahrener Mitarbeiter, die nach der geförderten Qualifizierung mit neuem, aktualisiertem Fachwissen einen wertvollen Beitrag zum Geschäftsergebnis liefern können.

Die Ausgabemittel zur Umsetzung des Programms werden aber nur für das Jahr 2006 bereitgestellt. Informationen und Anträge erhalten Sie bei der zuständigen Agentur für Arbeit.

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer-in-Ausbildungswesen*

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Darmstadt	Radiologin/Radiologe (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Riedstadt	Orthopädin/Orthopäde
-----------	----------------------

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 am Main-Stadt

Frankfurt/M.-Bornheim	Psychol. Psychotherapeutin/ Psychol. Psychotherapeut
-----------------------	---

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Sulzbach Hofheim	Augenärztin/Augenarzt Urologin/Urologe
---------------------	---

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Königstein	Chirurgin/Chirurg
------------	-------------------

Planungsbereich Offenbach am Main-Stadt

Offenbach/M.-Bieber	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
---------------------	---

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Maintal-Bischofsheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Maintal-Dörnigheim	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Bad Orb	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Schlüchtern	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

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 Lahn-Dill-Kreis

Sinn	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
------	--

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Biedenkopf	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
------------	---

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

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda	Neurologin und/oder Psychiaterin/ Neurologe und/oder Psychiater
Fulda	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar Bad Karlshafen	Internistin/Internist – fachärztlich – Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater Zusatzbezeichnung: Psychotherapie
---------------------------	---

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------------	--

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Bad Sooden-Allendorf	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 Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Oberaula	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –
----------	--

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

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Niedernhausen	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
---------------	---

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Augenärztin/Augenarzt
-----------	-----------------------

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

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.

Ausschreibung an Anbieter von QM-Systemen für das Gesundheitswesen

Das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen plant im zweiten Halbjahr 2006 an mehreren Samstagen von 10 – 16 Uhr Informationsveranstaltungen zu Qualitätsmanagement in ganz Hessen.

Geplant ist, unsere Mitglieder allgemein über Qualitätsmanagement zu informieren und ihnen aber auch die Gelegenheit zu geben, sich an diesem Tag umfassend über QM-Systeme an Ausstellungsständen zu informieren.

Die Ausstellungsstände werden eine Fläche von jeweils ca. 10 m² haben. Die Standmiete richtet sich nach der Größe des Standes.

Haben Sie Interesse? Dann schicken sie uns Ihre schriftliche und verbindliche Anmeldung mit umfassenden Informationen zu Ihrem QM-System.

Entscheidend für die Berücksichtigung Ihrer Anmeldung ist das Datum des Eingangs der Unterlagen und die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie QM des gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kriterien der Richtlinie sind im Internet unter www.g-ba.de nachzulesen.

Ihre Anmeldung schicken Sie bitte an:

Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der KV Hessen
Bezirksstelle Darmstadt
Wilhelminenplatz 7
64283 Darmstadt

Für weitere Fragen stehen Ihnen

Frau Friedrich	Tel: 06151 158433
Frau Ehrhardt	Tel. 06151 158480
Frau Jahn	Tel: 06151 158432

zur Verfügung.

Wir freuen uns, Sie an den Informationstagen begrüßen zu dürfen.

Bücher

Herausgeber: Koch, Lang, Mehnert, Schmelting-Kludas. **Die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen.** Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Schattauer Verlag 2005. 304 Seiten, 4 Abb., 35 Tab., kart.. ISBN 3-7945-2421-7. Euro 34,95.

Sterben und Tod, bis vor wenigen Jahren ein Tabu-Thema, sind jetzt nach den öffentlichen Diskussionen „pro und contra aktive Sterbehilfe“, also ärztlich vermittelter Patiententötung, Anlass für viele Publikationen und Öffentlichkeitsveranstaltungen.

Wie kann man Schwerstkranke und Sterbende gut begleiten, ihnen nicht nur Schmerzen und quälende Beschwerden lindern, sondern ihnen und den Angehörigen auch die notwendige seelisch-psychische Unterstützung zuteil werden lassen?

In Vortragsveranstaltungen für ein Laien-auditorium wird oft der Vorwurf erhoben, weder die ärztliche Schmerztherapie werde wirksam eingesetzt, noch werde den Leidenden die notwendige psychosoziale und seelsorgerische Hil-

fe geboten. Diese leider oft wahre Aussage beweist, wie dringend weiterhin Lehre und praktische Ausbildung auf beiden Gebieten sind.

Das vorliegende Buch über die „Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen“, geschrieben von Psychologen, Psychoonkologen, Palliativmedizinern und Ethikern, gibt in 20 Kapiteln sowohl eine Übersicht über die psychosozialen Aspekte der Palliativversorgung, als auch eine Informations- und Ausbildungskonzeption für die Lehre und Förderung psychosozialer Kompetenzen in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender. Als über Jahrzehnte erfahrener internistischer Kliniker und Lehrer von Studenten, Krankenschwestern und Ärzten, sowie in der Palliativmedizin tätig, kann der Rezensent dieses Buch zum Lernen und zum Lehren sehr empfehlen.

Kapitelweise sind wichtige Themen, z.T. mit Kasuistiken, abgehandelt, wie z.B.: Die Lebensqualität schwerstkranker und sterbender Menschen. Die Kommunikation mit Schwerstkranken und ihren Angehörigen. Würde aus der Perspektive

totkranker und sterbender Patienten. Psychische Belastungen, ihre Verarbeitung und psychologische Unterstützungsmöglichkeiten. Der Umgang mit schwerkranken und sterbenden Kindern. Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen in der Palliativmedizin. Herausforderungen an die palliative Pflege. Sozialarbeit in der Palliativmedizin. Religiosität und christlicher Glaube bei der Begleitung von Schwer- und Todkranken. Religiöse Fragen und Bedürfnisse muslimischer Patienten. Rechtliche und ethische Aspekte. Hilfsbedarf und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige. Psychologie und Trauer, Trauerverarbeitung, Beratung und Therapie.

Alle Kapitel, mit einem Literaturverzeichnis versehen, sind interessant geschrieben und lehrreich. Ärzte, Medizinstudenten, Sozialarbeiter, Pflegende und Begleitende von Schwerstkranken und Sterbenden werden aus der Lektüre des Buches eine wichtige Unterstützung in ihren palliativmedizinischen und psychosozialen Aufgaben erfahren.

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein