

Hessisches Ärzteblatt



12/2007

Dezember 2007

68. Jahrgang



Alte Oper in Frankfurt festlich beleuchtet

(Bild pop)

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

**Vertreterversammlung
der KV Hessen**

**Deutsches
Gesundheitsiegel**

**Meldepflicht zu
Clostridium difficile**

**Kommunaler Influenza-
pandemieplan für Frankfurt**

**Arbeitszeiten hessischer
Krankenhausärzte seit 2001**

**250 Punkte
für die Fortbildung**

**Neues Online-Portal
der LÄK Hessen**

400 Jahre Medizin in Gießen



Weit über 122.500 Ärzte

Eine Anzeige in unseren sieben medizinischen Fachzeitschriften ist die richtige Wahl! Mit diesen offiziellen Organen der Ärztekammern erreichen Sie gezielt alle Ärzte Ihrer Region. Wir beraten Sie gern.

Saarländisches Ärzteblatt	7.500
Ärzteblatt Rheinland-Pfalz	18.800
Hessisches Ärzteblatt	32.000
Ärzteblatt Thüringen	10.800
Ärzteblatt Sachsen	18.800
Berliner Ärzte	25.500
Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern	9.200

122.600



Impressum

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@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 Löschhorn, Seeheim-Jugenh.
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Jörg Hoffmann, Justitiar der KV Hessen
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

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Tel. 0341 710039-92

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

zzt. 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 Quartalsende.
Für die Mitglieder der Landesärztekammer
Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



12 / 2007 • 68. Jahrgang

Editorial

„Testballon“ des VdAK bedroht bewährte Strukturen 724

Aktuelles

Weihnachtsaufruf und Weihnachtsgrüße 725

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Vertreterversammlung diskutiert Zukunftsausrichtung –
Verwaltungskosten bleiben stabil 726

Ambulante Qualitätsindikatoren als Bestandteil des
Deutschen Gesundheitsriegels 728

„Alkoholentzug ist ein bisschen wie Bergsteigen –
die Mühe lohnt sich, wenn die Tour gelingt“ 729

Aktuelles

Aktuelles zu Clostridium difficile und zur Präzisierung
der Meldepflicht für bedrohliche Erkrankungen 731

Der Kommunale Influenzapandemieplan für Frankfurt am Main 734

Landesärztekammer Hessen

Arbeitszeiten hessischer Krankenhausärzte seit 2001 –
Ergebnisse repräsentativer Befragungen der LÄK Hessen 738

250 Punkte für die Fortbildung 742

Online-Portal 743

Bedarfsorientiertes Fortbildungskonzept 744

„Intelligenter“ Berufsausbildungsvertrag für Online-Nutzer 745

Bewerbungsworkshop für Ärztinnen 746

Aktuelles

Dr.-Volker-Helbig-Preis für Epilepsieforschung 2008 747

Rehabilitation: Rechtsrahmen für das Eingliederungsmanagement 748

Medizin-Historisches

Von Hippokrates zum Himalaya: 400 Jahre Medizin in Gießen 749

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 751

Fortbildung Sicherer Verordnen

755

Arzt- und Kassenarztrecht

Stationäre Krankenhausbehandlung nur bei
medizinischer Erforderlichkeit 756

Vertragsverhältnis zwischen Patient und Laborarzt? 759

Mit meinen Augen

Der eine hü, der andere hott –
Ministerium und Kassen sind sich nicht einig 760

Humoristisches Ein Dichterleben

761

Satire Der Weihnachtsbaum auf DVD

762

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

763

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

765

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

770

Bücher

769, 773

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.

„Testballon“ des VdAK bedroht bewährte Strukturen



Dr. Margita Bert

bild: pop

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2007 endet in Hessen mit einem gesundheitspolitischen Paukenschlag: In der Region Kassel und

Schwalm-Eder erleben wir zurzeit hautnah, wie rasant sich unsere Versorgungslandschaft ändert. Denn ausgerechnet diese Region ist es, die sich der VdAK als Spielwiese und Testregion in Sachen § 73 c ausgesucht hat. Uns allen ist der Vorgang sicherlich bekannt, dass dort eine Krankenkasse erprobt, wie weit der genannte Paragraph auszureizen und zu interpretieren ist. Für dieses bislang einzigartige Modellprojekt hat man sich nun ausgerechnet Hessen ausgesucht, was uns nicht freut. Denn in Hessen kommt neben der grundsätzlichen Bedeutung, die dieses Projekt hat, auch noch unser Sonderproblem EHV hinzu.

Doch mir geht es zuerst um die grundsätzlichen Fragen. Erstmals in Deutschland soll die gesamte Versorgung einer bestimmten Region für eine bestimmte Gruppe Versicherter nicht mehr durch die KV, sondern durch andere vertragliche Lösungen sichergestellt werden. Das ist ein Paradigmenwechsel, über den bundesweit diskutiert wird. Denn gelingt das Vorhaben, hat dies weit reichende Bedeutung, die weit über Hessen

hinausginge. Dann würden vergleichbare Modelle wie Pilze aus dem Boden schießen. Man muss kein Prophet sein, um dies vorher zu sagen. Ich bin allerdings überzeugt davon, dass die Pläne des VdAK nicht funktionieren werden, denn das nun als Partner feststehende MVZ wird die Sicherstellung in dem geforderten Umfang nicht leisten können. Ganz abgesehen von Detailproblemen wie dem Bereitschaftsdienst, der Frage, wie die Patienten in einem Notfall behandelt werden und wie sich Fragen der Gesamtvergütung und der notwendigen Bereinigung klären lassen. Viel interessanter wird die Frage sein, wie solidarisch sich die Kolleginnen und Kollegen in diesem Gebiet verhalten werden, denn ohne Kooperationen scheitert die Sache sofort. Die Ziele des VdAK sind klar: Mittels dieses Versuchsballons soll unter dem Deckmäntelchen des Wettbewerbs ein Prozess in Gang gesetzt werden, an dessen Ende ärztliche Leistung wahrscheinlich zum Dumping-Preis eingekauft wird. Ich bin gespannt wie viele Kollegen den Verlockungen des VdAK erliegen. Wir stehen an einem Scheideweg: Die Kassen wollen noch mehr Macht und noch mehr Einfluss auf die ambulante Versorgung nehmen. Das kann für uns nicht gut sein, wenn auch der Frust auf die KV bei manchem groß sein mag. Doch immerhin sind es hier noch Ärzte, die über die Weichenstellungen für Ärzte entscheiden. Das sollten wir nicht vergessen. Werden die Entscheidungen unserer ambulanten Versorgung in Zukunft noch mehr von den Kassen getroffen, dann werden sich eini-

ge Praxen nicht mehr helfen können. Die Vertreterversammlung der KV Hessen hat sich in ihrer Sitzung Ende Oktober 2007 eindeutig von den Versuchen des VdAK distanziert, unsere bewährten Versorgungsstrukturen zu zerstören.

Wenn Sie diese Zeilen lesen, neigt sich das Jahr dem Ende entgegen. Mit dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes endet darüber hinaus auch die Zeit als Herausgeber für die KV Hessen. Die Vertreterversammlung der KV hat diese Entscheidung nach kontroverser Diskussion im Dezember 2006 getroffen, so dass sich die KV in Zukunft primär auf ihre eigenen Publikationen beschränken wird. Dies bedeutet aber nicht, dass Sie an dieser Stelle ganz auf Mitteilungen Ihrer KV verzichten müssen. Amtliche Mitteilungen, wie zum Beispiel Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen, werden wir weiterhin im HÄBL publizieren.

Für das Jahr 2008 wünsche ich Ihnen Gesundheit und viel Erfolg. Eins steht jetzt schon fest: Auch das Jahr 2008 wird viele gesundheitspolitische Überraschungen bereithalten.

*Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihre*

*Dr. med. Margita Bert
Vorsitzende des Vorstandes*

ANZEIGE



Foto: Brot für die Welt

**Indonesien
Den Alltag meistern**

Sie verkaufen Plastiktüten, sammeln wiederverwertbaren Müll oder putzen Schuhe. In die Schule gehen sie nicht. Die Straßenkinder von Medan in Nord-Sumatra

führen ein hartes Leben. Im „Haus der Kinderkreativität“ bekommen sie medizinische Hilfe, aber auch Förderunterricht. Hier lernen sie, Schwächere zu respektieren und Fehler machen zu können, ohne bestraft zu werden. Sie üben

Teamarbeit, Selbstverantwortung, Durchhaltevermögen – wichtige Voraussetzungen für ihre Zukunft.

Helfen Sie uns, diesen Kindern helfen zu können.

**Brot
für die Welt**
www.brot-fuer-die-welt.de

Postbank Köln
Konto 500 500-500
BLZ 370 100 50

Die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ baut auf Ihre kollegiale Solidarität

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist der zentrale Gedanke der 1955 ins Leben gerufenen Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Seitdem sind es zuvorderst Kinder bedürftiger Ärzte sowie Waisen aus Arztfamilien, die dringend Hilfe benötigen und diese bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Ziel ist neben der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen vor allem, ihnen einen Weg in die berufliche Existenz zu ermöglichen.

Die Nachfrage ist groß. Bisher konnten wir weit über 6.000 Kinder bedürftiger Kollegen unterstützen, Waisenkindern eine Perspektive bieten und vielen Kollegen, die zumeist infolge unerwarteter

Schicksalsschläge in Not geraten sind, eine vorübergehende Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Daneben bietet die Stiftung auch immaterielle Hilfe in Form von Beratungen an. Die Unterstützung erfolgt generell ohne Rücksicht auf die Zugehörigkeit der Ärzte oder ihrer Angehörigen zum Hartmannbund.

Diese oft unverzichtbare Hilfe möchten wir nicht nur aufrecht erhalten, sondern auch ausbauen. Die Arbeit der Stiftung wird beständig weiterentwickelt und der Stiftungszweck den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Dr. Kuno Winn

*Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.*

Dr. Roland Quast

*Stellvertretender Vorsitzender des
Geschäftsführenden Vorstandes
des Hartmannbundes*

*und die Vorsitzenden der
ärztlichen Verbände*

Die Stiftung hat folgende Bankverbindung

„Ärzte helfen Ärzten“
Deutsche Apotheker- und
Ärztbank eG Stuttgart
Konto-Nr.: 0001486942
BLZ: 600 906 09



Bild: pop

*Ein frohes Weihnachtsfest und
ein gesundes und friedvolles 2008
wünschen Ihnen in herzlicher
Verbundenheit*

*Landesärztekammer
Hessen*

*Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin*

Frankfurt am Main, Dezember 2007

*Kassenärztliche Vereinigung
Hessen*

*Dr. med. Margita Bert
1. Vorsitzende*

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

*wir werden auch in diesem Jahr
keine Weihnachts- und Neujahrs-
grüße in Kartenform versenden,
sondern das dadurch eingesparte
Geld als Spende einem wohltätigen
Zweck zukommen lassen.*

*Wir möchten Ihnen auf diesem Wege
unsere Wünsche für ein gesegnetes
Weihnachtsfest und ein friedvolles
und gesundes Neues Jahr übermitteln.*

*Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin*

*Dr. med. Michael Popović
Hauptgeschäftsführer*

Vertreterversammlung diskutiert Zukunftsausrichtung – Verwaltungskosten bleiben stabil

Nomen est omen: Das Tagungs-Wochenende der Vertreterversammlung der KV Hessen Ende Oktober 2007 nutzen die Vertreter, um sprichwörtlich in der Bad Kreuznacher Abgeschiedenheit in „Klausur“ zu gehen. Und so wurde intensiv diskutiert, gestritten und um den richtigen Weg gerungen. Im Mittelpunkt standen dabei Fragen der politischen und strukturellen Ausrichtung der KV Hessen, Informationen zum EBM 2008 sowie die Positionierung der KV zur Ausschreibung der vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Kassel durch den VdAK.

Positive Nachrichten gibt es in Sachen „Haushalt“ zu berichten. Nach intensiver Diskussion stimmten die Delegierten den vorgelegten Haushaltsvoranschlägen für 2008 zu. Der Verwaltungshaushalt sieht ein geringeres Volumen als im Haushaltsjahr 2007 vor. Damit bleiben die Verwaltungskosten weiterhin stabil. Mit großer Mehrheit wurden Vorstand und Geschäftsführung für die Haushaltsführung 2006 entlastet, nachdem durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V. die einwandfreie Verwendung der Haushaltsmittel bestätigt worden war.



In ihrem „Bericht zur Lage“ zog die Vorstandsvorsitzende der KV Hessen, Dr. Margita Bert, eine Zwischenbilanz ihrer Tätigkeit: „Im Vergleich zum vergangenen Jahr steht

die KV Hessen deutlich besser da. Die Abrechnungsprobleme sind überwunden, was wir durch die pünktliche Fertigstellung der Abrechnung IV/06, I/07 und II/07 dokumentieren.“ Die Vorsitzende machte darüber hinaus deutlich, dass der notwendige, interne Veränderungsprozess der KV Hessen gerade erst begonnen habe. „Wir müssen uns weiter verbessern, müssen noch mehr zum Dienstleister für unsere Mitglieder werden. Für diesen Strukturwandel werden wir – so wie die KVen, die diesen schon weiter vorangetrieben haben – externe Beratung benötigen. Change-Management betreibt man nicht so einfach mit der linken Hand, hier sind Fachleute gefragt.“ Die Vertreter beschlossen, diese Frage erneut in der Vertreterversammlung im Dezember 2007 zu disku-

tieren, nachdem der Vorstand ein entsprechendes Konzept vorgelegt hat.

Sehr ausführlich war die Einführung, die Dr. Gerd W. Zimmermann, der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands, den Anwesenden über die Neuerungen des EBM 2008 gab. Als Mitglied des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses sowie als ausgewiesener EBM-Experte gelang es ihm, die hochkomplizierte Materie verständlich darzustellen. Er erläuterte noch einmal die Historie des nun zum 1. Januar 2008 einzuführenden EBM, der zum einen die vom Gesetzgeber geforderte Pauschalen- und Komplexbildung beinhalte, zum anderen aber notwendige Voraussetzung dafür sei, dass ab 2009 mehr Geld ins System komme: „Die nun anstehende EBM-Reform ist zwar nur ein erster Schritt, aber sie ist immerhin ein erster Schritt in die Richtung, die Unterfinanzierung im ambulanten Bereich zumindest zu lindern. Die Bewertungen werden insgesamt um 9,9 Prozent angehoben, so dass wir damit rechnen können, dass ab 2009 rund 2,5 Milliarden Euro in ganz Deutschland mehr zur Verfügung stehen werden.“ Dr. Zimmermann unterstrich zudem die Bedeutung der Tatsache, dass ab 2009 die Krankenkassen mehr Geld zur Verfügung stellen müssen, wenn mehr Menschen zum Arzt gehen. „Die Verlagerung des Morbiditätsrisikos ist ein ganz wichtiger Schritt, damit der Leistung endlich auch das Geld folgt.“ Zwar sei schon jetzt deutlich, dass die Krankenkassen in 2008 fast um jeden Preis eine Zunahme der Morbidität zu verhindern versuchten. „Doch dieses Ziel ist nicht nur sehr durchsichtig, sondern von den Kassen auch schon so postuliert worden. Hier hat der VdAK allerdings die Rechnung ohne die Ärzte gemacht.“ Deutliche Kritik übte Dr. Zimmermann auch an der durch den neuen EBM notwendigen Dokumentationspflicht. „Es macht kei-

ANZEIGE

Am Ende des Jahres danken wir unseren Mandanten für die gute Zusammenarbeit und das in uns gesetzte Vertrauen und wünschen frohe Weihnachten.

Martina Döben-Koch
Fachanwältin für Medizinrecht

Stephanie Gelsheimer-Friedrichs
Fachanwältin für Medizinrecht

**Koch & Kollegen
Rechtsanwälte**

Niederuau 51, 60325 Frankfurt am Main
Telefon: 069-971435-0, Fax: 069-971435-22
Internet: www.kochundkollegen.de
E-Mail: rechtsanwaelte@kochundkollegen.de



Neuaufrichtung vorangetrieben: Die Führungsriege der KV Hessen

nen Sinn, einen EBM zu verabschieden, der Vereinfachungen durch Pauschalierungen bringt, dem Arzt aber gleichzeitig abverlangt, die einzelnen Bestandteile dieser Pauschalen gesondert zu dokumentieren. Das ist, als wenn man

einen neuen Teppich kauft und den alten, zerschlissenen Teppich drüber legt, damit der Neue nicht schmutzig wird.“ Aktuelle Informationen zum EBM 2008 sind unter www.kvhessen.de im Internet eingestellt.

Breiten Raum nahm die Diskussion um die Ausschreibung des VdAK im Bereich Kassel/Schwalm-Eder ein. Einhellig kritisierten die Vertreter dieses Modell als Versuch, „bewährte Strukturen zu vernichten“. In einer einstimmig verabschiedeten Resolution forderten sie die hessischen Kollegen auf, „nicht an diesem Vertrag teilzunehmen und mit Anbietern solcher Verträge nicht zu kooperieren.“ An die Politik erging der Appell, „endlich für die seit Jahren versprochene finanzielle Absicherung des Gesundheitswesens zu sorgen“.

Vertagt in die Dezember-Sitzung wurden anstehende Beratungen zu Veränderungen der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (EHV).

Karl Matthias Roth
Fotos: M. Buchalik

Schade!

Anmerkungen zu dem Titelbild im Novemberheft des „Hessischen Ärzteblattes“



Was ist auf diesem Altarbild dargestellt? Eine der Legenden, die sich um das karitative Wirken der Heiligen Elisabeth ranken, die sogenannte „Mantelspende“. Als Elisabeth noch als glücklich verheiratete thüringische Landgräfin auf der Wartburg lebte, sollte ein Festbankett zu Ehren von hohem Besuch stattfinden. Elisabeth war auf dem Weg dorthin, als ein spärlich bekleideter Bettler sie um ein Kleidungsstück bat. Kurz entschlossen gab

sie ihm ihren kostbaren Mantel (den ganzen, nicht nur die Hälfte wie Sankt Martin). Ohne Mantel konnte sie jedoch nicht auf dem Fest erscheinen, und sie wollte nicht schon wieder – was oft genug geschah – gegen die höfische Etikette verstoßen. Daher betete sie inständig, Gott möge ihr einen neuen Mantel schicken. Was dann auch geschah. Auf dem Altarbild ist beides simultan dargestellt. Elisabeth gibt ihren Mantel dem Bettler, der schwer gehbehindert ist; er hat eine große Holzkrücke in seine rechte Achselhöhle gestemmt, und sein linkes Bein ist ohne Fuß, wahrscheinlich die Folge einer Lepra mutilans. Und von dem Engel rechts oben bekommt Elisabeth einen neuen Mantel, genau den gleichen,

den sie soeben verschenkt hat, während der linke Engel ihr, die bereits mit einem Heiligenschein geschmückt ist, die Krone des himmlischen Hofstaates aufsetzt; Elisabeth war schon 1235, keine vier Jahre nach ihrem frühen Tod, heilig gesprochen worden. Und links unten kniet Gertrud, die jüngste Tochter von Elisabeth, gleichsam eine Zeugin dieses wunderbaren Geschehens. Gertrud war im Kloster Altenberg bei Wetzlar „Meisterin“ und ließ nicht nur die gesamte Klosteranlage ausbauen, sondern errichtete auch, ganz im Sinne ihrer Mutter, zwei Hospitäler. Übrigens wird demnächst das „Haus der Stille“ der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau im Kloster Altenberg eine neue Bleibe finden.

Was könnte der Sinn dieses Bildes sein, gerade jetzt vor Weihnachten? Mein Eindruck beim Betrachten dieses Bildes ist: Der Mensch, der großzügig schenkt und spendet für die, denen das Nötigste fehlt (und nicht nur für die, die schon alles haben), der ist wahrlich ebenfalls ein Beschenkter.

Helmut Siefert
Professor Dr. med. i.R. am Senckenbergischen Institut für
Geschichte und Ethik der Medizin der Universität
Frankfurt am Main, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt

Literaturhinweis: Thorsten Albrecht, Rainer Atzbach: Elisabeth von Thüringen. Leben und Wirkung in Kunst und Kulturgeschichte. 2. Aufl., Petersberg 2007, S. 108-112

Ambulante Qualitätsindikatoren als Bestandteil des Deutschen Gesundheitssiegels

Anfang Oktober 2007 stellte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ – kurz AQUIK – vor. Ziel dieses Projekts ist die messbare Qualität ärztlicher Leistungen: „Patienten sollen wissen, welcher Arzt gute Qualität liefert und welcher nicht“, erklärte der KBV-Vorsitzende.

Für eine hohe Qualität der Versorgung

Qualität wird groß geschrieben. Überall beim Einkaufen achtet der Konsument darauf, qualitätsgeprüfte Produkte zu kaufen. So kennzeichnet beispielsweise im Supermarkt das staatliche Bio-Siegel Produkte, deren Qualität durch strenge Kontrollen garantiert ist. Ein Güte-Siegel dieser Art soll auch beim Arztbesuch Alltag werden: durch das Deutsche Gesundheitssiegel. Niedergelassene Ärzte in Deutschland bieten gute Qualität, was dieses Siegel beweisen soll. Damit dies auch für den Patienten ersichtlich wird, hat der KBV-Vorstand das Deutsche Gesundheitssiegel ins Leben gerufen. Damit will die KBV, u. a. unter Einbeziehung einiger Indikatoren aus dem AQUIK-Projekt, die Möglichkeit schaffen, die

Qualität der niedergelassenen Ärzte sichtbar und messbar zu machen. Dabei soll auch die Option, die Honorare an diese Parameter zu koppeln, untersucht werden. Dr. Köhler sieht die Möglichkeit, Vergütungsanteile in Deutschland an die nachgewiesene Qualität zu knüpfen; dies sei besonders wichtig in Zeiten finanzieller Knappheit, in denen es für die Geldverteilung ausschlaggebend werden könnte, dass nicht nur der Nutzen stimmt, sondern zusätzlich auch die Qualität.

Systematische Recherche

Damit diese Qualität überprüft und vergleichbar gemacht werden kann, muss ein einheitliches Indikatorenset entwickelt werden. Aufgabe einer Projektgruppe unter Leitung von Dr. Susanne Kleudgen (KBV) war es zu überprüfen, welche Qualitätsindikatoren bereits national und international entwickelt und eingesetzt wurden und ob diese auch auf die deutsche Versorgungssituation angewendet werden könnten. Dabei stellte sich heraus, dass es eine große Anzahl von Indikatoren (über 2.000) für den ambulanten Bereich gibt. Die meisten zielen auf die so genannten Volkskrankheiten Diabetes, Asthma, KHK und



Herzinsuffizienz ab sowie auf Präventivleistungen.

Die Projektgruppe führte vorab eine Bestandsaufnahme durch, wie sich die Ausgangssituation in den Praxen darstellt und wie hoch die Akzeptanz von Qualitätsindikatoren überhaupt ist. Dabei wurden 200 medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen befragt. Die Resultate sind erfreulich, obwohl bereits angewendete Qualitätsindikatoren eher die Ausnahme darstellen. Das Thema Qualitätsmessung gewinne jedoch generell im Gesundheitswesen an Bedeutung, so der KBV-Vorsitzende Dr. Köhler.

Getreu dem Motto „step by step“ wird als nächstes aus den Ergebnissen der Befragung und dem vorliegenden Datenmaterial ein „Starterset“ für die ambulante medizinische Versorgung entwickelt, das in Pilotpraxen getestet werden soll. Dieses Qualitätsindikatoren-Set soll sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren umfassen. Als oberste Prämisse stellt Dr. Köhler allerdings heraus, dass Ärzten dadurch keine zusätzlichen bürokratischen Pflichten entstehen. „Verwendet werden nur die Daten, die ohnehin erhoben werden“, versichert der Vorsitzende der KBV.

ANZEIGE

Anwaltskanzlei Samira Bothe

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Familienrecht

- **Vertragsarztrecht/Kassenarztrecht:** Honorarkürzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Plausibilitätsprüfung, Arzneimittelregress, Zulassungsverfahren
- **ärztliches Berufsrecht**
- **Arzthaftungsrecht**
- **Vertragsgestaltung:** Praxismgemeinschaft, 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



Alexandra Rieger
Bild-Quelle: KBV

Experten diskutieren in Frankfurt über die unterschiedlichen Aspekte von Sucht und Entzug

„Alkoholentzug ist ein bisschen wie Bergsteigen – die Mühe lohnt sich, wenn die Tour gelingt“

Nicht alle der zahlreichen Besucher mögen die Fülle an Details und verschiedensten Aspekte von Sucht und Entzug erwartet haben. Am Ende eines hochinteressanten Abends war aber jedem klar, dass es weder den „Süchtigen“ an sich noch Methoden gibt, deren Erfolg vorprogrammiert ist: Dass „Sucht“ entsteht, hat genauso individuelle Ursachen wie die notwendigen Maßnahmen, dem Süchtigen zu helfen. Diese müssen auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten sein. Im Rahmen einer bereits seit zwei Jahren erfolgreich laufenden Veranstaltungsreihe hatte die KV Hessen am 24. Oktober 2007 Experten verschiedenster Art nach Frankfurt eingeladen, um die unterschiedlichen Aspekte von Sucht und Entzug zu diskutieren: Experten für stationären und ambulanten Entzug, einen psychotherapeutisch tätigen Arzt, einen Vertreter einer Selbsthilfegruppe sowie einen Vertreter der Kostenträger.

Wann ist ein Kranker abhängig?

Dr. Wilfried Köhler, Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen am Bürgerhospital in Frankfurt, führte die Anwesenden in die grundsätzliche Thematik von „Suchtentstehung bei Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch“ ein. Er erläuterte, dass der Begriff „Sucht“ sprachlich nichts mit der „Suche“ sondern mit dem Begriff „Krankheit“ zu tun habe und führte sieben von der WHO (ICD 10, V) definierte Kriterien an, an denen eine Abhängigkeitserkrankung zu erkennen sei:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom



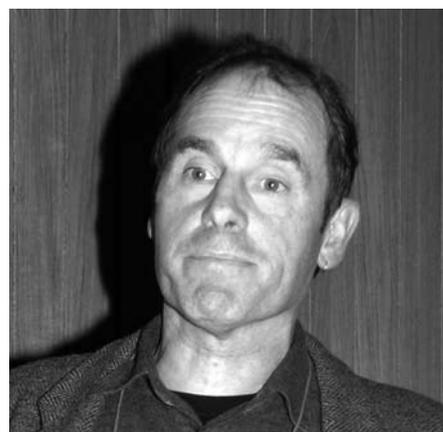
Dr. Wilfried Köhler, Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen am Bürgerhospital in Frankfurt

- bei Beendigung oder Reduktion des Konsums [...]
4. Den Nachweis einer Toleranz. Um die erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen zu erreichen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
 5. Die fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
 6. Den anhaltenden Substanzkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen, deren sich der Konsument bewusst ist
 7. Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen, zum Beispiel werden gesellschaftliche Vorgaben ignoriert

„Sind drei oder mehr der genannten Kriterien im Zeitraum eines Jahres erfüllt, spricht man von einer Abhängigkeit“, so Dr. Köhler. Darüber hinaus machte er deutlich, dass es sich bei der Sucht um eine chronische Erkrankung handle: „Regelmäßiger Konsum von Suchtstoffen programmiert das Gehirn um. Besonders anfällig dafür sind Menschen ohne Bindung in der Welt.“

„Die Arbeit machen wir quasi gratis“

Der Bericht aus dem stationären Bereich wurde um die Erfahrungen ergänzt, die Dr. Frank Köhler, Hausarzt aus Sachsenhausen, in über 25 Jahren und in 500 bis 600 Fällen beim ambulanten Alkoholentzug gesammelt hat. Er beschrieb, wie bedeutsam es beim ambulanten Alkoholentzug ist, „die Kranken und ihr Umfeld, also Familie und Gesellschaft“ mit in die Behandlung einzubeziehen. Eindrucksvoll schilderte er die Gründe, die zur Sucht und damit ggf. zum nötigen Entzug führen: „Der Patient erscheint – allein oder in Begleitung –, weil es offensichtlich nicht mehr gelingt, sich am eigenen Schopf aus den Sümpfen der meist in früher Kindheit beunruhigten Emotionalität und den Krallen des Suchtstoffs zu ziehen. Hierzu bedarf es geeigneter, d.h. auffangender und strukturierender menschlicher Interaktion.“ Er verglich den Entzug mit dem Bergsteigen, das zwar anstrengend und mühevoll sei, sich aber dann lohne, wenn die Tour gelingt. An die Adresse der Krankenkassen machte er unmissverständlich deutlich, dass der ambulante Entzug zwar Erfolgserlebnisse be-



Dr. Frank Köhler, Hausarzt aus Sachsenhausen

reit halte, sich finanziell aber überhaupt nicht rechnen. „Der Einsatz der Niedergelassenen im ambulanten Entzug ist sehr effektiv, muss aber quasi gratis geleistet werden. Die Mittel, die die Krankenkassen im stationären Bereich zur Verfügung stellen, sind 14 bis 20 mal höher als für die ambulante Vergütung. Wenn Sie also nicht über genügend andere Einkommensquellen verfügen, tun Sie sich diese Arbeit besser nicht an!“

„Alkoholikern darf man keine Ausreden anbieten“

Mit Wilhelm Hochstein berichtete ein seit 20 Jahren abstinent lebender Alkoholiker über seine Erfahrungen mit Sucht und Entzug. Hochstein, der seit vielen Jahren eine Selbsthilfegruppe der Guttempler in Frankfurt leitet, forderte die anwesenden Mediziner auf, Süchtige oder Suchtverdächtige direkt mit ihrer Krankheit zu konfrontieren: „Dem Süchtigen nützt allein schonungslose Offenheit. Es reicht nicht, ihm zu sagen, dass er bestimmte Dinge nun aber nicht mehr tun darf. Konfrontieren Sie Ihr Gegenüber, bieten Sie

ihm keine Ausreden an.“ Hochstein betonte darüber hinaus die große Bedeutung von Selbsthilfegruppen für einen erfolgreichen Entzug. In Hessen sei man froh über das dichte Hilfesystem aus Stationen, Kliniken, Beratungsstellen, Niedergelassenen und Selbsthilfegruppen.

Gespräche nur in nüchternem Zustand sinnvoll

Dass Psychotherapie im Zusammenhang mit Alkoholismus nur dann Sinn macht, wenn der Patient abstinent sei, strich Dr. Helmut Jaeger aus Frankfurt heraus. Auch er betonte die Bedeutung von Selbsthilfegruppen beim Entzug: „Man lernt und übt in den Gruppen, einen Umgang mit der Scham und der Heimlichtuerei zu finden und damit Mut zu fassen, sich zur Suchterkrankung auch nach außen zu bekennen.“ Seiner Meinung nach gibt es bei der Suchtbehandlung keine Methode, bei der im Vorhinein ein Therapieerfolg feststeht. „Es gibt keine allgemein zuverlässig wirksamen Techniken in der psychotherapeutischen Behandlung Suchtkranker, die auf jeden Patienten anwendbar wären.

Wirksame ‚wenn-dann-Standards‘ sind nicht nachweisbar. Nach welchen psychotherapeutischen Methoden vorzugehen ist, muss der Behandler in der individuellen Therapie festlegen.“ Dr. Jaeger befasst sich seit knapp 30 Jahren mit Suchtfragen und ist seit 20 Jahren niedergelassen.

Der Leiter der Landesvertretung des VdAK in Hessen, Dr. Hubert Schindler, beklagte, dass es an Konzepten mangle, um die Versorgung in diesem Bereich zu verbessern. „Über den im Gesetz vorgegebenen Paragraphen 73c könnte man zum Beispiel auch die Behandlung Suchtkranker fördern. Leider ist mir in diesem Zusammenhang bisher kein Konzept bekannt, dass den Krankenkassen vorgelegt wurde.“ Er kündigte aber Gespräche mit den anwesenden Experten an, um möglicherweise ein solches Projekt auf den Weg zu bringen. Die Veranstaltung, die von Angelika Bogenschütz (KOSA/KV Hessen) moderiert wurde, wird wahrscheinlich – mit etwas anderem Schwerpunkt – im nächsten Jahr fortgesetzt werden.

Karl Matthias Roth



Cranach der Ältere

23. November 2007 bis 17. Februar 2008 in Frankfurt

Das Städel-Museum wird in einer umfassenden Ausstellung, die ab 23. November 2007 zu sehen sein wird, über 100 Meisterwerke von Lucas Cranach dem Älteren versammeln, dem großen Maler der Reformationszeit. Populärer und wirtschaftlich noch erfolgreicher als sein Zeitgenosse Albrecht Dürer hat Lucas Cranach die Bildwelt der Deutschen wohl am nachhaltigsten geprägt. Seine frühen Landschaftsdarstellungen waren wegweisend, religiösen Themen hauchte er völlig neues Leben ein, für den reformierten Glauben schuf er gänzlich neue Bildtypen. Seine Porträts von Martin Luther, Friedrich dem Weisen oder Philipp Melanchthon prägen bis heute unsere Vorstellung von diesen Persönlichkeiten. Eine weitere Spezialität waren perfekt gemalte erotische Darstellungen. In diesen schuf er ein zeitloses Ideal weiblicher Schönheit, das noch im 20. Jahrhundert Künstler wie Pablo Picasso und Alberto Giacometti angeregt hat. Die Ausstellung wird neben der Darstellung eines hochkarätigen Querschnitts durch Cranachs OEuvre versuchen, dem Geheimnis seines Erfolges näher zu kommen. Zu den Leihgebern zählen zahlreiche nationale und internationale Privatsammlungen und

Museen wie die Staatlichen Museen zu Berlin – Preußischer Kulturbesitz, die Staatlichen Kunstsammlungen Dresden, das Kunsthistorische Museum Wien, die Uffizien, Florenz, die National Gallery Washington, das J. Paul Getty Museum, Los Angeles, die National Gallery London, das Museo Nacional del Prado, Madrid, und das Metropolitan Museum of Art, New York. Nach ihrer Präsentation in Frankfurt wird die vom Städel Museum erarbeitete Ausstellung in der Royal Academy of Arts in London vom 8. März bis 8. Juni 2008 gezeigt werden.

Ort:

Städel Museum, Schaumainkai 63, 60596 Frankfurt

Ausstellungsdauer:

23. November 2007 – 17. Februar 2008

Öffnungszeiten:

Di, Fr bis So 10-18 Uhr, Mi und Do 10-21 Uhr

Information:

www.staedelmuseum.de

E-Mail: info@staedelmuseum.de, Tel.: 069 605098-0

Aktuelles zu *Clostridium difficile* und zur Präzisierung der Meldepflicht für bedrohliche Erkrankungen

A.M. Hauri, H. Uphoff, A. Wirtz

Clostridium difficile ist ein sporenbildendes, obligat anaerobes Stäbchenbakterium, das in den späten 1970er Jahren als Erreger der antibiotikaassoziierten Diarrhö sowie der pseudomembranösen Kolitis identifiziert wurde. Heute werden die klinischen Manifestationen der Infektion mit *C. difficile* unter dem Begriff der *C. difficile*-assoziierten Krankheit zusammengefasst (*C. difficile* associated disease CDAD). Nicht-toxinogene *C. difficile*-Stämme verursachen keine CDAD. Das klinische Spektrum reicht von milder selbstlimitierender Diarrhö bis zu lebensbedrohlichen Ausprägungen wie dem toxischen Megakolon, der therapierefraktären Kolitis, Septikämie und der Darmperforation. Einige Patienten entwickeln wiederholt CDAD-Episoden (CDAD-Rekurrenz).

Epidemiologie

Erkrankungen durch *Clostridium difficile* gelten gegenwärtig in vielen europäischen Ländern als eine der wichtigsten im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Im Jahr 2003 war z.B. in Großbritannien die Anzahl der Todesfälle durch nosokomiale CDAD doppelt so hoch wie jene durch MRSA [Kuijper 2006]. Die aktuelle Besorgnis beruht auf dem epidemischen Auftreten eines hypervirulenten *C. difficile*-Stammes, der zunächst im Zusammenhang mit Ausbrüchen in Kanada und den USA beschrieben wurde. In der kanadischen Provinz Québec mit ca. 7 Millionen Einwohner (Hessen: ca. 6.075.000 Einwohner) verstarben alleine in den Jahren 2003 – 2004 geschätzte 2.000 Personen an *C. difficile*-Infektionen. Mittlerweile wurde der neue *C. difficile*-Stamm auch in Japan und in Europa (UK, Belgien, Frankreich, Niederlande, Polen, Irland, Luxemburg und Schweiz, Dänemark, Polen, Luxemburg, und Irland) isoliert [AGES 2007].

Dieser epidemisch auftretende neue *C. difficile*-Stamm wurde auf Basis molekularer Typisierung als Toxintyp III, Nord-Amerikanischer Pulsfeld-Gelelektrophorese (PFGE)-Typ 1 (NAP1), Restriktionsendonuklease Gruppe-Typ BI (REA Gruppe BI) und als PCR-Ribotyp 027 bezeichnet. Zwecks Vereinfachung spricht man heute allgemein vom *C. difficile*-Stamm Ribotyp 027.

Der Stamm zeigt ein reduziertes Ansprechen auf die klassischen Antibiotikatherapien mit Vancomycin oder Metronidazol, ist Fluorochinolon-resistent und ist gehäuft mit schweren Krankheitsverläufen, mit hoher Rezidivrate und hoher Letalität assoziiert [Warny 2005]. Die Sterblichkeit von Erkrankungen mit dem neu aufgetretenen Stamm beträgt bis zu 30 %. Man nimmt an, dass eine erworbene Resistenz gegenüber neueren Fluorochinolonen die anschließende weltweite Ausbreitung erst ermöglichte.

Aktuell werden in Krankenhäusern im Raum Trier mehrere schwer verlaufende CDAD untersucht. Ausgangspunkt ist ein in einem Trierer Krankenhaus bereits im April aufgetretener Fall einer *C. difficile*-Infektion, der den ersten in Deutschland bestätigten Fall einer Infektion mit *C. difficile*, Ribotyp 027, Toxintyp III, PFGE NAP1 darstellt. Mit Stand vom 11. Oktober 2007 bestehen neben dem einen bestätigten Fall einer Infektion mit der hochvirulenten Erregervariante acht weitere Verdachtsfälle [RKI 2007].

Risikofaktoren

Die Einnahme von Antibiotika stellt den häufigsten und damit im Hinblick auf die CDAD-Prävention wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktor für die CDAD dar. Obwohl grundsätzlich bei allen Antibiotikaklassen eine Assoziation mit

dem CDAD-Risiko beobachtet wurde, ist ein Zusammenhang mit dem CDAD-Auftreten am häufigsten beschrieben für Clindamicin, die 2. und 3. Generation der Cephalosporine und Fluorochinolone. Weiterhin werden in der Literatur folgende Risikofaktoren genannt: Alter (>65 Jahre), längerer Krankenhausaufenthalt (>3 Tage), Chemotherapie, die Einnahme von Protonen-Pumpen-Hemmern, abdominalchirurgische Eingriffe und das Vorliegen einer schweren Komorbidität wie höhergradiger Nieren- und Leberinsuffizienz.

Mikrobiologische Diagnostik

Die CDAD basiert auf der Wirkung der *C. difficile*-Exotoxine: Toxin A ist ein Enterotoxin, das für die Entstehung der Diarrhö und der Entzündung des Dickdarms verantwortlich ist. Das *C. difficile*-Toxin B ist ein zellmembranschädigendes Zytotoxin. *C. difficile* kann unter obligat anaeroben Bedingungen aus Stuhlproben angezüchtet werden. Die Fähigkeit zur Toxinbildung muss in angezüchteten Stämmen mit zusätzlichen Untersuchungen evaluiert werden. Verschiedene Nachweissysteme zum Nachweis von Toxin A bzw. von Toxin A und B werden angeboten. Das Wissen um einen kleinen Anteil Toxin A-negativer/Toxin B-positiver *C. difficile*-Stämme hat zu der Empfehlung geführt, nur noch ELISAs zu verwenden, die zum Nachweis von Toxin A und B geeignet sind. Bedingt durch die relative Instabilität des Toxins in Stuhlproben ist die Sensitivität der ELISAs stark vom Alter und Aufbewahrungsmodus der Probe abhängig. Abschnitte der Gene für Toxin A und B können anhand einer Real-Time-PCR nachgewiesen werden [Ackermann 2004].

Die überwiegende Mehrheit der medizinischen Untersuchungslabors bedient

sich ausschließlich des *C. difficile*-Toxin-nachweises im ELISA. Der Erreger wird somit nicht angezüchtet und steht nicht für die Empfindlichkeitsprüfung und eventuelle Typisierung in Ausbruchssituationen zur Verfügung. Für die Ausbruchsabklärung ist es jedoch notwendig einen Zusammenhang zwischen Isolaten verschiedener Patienten zu erkennen. Geeignet sind insbesondere genotypische Methoden, wie z.B. die PCR-Ribotypisierung, die Multilocus-Sequenz-Analyse oder die Pulsfeld-Gel-Elektrophorese [Ackermann 2004].

Empfehlungen des Robert Koch-Institutes zur Labordiagnostik für Patienten mit schwerem Verlauf einer CDAD (Auszug)

In jedem Fall sollten von allen infizierten Patienten mit schwerem Verlauf einer CDAD Kulturen angelegt und Isolate asserviert werden, um falls erforderlich, retrospektiv eine Typisierung des Stammes zu ermöglichen. Nur so lassen sich im Nachhinein Infektketten aufdecken. Anzustreben ist die Durchführung einer Resistenztestung auf Moxifloxacin und Erythromycin (z.B. E-Test) um Hinweise auf das Vorliegen des hochvirulenten Ribotyps 027 zu erhalten und damit das Gefährdungspotential abschätzen zu können. Bei Nachweis der Resistenz gegenüber Moxifloxacin und Erythromycin ist die weitere Typisierung des Stammes mittels Ribotypie zu empfehlen.

Quelle: RKI, 2007

Meldepflicht für schwer verlaufende *C. difficile*-Infektionen

Schwer verlaufende Infektionen durch *C. difficile* stellen ein Beispiel für die unter §6 Abs. 1, Nr. 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten „bedrohlichen Krankheiten“ dar, und unterliegen somit der namentlichen Meldepflicht. Die Übermittlungspflicht dieser namentlichen Meldungen in anonymisierter Form von den Gesundheitsämtern an die zuständigen Landesstellen und von diesen an das Robert Koch-Institut ergibt sich durch §11 Abs. 1 IfSG.

Meldepflichten im Zusammenhang mit *C. difficile*-Infektionen

Vom Arzt an das zuständige Gesundheitsamt zu melden sind:

1. Namentlich nach §6 Abs. 1, Nr. 2b IfSG der Verdacht auf und die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis, wenn zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.
2. Namentlich nach §6 Abs.1, Nr. 5a IfSG das Auftreten einer bedrohlichen Krankheit, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist (sofern nicht in §7 IfSG genannt).
3. Nichtnamentlich nach §6 Abs. 3 IfSG das gehäufte Auftreten von nosokomialen Infektionen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang.

Kriterien für die Meldung von schwer verlaufenden Clostridium difficile-assoziierten Erkrankungen (CDAD) gemäß §6 Abs. 1, Nr. 5a an das Gesundheitsamt

Eines der folgenden vier Kriterien für einen schweren Verlauf ist erfüllt:

1. Die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion.
2. Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDAD oder ihrer Komplikationen.
3. Chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund eines Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis.
4. Tod <30 Tage nach Diagnosestellung und CDAD als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung. Oder: Nachweis des Ribotyps 027.

Quelle: RKI, 2007

Übertragung

Der CDAD-Patient ist die wichtigste Quelle für die Übertragung von und die Kontamination der Umgebung mit *C.*

difficile. Das Risiko einer Übertragung ist, bedingt durch eine niedrige Infektionsdosis und durch die massive fäkale *C. difficile*-Ausscheidung bei CDAD-Patienten (10^7 bis 10^9 Keime pro Gramm Stuhl) hoch [Widmer 1995]. Die Keimübertragung erfolgt entweder direkt fäkal-oral oder indirekt, z.B. über kontaminierte Hände wie die des Krankenhauspersonals, über kontaminierte Gegenstände und Flächen des CDAD-Patientenumfeldes und über kontaminierte medizinische Instrumente.

Hygienemaßnahmen

Die Sporen von Clostridium difficile sind sehr umweltresistent und können für lange Zeit in der Umwelt überleben. Manche der in Krankenhäusern üblichen Flächendesinfektionsmittel und auch alkoholische Händedesinfektionsmittel sind nicht in der Lage Clostridien-Sporen abzutöten. Detaillierte Empfehlungen zum infektionspräventiven Vorgehen bzw. zur Infektionskontrolle bei CDAD wurden vom Robert Koch-Institut veröffentlicht (www.rki.de; dort: Infektionsschutz; dort: Krankenhaushygiene; dort: Informationen zu ausgewählten Erregern: *C. difficile*.)

Gesundheitsökonomische Auswirkungen von CDAD

Die CDAD stellt eine ökonomische Belastung für das Gesundheitssystem dar. Der erhöhte Arbeitsaufwand ergibt sich durch die räumliche Isolierung des CDAD-Patienten, die Kohortenpflege, den intensivierten Maßnahmen zum Schutz vor Kontaktübertragung (wie Händehygiene, Schutzbekleidung), durch die häufiger als üblich durchzuführende Reinigung und Desinfektion von Flächen und Gegenständen im unbelebten Umfeld des CDAD-Patienten, und durch die zusätzlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die europäische *C. difficile*-Arbeitsgruppe schätzt die jährlichen CDAD-Kosten für die Bevölkerung der Europäischen Union (457 Millionen) auf 3.000 Millionen Euro und erwartet eine Verdoppelung während der nächsten vier Jahrzehnte [Kuijpers 2006].

Fazit

Die Bedeutung von *C. difficile* als Erreger nosokomialer Infektionen, insbesondere im Hinblick auf das Auftreten einer hochvirulenten Erregervariante, erfordert eine Reihe von Präventions- und Kontrollmaßnahmen. Diese beinhalten:

1. den rationalen Einsatz von Antibiotika.
2. die Verfügbarkeit von Daten zum Auftreten von CDAD auf lokaler Ebene (mit der Notwendigkeit einer Etablierung einer standardisierten Krankenhaus-Surveillance) und auf übergeordneter Ebene durch Beachtung der Meldepflichten.
3. die Festlegung von Algorithmen für das frühzeitige Erkennen eines Ausbruchs, die Formulierung von Richtlinien für das Hygiene- und Ausbruchsmanagement und für die

Durchführung einer *C. difficile*-spezifischen Diagnostik.

4. die Information von Ärzten, Pflegekräften und weiterem medizinischen Fachpersonal zu Klinik, Diagnostik, Therapie und den erforderlichen Hygienemaßnahmen.

Literatur

AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH). Prävention und Kontrolle von *Clostridium difficile* in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Pflege. 2007, Wien.

Ackermann G. *Clostridium difficile* - Aktueller Stand, Teil I: Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Immunologie und Prophylaxe. Mikrobiologie 2004;14:125-129.

Kuijper EJ, Coignard B, Tull P; ESCMID Study Group for *Clostridium difficile*; EU Member States; European Centre for Disease Prevention and Control. Emergence of *Clostridium difficile*-associated disease in North America and Europe. Clin Microbiol Infect 2006; 12 Suppl 6:2-18.

RKI. *Clostridium difficile*-Infektionen: Infektionen durch Stämme des Ribotyps 027 jetzt auch in Deutschland festgestellt (Kurzinformation). Epidemiologisches Bulletin 2007; 41:386.

Warny M, Pepin J, Fang A, Killgore G, Thompson A, Brazier J, Frost E, McDonald LC (2005). Toxin production by an emerging strain of *Clostridium difficile* associated with outbreaks of severe disease in North America and Europe. Lancet 2005; 366:1079-1084.

Widmer A, Pittet D. *C. difficile* - Epidemiologie und präventive Maßnahmen. SWISS-NOSO 1995, Band 2 Nummer 3.

Anschriften der Verfasser

Dr. Anja M. Hauri, MSc

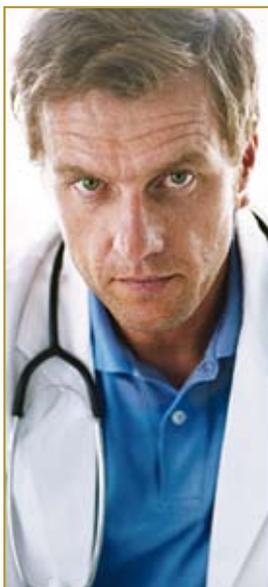
Dr. Helmut Uphoff

Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Wolframstraße 33, 35683 Dillenburg

Dr. Angela Wirtz

Hessisches Sozialministerium

Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden



Seniorenpflege? Ich empfehle nur aus Überzeugung.

Die richtige Pflege und Betreuung zu wählen, ist eine der wichtigsten Entscheidungen, die Senioren und ihre Familien jemals treffen müssen.

Jeder, der bei dieser Wahl involviert ist, muss mit der Entscheidung zufrieden sein. Auch Sie, als betreuende Fachexperten, müssen davon überzeugt sein, dass Sie Ihren Patienten das Richtige empfehlen.

Unsere Betreuungskonzepte sind seit über 25 Jahren erprobt. Mit fast 40.000 Teammitgliedern betreuen wir weltweit über 43.000 Bewohner. Jeden Tag gewinnen wir aufs Neue das Vertrauen unserer Bewohner und ihrer Familien.

Die Pflegequalität in unseren Domizilen stellen wir sicher durch examinierte und kontinuierlich geschulte Pflegekräfte, den Einsatz von individuellen Pflege- und Betreuungsplänen und die enge Abstimmung mit allen ärztlichen Betreuern.

Bei Sunrise gehören schlaflose Nächte der Vergangenheit an. Für Senioren genauso wie für ihre Angehörigen.

Steht bei Ihren Patienten bald eine schwierige Entscheidung an? Dann ist es an der Zeit, mehr über Sunrise herauszufinden und darüber, wie wir Pflege und Betreuung neu definiert haben.



Sunrise Domizile im Rhein-Main-Gebiet:

Domizil in Frankfurt

☎ 069/959 24-0

Domizil in Oberursel

☎ 06171/971-0

Domizil in Wiesbaden

☎ 0611/335 39-0

Domizil in Königstein

(Eröffnung Februar 2008)

☎ 06174/29 34-0


SUNRISE
DOMIZILE FÜR SENIOREN

Das Neueste zu Sunrise in
Deutschland finden Sie unter:
www.sunrise-domizile.de

Der Kommunale Influenzapandemieplan für Frankfurt am Main

– Ambulante Medizinische Versorgung –

Auf Einladung des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt kamen am 19. September Vertreter der Landesärztekammer Hessen und der Berufsverbände mit den niedergelassenen Ärzten im Plenarsaal der Stadt zusammen. Wesentliche Inhalte des kommunalen Influenzapandemieplans und die sich daraus ergebende Diskussion über die ambulante medizinische Versorgung während einer Influenzapandemie werden im Folgenden zusammengefasst.

Vertreten waren Manfred Boss, Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst Frankfurt; Dr. med. Dieter Conrad, Hausärzterverband Hessen; Dr. med. Ulrich Dorenburg, Kassenärztliche Vereinigung Hessen; PD Dr. med. Ursel Heudorf, Stadtgesundheitsamt Frankfurt; Dr. med. Roland Kaiser, Landesärztekammer Hessen; Dr. med. Gottfried von Knoblauch, Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) am Robert Koch-Institut und Dr. med. Ewald Wissing, Paednetz. Dr. med. Dr. phil. nat. Oswald Bellinger vom Stadtgesundheitsamt Frankfurt stellte den kommunalen Influenzapandemieplan vor und moderierte die Veranstaltung.

Mit dem kommunalen Influenzapandemieplan bereitet sich die Stadt Frankfurt am Main auf eine pandemische, d.h. über Kontinente rasch hinweg ziehende, in mehreren Wellen und nicht an Jahreszeiten gebundene, ungewöhnlich schwer verlaufende Grippe vor. Er enthält detaillierte Regelungen und Empfehlungen, um die Auswirkungen auf das öffentliche Leben zu verringern, die medizinische Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten und den ökonomischen Schaden für die Stadt zu begrenzen.

Die vorliegende Fassung basiert auf dem Pandemieplan der Weltgesundheitsorga-

nisation (WHO), dem nationalen Pandemieplan des Robert Koch-Institutes (RKI) und dem Pandemieplan für das Land Hessen vom Februar 2007. Sie beruht auf dem derzeitigen Stand des Wissens und den nationalen und internationalen Regelungen und wird an zukünftige Entwicklungen kontinuierlich angepasst werden.

Aufgrund der Erfahrungen aus den zurückliegenden Influenzapandemien des 20. Jahrhunderts und der gegenwärtigen Ausbreitung der aviären Influenza A-H5N1 erwarten Experten weltweit eine erneute Pandemie in den nächsten Jahren. Wenn auch Zeitpunkt, Subtyp des Erregers und die Dimension der Pandemie nicht genau vorhergesagt werden können, so erscheint eine Planung zum jetzigen Zeitpunkt dringend geboten, um von einer

Pandemie nicht unvorbereitet überrollt zu werden.

Eskalationsstufenmodell für die ambulante medizinische Versorgung

Es wird angenommen, dass eine Pandemie innerhalb von vier bis acht Wochen zur Erkrankung von großen Teilen der Bevölkerung führt. Bei einer Erkrankungsrate von 30 % geht man davon aus, dass jeder zweite Erkrankte einen Arzt aufsucht. Nach Berechnungen des Stadtgesundheitsamtes ist in der Spitzenbelastung täglich mit 40 bis 80 zusätzlichen, an Influenza erkrankten Patienten pro Primärarztpraxis zu rechnen. Ohne Vorbereitung und die Planung von Interventionsmaßnahmen wird das medizinische Versorgungssystem nach zwei Wochen seine Kapazitätsgrenzen erreichen:

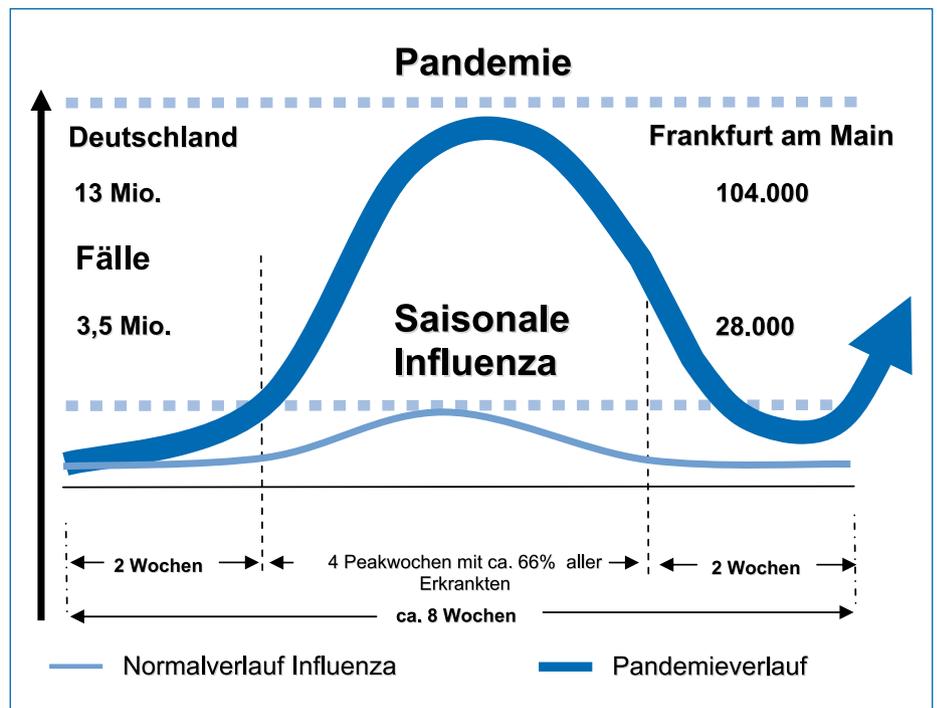


Abbildung 1: Dargestellt ist die Zahl der Erkrankten in den acht Wochen der ersten Welle in Deutschland und Frankfurt bei der saisonalen Influenza und einer Influenzapandemie.

Auf der Grundlage der Vorgaben des Landes Hessen wurden die erforderlichen materiellen und personellen Kapazitäten für Frankfurt am Main kalkuliert und die notwendigen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung geplant. Diese umfassen u.a. Früherkennung, Krisenkommunikation und Maßnahmen zur Infektionskontrolle einschließlich Umgang mit Medikamenten und Impfungen.

Die Aufgaben zur Bekämpfung der Influenzapandemie sollen grundsätzlich innerhalb der bestehenden Organisationsstrukturen und Versorgungssysteme gelöst werden.

Die Organisation der ambulanten Versorgung während der Pandemie obliegt der KV, mit Ausnahme des Katastrophenfalls. Im Einvernehmen mit Vertretern von Hausärzten, Pädiatern, Fachärzten und des ärztlichen Notdienstes soll die ambulante Versorgung durch zeitlich und, sofern möglich, auch räumlich getrennte Fiebersprechstunden in den bestehenden Arztpraxen der Primärversorgung nach folgendem **Eskalationsstufenmodell** erfolgen:

Stufe 0

Versorgung durch das Primärarztsystem in gesonderten Influenza-Fiebersprechstunden

Stufe 1

Versorgung des „Patientenüberhanges“ durch zeitlich ausgeweitete und personell verstärkte Notdienstambulanzen

Stufe 2

Erweiterte Versorgung durch internistische Facharztpraxen

Stufe 3

Erweiterung der Versorgung durch geeignete Facharztpraxen anderer Facharztgebiete (ausgenommen z.B.: Laborärzte; Pathologen; Radiologen; Psychologen)

Stufe 4

Katastrophenfall: Versorgung über zusätzliche Fieberambulanzen

Abbildung 2: Eskalationsstufenmodell der ambulanten Versorgung nach Bedarf

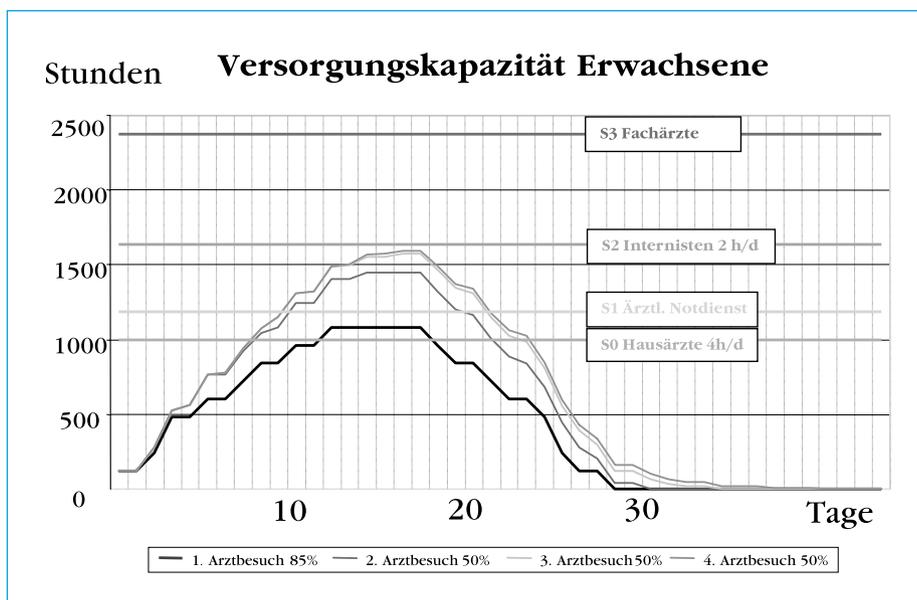


Abbildung 3: Arztbesuche und Behandlungskapazität (Arbeitsstunden aller Einrichtungen pro Tag) in den Tagen der vier Peakwochen.

Zusätzlich soll nach dem Pandemieplan durch das Aufschieben von Wahl- oder Routinearztterminen, bspw. Kontrollterminen bei chronisch Kranken und kinderärztlichen U-Untersuchungen, eine zeitlich und/oder räumlich getrennte spezielle „Fiebersprechstunde“ von zwei bis vier Stunden täglich von den Hausärzten angeboten werden. Sind deren Kapazitäten erschöpft, so haben die Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, Patienten an die durch zusätzliches Personal aufgestockten Notdienstzentralen zu überweisen, die im 24-Stun-

den-Schichtdienst unter optimaler Nutzung der räumlichen Gegebenheiten arbeiten.

Die Abbildung 3 zeigt, wie die zunehmende Beanspruchung der niedergelassenen Ärzte durch Einbeziehung von Notdiensten, Internisten und Fachärzten während einer Pandemie bewältigt werden kann. Eine Erkrankung von 30 % der Ärzte ist einkalkuliert.

Nach diesem Szenario ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit die ambulante

ANZEIGE



Brauchen Sie er(n)ste Hilfe?

Ein Team aus Fachanwälten aus den Bereichen Medizinrecht, Steuerrecht, Arbeitsrecht und Strafrecht hilft!

Samira Bothe
FA für Medizinrecht
Bad Nauheim

Bernhard Möbs
Steuerberater
Bad Nauheim

Steffen Lang
FA für Arbeitsrecht
Bad Nauheim

Christoph Fleischmann
FA für Medizinrecht
Frankfurt / Main

Werner Schäfer
FA für Strafrecht
Butzbach

www.Beratungsnetz-MRS.de

Krankenversorgung der Frankfurter Bürgerinnen und Bürger in ausreichendem Maße gewährleistet. Die Stufe 4 ist bei Erkrankungsraten von 30 % bei der derzeitigen Arztdichte daher nicht zu erwarten. Für Frankfurt am Main bedeutet dies, dass der Aufbau gesonderter Fieberambulanzen nur für den Katastrophenfall vorgesehen ist. Details zur Ausstattung dieser Ambulanzen sind im Pandemieplan festgelegt.

Infektionskontrolle und seuchenhygienische Maßnahmen

Der Pandemieplan der Stadt Frankfurt enthält Empfehlungen für die Ausstattung von Arztpraxen und Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter vor Infektionen, die hier zusammengefasst vorgestellt werden:

Hygiene und Organisation in Arztpraxen

Ausstattung und ausstattungsbezogene Maßnahmen

- Separater Warteraum zur räumlichen Trennung von Verdachtsfällen von anderen Patienten. Falls eine strikte räumliche Trennung nicht möglich ist, sollte eine zeitliche Trennung erfolgen. Bei Betreten der Arztpraxis legen alle Patienten sofern möglich einen chirurgischen Mund-Nasenschutz mit Nasenbügel an.
- Separates Behandlungszimmer für Verdachtsfälle. Ist dies nicht möglich, sind für Verdachtsfälle eigene Sprechzeiten zu organisieren.
- Korrekte Ausstattung des Handwaschplatzes: Spender für Flüssigseife, Händedesinfektionsmittel (bedienbar ohne Handkontakt), Handpflegemittel, Einmalhandtücher, Abwurfbehälter für Einmalhandtücher.
- Zusätzliche Ausstattungen/Bevorratung mit Atemschutzmasken, Handschuhen, Schutzbrillen, Schutzkitteln, Desinfektionsmitteln, Schnelltests, Laborgefäßen, Postverpackungen.

Personalbezogene Maßnahmen

- Hygienische Händedesinfektion mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ nach direktem Kontakt mit dem Patienten, mit erregerhaltigem Material oder mit

kontaminierten Gegenständen und nach dem Ablegen der Schutzhandschuhe im Behandlungszimmer.

- Atemschutzmaske FFP 2 oder höhere Filterwirkung vor Betreten des Behandlungszimmers anlegen; Einwegschutzhandschuhe im Behandlungszimmer oder bei Kontakt mit einem Verdachtsfall tragen. Ablegen und Entsorgen im Behandlungszimmer, anschließend hygienische Händedesinfektion.
- Einwegschutzkittel im Behandlungszimmer anlegen und vor Verlassen ablegen und entsorgen.
- Anlegen einer Schutzbrille mit seitlichem Spritzschutz und einer FFP3 Maske, wenn mit einem erregerhaltigen Aerosol zu rechnen ist.
- Das Personal sollte bzgl. der notwendigen Schutzmaßnahmen geschult sein.
- Sofern Impfstoff verfügbar ist, sollte das Personal geimpft sein.
- An pandemischer Influenza erkrankte Mitarbeiter sollten innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn behandelt werden und ein Tätigkeitsverbot erhalten.

Desinfektionsmaßnahmen

- Tägliche Wischdesinfektion der patientennahe (Handkontakt-)Flächen (z.B. Liege, Handwaschbecken, Türgriffe) mit einem Desinfektionsmittel der VAH-/DGHM-Liste mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ mit einer Einwirkzeit von einer Stunde.
- Desinfektion aller Geräte/Medizinprodukte mit direktem Kontakt zum Patienten (z.B. EKG-Elektroden, Stethoskope usw.) nach Gebrauch bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten.

Gesichtsmasken sind vorzusehen:

- chirurgischer Mund-Nasenschutz:
 - bei Menschenansammlungen und in den öffentlichen Verkehrsmitteln
 - bei allen Krankheitsverdächtigen, insbesondere dort, wo medizinische Hilfe gesucht wird (Wartezimmer, Krankenwagen, Kliniken, Notfallambulanzen)
 - bei Erkrankten, sofern es die respiratorische Situation erlaubt
- FFP2/FFP3 Masken:
 - bei allen in der Krankenversorgung tätigen Personen

Das Informationsmanagement kann als Rückgrat der Pandemiebekämpfung angesehen werden. Sie ist zum Scheitern verurteilt, wenn die empfohlenen Maßnahmen nicht einsichtig sind, die Bevölkerung den Ernst der Lage nicht erkennen kann und die Maßnahmen daher nicht konsequent mitgetragen werden.

Da in der Pandemiephase eine Verknappung von Mund-Nasenschutz auftreten kann, wird für medizinische Einrichtungen aber auch für Privatpersonen eine Bevorratung mit 50 bis 100 Masken pro Person empfohlen. Durch rationales Verhalten und Nachbarschaftshilfe können die Bürger erheblich dazu beitragen, den Schaden für sich und ihre Mitmenschen zu minimieren:

Allgemeine seuchenhygienische Maßnahmen:

- in der Kommunikation statt persönlicher Kontakte Telefon und E-Mail nutzen
- persönliche Kontakte reduzieren und Menschenansammlungen meiden
- beim Einkaufen Vorräte für ein bis zwei Wochen anlegen, um die Anzahl der Einkäufe zu reduzieren
- bei Begrüßungen auf Händegeben und Umarmungen verzichten
- die persönliche Hygiene durch häufigeres Händewaschen intensivieren
- das Infektionsrisiko durch häufigere Rauminreinigung und Desinfektion von Flächen reduzieren
- die Keimzahl in der Raumluft durch regelmäßiges Stoßlüften reduzieren
- bei Erkältung Anhusten und Anniesen unbedingt vermeiden und Papiertaschentücher einmalig nutzen und unmittelbar entsorgen
- Vermeidung von engen Kontakten zu möglicherweise erkrankten Personen, frühzeitige Isolierung von Erkrankten
- bei unvermeidlichen direkten (engen) Kontakten konsequentes Tragen eines Mund-Nasenschutzes
- im Umgang mit Kranken verschärfte Hygienemaßnahmen, insbesondere die Benutzung von Handschuhen
- Einschränkung von Reiseaktivitäten

Medikamente und Impfstoffe

Neuraminidasehemmer verkürzen bei frühzeitiger Einnahme die Krankheitsdauer bei der saisonalen Influenza um ein bis zwei Tage. Als Teil eines Pakets von Maßnahmen sollte der therapeutische Einsatz im frühen Krankheitsstadium Berücksichtigung in einer Pandemieplanung finden. Eine vorbeugende Gabe im Pandemiefall kommt schon wegen der beschränkten Verfügbarkeit des Medikaments nur für Kontaktpersonen zu den ersten Fällen in Betracht.

Die Herstellung eines wirksamen **Impfstoffes** wird voraussichtlich vier bis sechs Monate in Anspruch nehmen. Anschließend werden wöchentlich 10 % des Gesamtbedarfs zur Verfügung stehen. Die Verteilung des Impfstoffes erfolgt nach Vorgabe des hessischen Pandemieplans über das Stadtgesundheitsamt. Medizinisches Personal wird vorrangig geimpft: Klinikpersonal beim Betriebsarzt, Praxispersonal im Gesundheitsamt. In zweiter Linie werden Personen versorgt, die für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung eine tragende Rolle spielen und so rasch wie möglich die gesamte Bevölkerung. Durch die späte Verfügbarkeit wird der pandemiespezifische Impfstoff in der ersten Erkrankungsphase voraussichtlich noch keine Rolle spielen, kann aber folgende Wellen abschwächen.

Fazit und Stellungnahmen

Die vom Stadtgesundheitsamt durchgeführte Informations- und Diskussionsveranstaltung hat gezeigt, dass die kommunale Pandemieplanung von den niedergelassenen Ärzten mitgetragen wird. Allen Beteiligten ist klar, dass die Ärzteschaft durch eine Influenzapandemie vor besondere Herausforderungen gestellt wird.

Der Vertragsärztliche Bereitschaftsdienst möchte diesen durch Rekrutierung von Freiberuflern begegnen. Der Hausärzteverband unterstützt grundsätzlich die Pandemieplanung. Im ländlichen Gebiet rechnet er jedoch mit einer Ver-

dreifachung des Patientenaufkommens pro Arztpraxis, so dass anders als in Frankfurt mit seiner hohen Arztdichte mit Engpässen bei der Patientenversorgung zu rechnen ist. Für die Hausärzte ist nicht hinnehmbar, dass Vorhaltekosten, etwa für die Anschaffung von Masken, nicht erstattet werden und die vermehrte Arbeitsbelastung während einer Pandemie infolge der Budgetierung unentgeltlich geleistet werden soll. Die Kassenärztliche Vereinigung macht darauf aufmerksam, dass im rechtlichen Rahmen bisher keine Verbindlichkeit geschaffen wurde. Die Abteilung Hygiene des Stadtgesundheitsamtes hat zur Pandemieprävention bereits 1.000 Akteure geschult und eine mehrteilige Serie im Hessischen Ärzteblatt publiziert. Die Landesärztekammer weist darauf hin, dass die Umsetzung des Plans nicht trainiert ist. Die Führungsstrukturen müssten eingeübt werden. GFB/AGI erinnern an die jährliche Impfung als die beste Prävention gegen Grippe. Die Kapazität der Krankenhausbetten müsse auch für solche Belastungen ausreichend bemessen werden. Paednetz zufolge haben Metaanalysen vergangener Pandemien gezeigt, dass Kinder häufig und schwer erkranken und viele anstecken. Ohne geeignete Infektionsschutzmaßnahmen haben sie daher eine Beschleunigerrolle in der Pandemie.

Eine Beratung zur Umsetzung der Pandemieplanung in Ihrer eigenen Praxis und weiterführende Informationen wie die Informationsmappe zur Influenzapandemie und den Kommunalen Influenzapandemieplan können Sie gerne anfordern bei:

Oswald.Bellinger@stadt-frankfurt.de

Boris.Boeddinghaus@stadt-frankfurt.de

www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de

Anschrift der Verfasser

Dr. med. Sonja Stark

Leitende Medizinaldirektorin

Dr. med. Boris Böddinghaus

Stadtgesundheitsamt

53.71 Infektiologie

Braubachstraße 18-22

60311 Frankfurt am Main

Tel.: 069 212-36568, Fax: 212-45073

Literatur

1. Robert Koch-Institut: *Bekanntmachung: Influenzapandemieplanung – Nationaler Influenzapandemieplan Teil II. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 2005; 48:356-390*
2. *Pandemieplan des Landes Hessen Stand: Febr.2007; <http://www.sozialministerium.hessen.de>*
3. WHO 2005: *WHO global influenza preparedness plan: The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics; <http://www.who.int>*

ANZEIGE



SABRINA ROKUSS

Rechtsanwältin · Fachanwältin für Steuerrecht

Gestalten mit Kompetenz und Erfahrung

Praxisübernahmeverträge
(Teil-) Gemeinschaftspraxis
Überörtliche Gemeinschaftspraxis
Zweigniederlassungen
Praxisgemeinschaft
Anstellungsverträge

069-905599-54 · s.rokuss@mtjz.de · www.praxisverträge.com

MÖLLER THEOBALD JUNG ZENGER

Rechtsanwälte · Wirtschaftsprüfer · Steuerberater

Arbeitszeiten hessischer Krankenhausärzte¹ seit 2001 – Ergebnisse repräsentativer Befragungen der Landesärztekammer

Susanne Köhler, Liina Baumann, Roland Kaiser

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse dreier repräsentativer Untersuchungen der LÄKH zu Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten aus den Jahren 2001 – 2005/06 wird unter Vergleich mit statistischen Daten und zwei anderen neueren bundesweiten Befragungen die Entwicklung der Arbeitszeit für Assistenten und nicht leitende Oberärzte hessischer Krankenhäuser seit 2001 analysiert. Insgesamt fanden wir zwar leichte Verbesserungen gegenüber 2001 – insbesondere für noch in Weiterbildung befindliche Assistenzärzte, Ärzte in Fachkrankenhäusern und Reha-Kliniken und auch im Bereich der extremen Mehrarbeit (Oberärzte mit über 55 Stunden in Unikliniken), aber Ende 2005 arbeiteten noch immer 72 % aller vollbeschäftigten Ärzte mehr als 44 Stunden, 41 % mindestens 50 Stunden und 19 % mehr als 55 Stunden pro Woche ohne Einrechnung von Bereitschaftsdiensten. Auch die Zahl pro Arzt zu leistender Bereitschaftsdienste hat insgesamt abgenommen. Die Erfassung ärztlicher Mehrarbeit hat sich eindeutig verbessert: 2001 wurden 69 % der regelmäßigen ärztlichen Mehrarbeit nicht registriert; Ende 2005 waren es nur noch 36 %. Aber immer noch wird offensichtlich ein erheblicher Teil ärztlicher Arbeit im Krankenhaus nicht vergütet.

Die Beschäftigung von Ärztinnen in Teilzeit hat bundesweit erheblich zugenommen – 1991 arbeiteten nur 10 %

der Krankenhausärztinnen in Teilzeit, heute dürften es deutlich mehr als ein Viertel sein. In einzelnen Fachgebieten liegt die Teilzeitquote noch deutlich höher – z.B. 46 % in der Anästhesie. Da der Anteil von Frauen am ärztlichen Dienst der Krankenhäuser in den kommenden Jahren weiter deutlich zunehmen wird, ergeben sich daraus neue Herausforderungen für Personalmanagement und -planung der Krankenhäuser.

Einleitung

2001 untersuchten wir zum ersten Mal in einer repräsentativen Befragung von ca. 6.000 Krankenhausärzten in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland deren tatsächliche wöchentliche Arbeitszeiten, Zahl und Umfang der Bereitschaftsdienste sowie die Registrierung und Vergütung ärztlicher Mehrarbeit im Detail (1). Dabei ergab sich für nicht leitende, vollbeschäftigte Ärzte – leitende Ärzte waren nicht Gegenstand der Untersuchung – ein düsteres Bild: Zwei Drittel aller AiP, Assistenten und Oberärzte in Krankenhäusern aller Größen und Versorgungsstufen leisteten „regelmäßige Mehrarbeit“ – d.h. sie arbeiteten über 44 Stunden wöchentlich (ohne Bereitschaftsdienste). Bei rund zwei Drittel der betroffenen Ärzte wurde diese Mehrarbeit überhaupt nicht und nur bei weniger als 20 % annähernd vollständig registriert und dokumentiert. Dazu kamen noch Bereitschaftsdienste in erheblichem Umfang. Wie haben sich seit 2001 für Ärzte wöchentliche Arbeitszeiten und

Belastung mit Diensten durch die Einführung der DRGs im Jahr 2004, neue Tarifverträge und in Erwartung des In-Kraft-Tretens des neuen Arbeitszeitgesetzes zum 1. Januar 2007 geändert? Dazu analysieren wir Ergebnisse dreier repräsentativer Erhebungen bei hessischen Krankenhausärzten (vgl. (1, 2, 3)); ferner werden Daten aus der Bundesstatistik (4) sowie weitere Befragungsergebnisse auf Bundesebene (5, 6) zum Vergleich herangezogen.

Methodik

In Hessen führten wir 2001, 2004 und 2005/06² drei repräsentative Befragungen von Krankenhausärzten zu Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen durch. Um eine vergleichende Analyse zur Entwicklung der Arbeitszeit vornehmen zu können, mussten die Daten zunächst angepasst werden. Da die Zielgruppen der Befragungen nicht 100 %ig identisch waren, repräsentiert die nachfolgende Auswertung nur folgende Arztgruppen: alle im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung im Alter von 25 bis 44 Jahren mit Ausnahme leitender Oberärzte und Chefärzte. Die im Folgenden betrachteten Stichproben umfassen insgesamt 2.236 Datensätze³ und sind repräsentativ für alle hessischen Krankenhausärzte unter 45 Jahren in nicht leitender Stellung.

Wöchentliche Arbeitszeit vollbeschäftigter Ärzte

Ohne Bereitschafts- und Rufdienste lag Ende 2005 die wöchentlich tatsächlich

¹ Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen der Begriff *Arzt*, soweit keine Differenzierung von Daten nach dem Geschlecht erfolgt, umfassend für Ärztinnen und Ärzte benutzt.

² Die Befragung erfolgte zum Jahreswechsel 2005/2006.

³ 2001: 610 Datensätze, 2004: 1.002 Datensätze, 2005: 624 Datensätze.

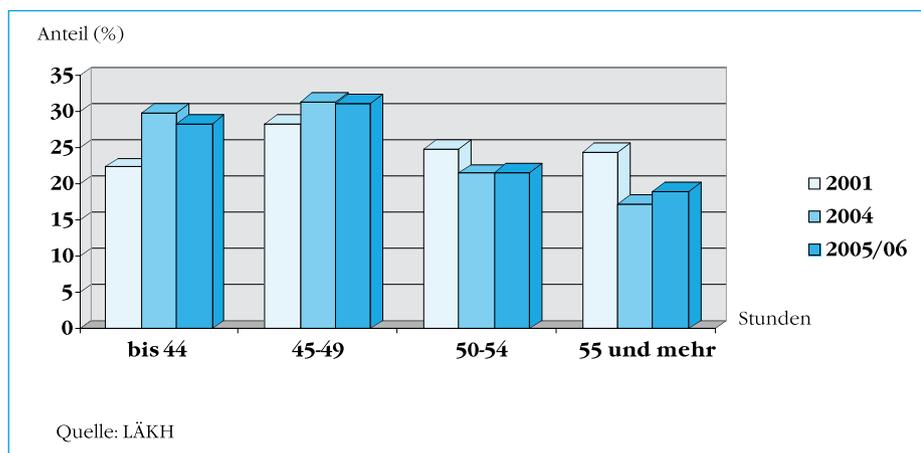


Abb. 1: Entwicklung der wöchentlichen Arbeitszeit (ohne Bereitschaftsdienste) vollzeitbeschäftigter Krankenhausärzte in Hessen, 2001 – 2005/06

geleistete Arbeitszeit bei 72 % aller vollbeschäftigten Ärzte über 44 Stunden, d.h. drei von vier Ärzten arbeiteten regelmäßig deutlich mehr als die tariflich vereinbarte Arbeitszeit. 22 % arbeiteten im Durchschnitt zwischen 50 und 55 Stunden, und 19 % sogar mehr als 55 Stunden pro Woche.

Allerdings hat sich die Situation in Hessen seit der ersten Befragung möglicherweise leicht verbessert (vgl. Abb. 1): 2001 arbeiteten in hessischen Häusern noch 78 % aller Ärzte mehr als 44 Stunden. Von Arbeitszeiten zwischen 50 und 54 Stunden berichteten damals ein Viertel der Befragten, von 55 und mehr Stunden ein weiteres Viertel.

Rosta (5) fand 2006 in einer bundesweiten Befragung von 3.295 Ärzten (5) für 79,1 % der Vollzeitbeschäftigten eine „werk tätige Arbeitszeit“ von 9 Stunden oder mehr, für 48,1 % 10 Stunden oder mehr und für 20,5 % 11 Stunden oder mehr. Für eine Fünf-Tage-Woche entspräche dies: 79,1 % mindestens 45 Stunden, 48,1 % mindestens 50 Stunden und 20,5 % mindestens 55 Stunden. Dies entspricht fast exakt unseren Ergebnissen aus dem Jahre 2001 für Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (1, 2). Ob die von uns Ende 2005 beobachtete Tendenz zu etwas geringeren Arbeitszeiten hessischer Ärzte möglicherweise auch Ausdruck einer besonderen Entwicklung in Hessen oder nur auf Struktur-

unterschiede der untersuchten Populationen zurückzuführen ist, können wir aufgrund der vorliegenden Daten nicht entscheiden. (2001 fanden wir keine entsprechende Differenz zwischen den Daten für Hessen allein und denen für Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland insgesamt.)

Relativ günstig entwickelte sich in Hessen seit 2001 die Arbeitszeit für folgende Arztgruppen:

- Assistenzärzte ohne Facharzt: Statt 24 % im Jahre 2001 arbeiteten 2005/06 immerhin 34 % wöchentlich 44 Stunden oder weniger
- Beschäftigte in Fachkrankenhäusern und insbesondere Reha-Kliniken: Der Anteil der Beschäftigten mit max. 44 Wochenstunden lag 2005/06 bei 49 % bzw. 76 % (im Vergleich zu 42 % bzw. 55 % im Jahr 2001)

In Häusern aller Größenklassen und Versorgungsebenen stieg seit 2001 der Anteil der Ärzte mit Arbeitszeiten unter 45 Stunden: In Kliniken mit max. 400 Betten von 33 % auf 40 %, in Kliniken mit mehr als 400 Betten von 15 % auf 21 %. Auch Rosta (5) beschreibt eine höhere Arbeitszeitbelastung in größeren Krankenhäusern.

Verbessert hat sich die Situation auch im Bereich der extremen Mehrarbeit

(mindestens 55 Stunden pro Woche). Beispielsweise ist seit 2001 der Anteil der betroffenen Oberärzte an Unikliniken von 64 % auf 37 % gesunken.

Registrierung von Überstunden

In der ersten hessischen Erhebung 2001 zeigte sich, dass die anfallende Mehrarbeit bei der Mehrheit der Ärzte nicht registriert und dokumentiert wurde (69 %). Inzwischen ist hier eine positive Entwicklung eingetreten: 2004 wurden Überstunden „lediglich“ zu 39 % nicht erfasst, und 2005/06 zu 36 %. Allerdings erfolgte die Erfassung der Mehrarbeit auch 2005/06 nicht immer in vollem Umfang. So wurden bei rund einem Viertel (24 %) aller Ärzte, in deren Klinik Überstunden zwar grundsätzlich registriert werden, weniger als die Hälfte der tatsächlich angefallenen erfasst. Interessant wäre zu wissen, welcher Anteil dokumentierter Überstunden auch vergütet oder durch Freizeit ausgeglichen wurden – dies war jedoch nicht Gegenstand der Befragung.

Der Marburger Bund hat sich in einer aktuellen bundesweiten Mitgliederbefragung (6) dieses Themas angenommen. Demzufolge erhält die Mehrheit der befragten Krankenhausärzte keine Vergütung (61 %) und rund ein Viertel (26 %) keinen Freizeitausgleich für Überstunden – und ein erheblicher Anteil erhält diese nicht in vollem Umfang, sondern nur „teilweise“.⁴

Bedeutung von Teilzeittätigkeit

Aus der amtlichen Statistik geht hervor, dass Teilzeittätigkeit bei Ärzten im Krankenhaus ein relativ neues Phänomen ist und erst im letzten Jahrzehnt einen enormen Aufschwung erfuhr (vgl. Abb. 2). Betroffen sind insbesondere Krankenhausärztinnen, von denen heute im Bundesdurchschnitt mehr als ein Viertel teilzeitbeschäftigt sind (26 %); vor 15 Jahren (1991) betrug deren Anteil lediglich 10 %. Ärzte waren Anfang der 90er Jahre praktisch nicht in Teilzeit tätig (1 %) und sind dies auch heute in weit geringerem Ausmaß als ihre Kolleginnen (6 %).

⁴ „Teilweise“ Überstundenvergütung: 29 % der Antwortenden; „teilweise“ Freizeitausgleich: 44 %.

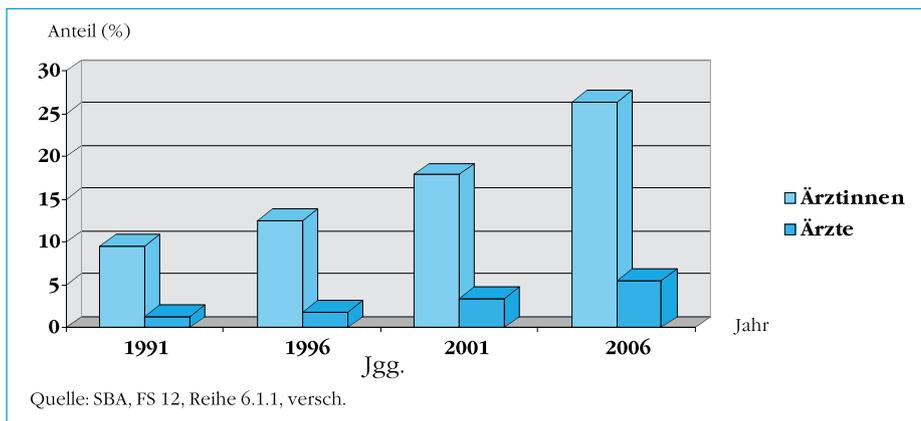


Abb. 2: Entwicklung des Anteils teilzeitbeschäftigter Krankenhausärzte, Deutschland, 1991 - 2006

In den einzelnen Fachrichtungen wird in unterschiedlichem Ausmaß in Teilzeit gearbeitet - zum Teil bedingt durch den verschiedenen hohen Frauenanteil: In der Anästhesiologie wird heute etwa jede vierte Facharztstelle⁵ in Teilzeit ausgeübt (23 %), und fast jede zweite Ärztin dieser Fachrichtung ist teilzeitbeschäftigt (46 %). Anders sieht es z.B. in der Chirurgie aus: Nur 6 % der verfügbaren Facharztstellen sind mit einer Teilzeitkraft besetzt, wobei auch in diesem Fachgebiet jede vierte bis fünfte Chirurgin mit reduzierter Stundenzahl ihren Beruf ausübt (22 %).

Unsere Studien konzentrierten sich auf die Altersgruppe unter 45 Jahre, und in

dieses Alter fällt in der Regel auch die Familiengründung. (Die darin ermittelten Teilzeitquoten liegen deshalb erheblich höher als der Bundesdurchschnitt über alle Altersgruppen.) Ärztinnen dieser Altersgruppe gehen besonders häufig und mit kontinuierlich steigender Tendenz einer Teilzeitbeschäftigung nach: Ihre Teilzeitquote stieg von 22 % (2001) über 30 % (2004) auf 38 % (2005/06). Insgesamt nahm die Teilzeitquote aller Krankenhausärztinnen und -ärzte in Hessen von 11 % (2001) über 16 % (2004) auf 20 % (2005/06) zu, d.h. Teilzeittätigkeit im ärztlichen Dienst betrifft heute etwa jeden fünften ärztlichen Mitarbeiter hessischer Krankenhäuser und ist

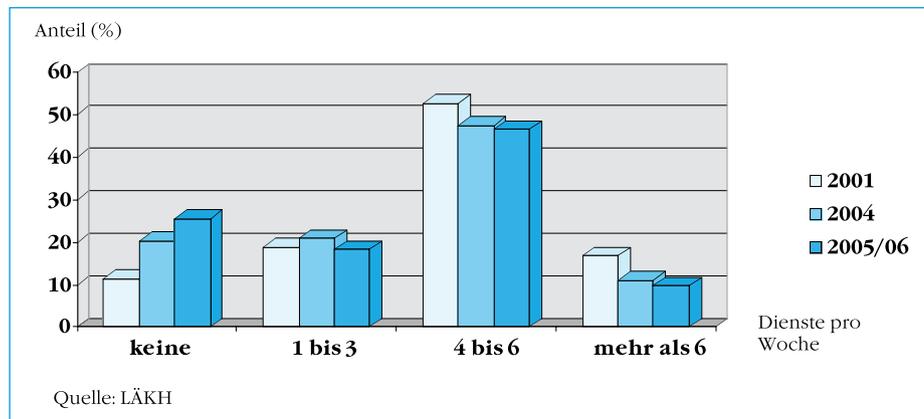


Abb. 3: Entwicklung der Anzahl der Bereitschaftsdienste vollzeitbeschäftigter Ärzte in Krankenhäusern, Hessen, 2001 - 2005/06

damit ein wichtiges Anliegen für Personalwesen und Geschäftsleitung.

Bereitschaftsdienste

Zur oben beschriebenen Wochenarbeitszeit kommen noch die Bereitschaftsdienste mit ständiger Anwesenheit in der Klinik hinzu. Diese summierten sich 2005/06 im Mittel (Median) auf durchschnittlich mehr als 15 Stunden pro Woche (65 Stunden pro Monat).⁶ Die höchste Belastung kam auf Assistenzärzte mit Facharztabschluss zu (70 Stunden pro Monat). Oberärzte wurden in etwas geringerem Umfang - 13 Wochenstunden - zu Bereitschaftsdiensten herangezogen, sind aber in der Regel zu Rufbereitschaft verpflichtet, die hier nicht berücksichtigt ist.

2005/06 fielen bei 25 % der Befragten keine Dienste an. Jeder zweite hessische Arzt (47 %) leistete vier bis sechs Bereitschaftsdienste pro Monat - immerhin 10 % überschritten diese Zahl. Insgesamt hat sich die Situation seit 2001 leicht verbessert (vgl. Abb. 3): Vor allem ist die Zahl von Ärzten ohne Pflicht zu Bereitschaftsdiensten deutlich gestiegen und weniger Ärzte werden zu mehr als sechs Diensten pro Monat herangezogen.

Betrachtet man nur die Ärzte, die überhaupt Bereitschaftsdienste leisten, so hatten von diesen 63 % vier bis sechs und 13 % mehr als sechs Dienste monatlich zu absolvieren. Auch hier ist ein Vergleich mit den Ergebnissen von Rosta (5) aufschlussreich. Sie ermittelte für Ärzte, die Bereitschaftsdienste machen, im Mittel 6,7 Dienste im Monat.

Fazit

Von 2001 bis 2006 sind in Hessen sowohl bei durchschnittlicher wöchentlicher Arbeitszeit und deren Dokumentation als auch bei der Zahl der Bereitschaftsdienste Verbesserungen erkennbar. Noch immer aber leistet die Mehrheit der Krankenhausärzte umfangreiche

⁵ Diese und die nachfolgenden Angaben beziehen sich nur auf Stellen mit abgeschlossener Weiterbildung im Gegensatz zu den Zahlen im Abschnitt davor, die Ärztinnen und Ärzte insgesamt berücksichtigen.

⁶ Hier: nur Bereitschaftsdienste vollbeschäftigter Ärzte, ohne Rufbereitschaft.

Mehrarbeit, die nur teilweise vergütet wird. Ob und in welchem Umfang diese Erleichterungen möglicherweise durch Einkommensverluste „erkauft“ wurden, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht beurteilen.

Ende Oktober bis Mitte Dezember 2007 führen wir die dritte und abschließende Befragung hessischer Krankenhausärzte im Rahmen einer bereits 2004 begonnenen, prospektiven, repräsentativen Untersuchung zu den Auswirkungen der Einführung DRG-basierter Leistungsabrechnung auf die Arbeitssituation des ärztlichen Dienstes und die Versorgungsqualität in den betroffenen Krankenhäusern durch. Dabei werden erneut Daten zu Arbeitszeiten und Diensten erhoben, die zeigen werden, wie die Alltagsrealität 2007 nach den neuen Tarifverträgen aussieht.

Literatur

- (1) Kaiser, R. H.: *Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland.* Köln 2002
- (2) Kaiser R., Kortmann, A.: *Arbeitszeit hessischer AiP, Assistenten und Oberärzte* Hessisches Ärzteblatt, Jg. 63 (2002), H. 2, S. 71-73
- (3) Kühn, H., Klinke, S. und Kaiser, R.: *Empirische Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen. Erste Teilergebnisse zur Arbeitszeit von Krankenhausärztinnen und -ärzten.* Hes-

Wichtiger Hinweis

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Ende Oktober erhielten viele von Ihnen, die im Krankenhaus tätig sind, einen mehrseitigen Fragebogen zur Auswirkung der DRG-Einführung auf ärztliche Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in den Krankenhäusern. Es handelt sich dabei um die dritte und letzte Erhebung im Rahmen unseres DRG-Projekts, das Aufschluss darüber geben soll, welche Veränderungen seit 2004 bzw. 2005/06 eingetreten sind. Für Ihre Teilnahme danken wir Ihnen ganz herzlich!

Diese aufwendige Befragung liegt auch in Ihrem eigenen Interesse, denn die Ergebnisse solcher Untersuchungen sind eine wichtige Argumentationshilfe im Kampf um bessere Vergütung und Arbeitsbedingungen für Klinikärzte.

Falls Sie den Fragebogen bisher noch nicht ausgefüllt haben, nehmen Sie sich bitte dafür etwas Zeit und schicken ihn baldmöglichst im beigefügten Freiumschlag anonym an mich zurück. Wir haben die Rücksendefrist bis zum 14. Dezember 2007 verlängert. – Vielen Dank!

Dr. med. R. Kaiser
Landesärztekammer Hessen

sisches Ärzteblatt, Jg. 66 (2005), H. 11, S. 742-744

- (4) Statistisches Bundesamt (SBA) (Hrsg.): *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2007 und frühere Jgg.*
- (5) Rosta, J.: *Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006.* Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104 (2007), H. 36, S. A2417-2423
- (6) Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) (Hrsg.): *Ergebnisbericht*

der Mitgliederbefragung Marburger Bund 2007. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland. Landau 2007

Korrespondenzanschrift

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

ANZEIGE

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
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

250 Punkte für die Fortbildung!

Fortbildung ist ein integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung und für die meisten hessischen Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich. Nichtsdestotrotz verlangen bundesgesetzliche Vorgaben, dass Fachärzte und Fachärztinnen nun ihre Fortbildungsaktivitäten auch nachweisen.

Wer ist von der Nachweispflicht betroffen?

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die bereits zum 30. Juni 2004 von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zugelassen waren, müssen ihrer KV erstmalig zum 30. Juni 2009 den Nachweis erbringen, dass sie ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgekommen sind und in fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben. Für Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus hat die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses den ersten Fortbildungszyklus von 2006 bis 2011 bestimmt.

Wie gelingt der Nachweis?

Ein, auch vom Gesetzgeber und der KV anerkannter und geeigneter Nachweis der ärztlichen Fortbildungsaktivität stellt das Kammerzertifikat dar. Damit das Kammerzertifikat ausgestellt werden kann, müssen in einem Fünf-Jahreszeitraum 250 Punkte durch Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen gesammelt werden. Auf das Kammerzertifikat findet das freiwillige Zertifikat der Akademie für Ärztlichen Fortbildung und Weiterbildung, dass schon in der Vergangenheit großen Zuspruch bei den hessischen Ärztinnen und Ärzten gefunden hat, volle Anrechnung.

Wie kommen die Fortbildungspunkte auf das Punktekonto?

Für ihre Mitglieder führt die Landesärztekammer Hessen kostenfreie Punktekonto. Hier können Ärztinnen und Ärzte ihre Punkte, die sie durch Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen erlangt haben, sammeln. Seit Einführung

der EFN-Barcodes und Inbetriebnahme des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) bei der Bundesärztekammer können die Punkte elektronisch auf die jeweiligen Punktekonto der Teilnehmer gebucht werden. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Ärztinnen und Ärzte mit ihren persönlichen EFN-Barcodes bei einer Fortbildungsmaßnahme legitimieren.

Welche Punkte sind jetzt schon auf den Punktekonto?

Laufend werden die Punktemeldungen, die über den EIV an die Landesärztekammer Hessen gemeldet werden, in die Punktekonto transferiert. Im Winter 2007/2008 werden die jährlichen zehn Punkte für das Selbststudium hinzukommen. Analog zu der Kammerbeitragsveranlagung werden immer zum 1. Februar eines Jahres den Kolleginnen und Kollegen die Punkte für das Selbststudium gutgeschrieben, die Erstmitglied der Landesärztekammer Hessen sind. Die anderen Landesärztekammern in Deutschland verfahren genauso, so dass auch migrierende Ärztinnen und Ärzte zu ihrem Recht kommen. In einem dritten Schritt werden die Punkte aus Teilnahmebescheinigungen, die Ärztinnen und Ärzte bei Besuch einer zertifizierten Fortbildungsmaßnahme erhalten haben, ermittelt und den Punktekonto gutgeschrieben.

Zunächst wurde den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angeboten, ihre kopierten Teilnahmebescheinigungen, die sie ab dem 1. Januar 2002 erhalten haben, an ein extra eingerichtetes Aktionspostfach zu senden, um sie der Auswertung zuzuführen. Die angestellten Fachärzte im Krankenhaus werden Ende 2008 eine ähnliche persönliche Einladung erhalten.

Kann man den Stand des Punktekonto selbst einsehen?

Den Stand des Punktekonto kann nun jeder Arzt und jede Ärztin selbst verfolgen. Auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) findet

sich links oben ein rot unterlegter Button „Online-Portal“. Hierüber können sich hessische Ärzte und Ärztinnen anmelden und die Bewegungen auf ihrem Punktekonto jederzeit verfolgen.

Können Punkte verfallen oder übertragen werden?

Das Punktekonto kennt nur Zugänge. Keine Punkte gehen verloren, keine müssen übertragen werden. Die hessischen Ärztinnen und Ärzte können den für sie geeigneten Fünf-Jahreszeitraum, den sie der KVH melden wollen, selbst auswählen. Da in den Punktekonto nicht nur die Punkte sondern auch die Veranstaltungsdaten erfasst werden, können die hessischen Ärztinnen und Ärzte mit einer „Zeitschablone“ über alle Einträge hinweggehen und den Fünf-Jahreszeitraum bestimmen, in dem sie 250 Fortbildungspunkte erreicht haben. Da das Präsidium der Landesärztekammer Hessen beschlossen hat, auf das Kammerzertifikat Punkte aus zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen ab dem 1. Januar 2002 anzuerkennen, ist der frühest mögliche Betrachtungszeitraum vom 1. Januar 2002 bis zum 31. Dezember 2006, über den das Kammerzertifikat ausgestellt werden könnte. Zu beachten sind lediglich der Punktestand und die Meldefrist bei der KVH.

Müssen auch zukünftig Einzelnachweise bei der Landesärztekammer Hessen eingereicht werden?

Die nachträgliche Erfassung der Fortbildungsaktivitäten ist für alle Beteiligten aufwendig, langwierig und teuer. Der sicherste Weg, die Fortbildungsaktivitäten zu erfassen, ist die Verwendung der codierten Teilnehmerlisten, die jedem Veranstalter mit dem Anerkennungsbescheid zur Verfügung gestellt werden sowie die Verwendung der EFN-Barcodes durch die Teilnehmer. Nachschub für die EFN-Barcodes können ebenfalls über die Homepage der Landesärztekammer Hessen bestellt werden:

http://www.infoservice-laekh.de/informationssystem/meldewesen_fobi.php

Dr. med. Susan Trittmacher

Online-Portal

Ein neuer Service der Landesärztekammer Hessen

Was sich in anderen Branchen schon bewährt hat, um noch näher und schneller am „Kunden“ zu sein, hat nun auch in der Landesärztekammer Hessen Einzug gehalten. Ab sofort besteht für die hessischen Mitglieder die Möglichkeit, sich Online auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) einzuloggen.

Als erste Anwendung können die erworbenen Fortbildungspunkte, personalisiert pro Mitglied in dem **Fortbildungspunktekonto**, jederzeit über das Internet eingesehen werden. Anfänglich nur die Punkte, die über den elektronischen Informationsverteiler (EIV) erfasst wurden. Nach und nach werden auch die Punkte zu sehen sein, die nicht elektronisch von den Veranstaltern übermittelt wurden, sondern in Papierform vorliegen und nun von der Landesärztekammer Hessen sukzessive auf das Punkte-

konto übertragen werden. Über das Prozedere werden die Mitglieder schriftlich informiert.

Die Anwendung „Fortbildungspunktekonto“ wurde in einer mehrmonatigen Testphase von dem Projektstatus in den Regelbetrieb der Landesärztekammer Hessen überführt. Der Zugang zum Portal erfolgt über eine Onlineanmeldung. Ist diese erfolgreich gewesen, wird automatisch eine Bestätigungsmail generiert, von der die Landesärztekammer eine Kopie erhält. Das Einmal-Passwort zum einloggen wird dann von der Ärztekammer per Brief an die jeweilige Privatadresse verschickt.

Das Punktekonto wird nicht die einzige Möglichkeit der Online-Kommunikation bleiben, sicher Daten mit der LÄKH auszutauschen. In der nächsten Zeit werden weitere Anwendungen aus dem Meldewesen, der Weiterbildung und

auch von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung erfolgen. Gerade im Fortbildungsbereich können, auch über Hessen hinaus, verbindliche (papierlose) Buchungen für Anmeldungen und besuchte Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen vorgenommen werden. Über die weiteren Entwicklungen in dem neuen „Online-Umfeld“ werden wir Sie im hessischen Ärzteblatt unterrichten.

Wir laden Sie ein, sich bei dem Portal „Online-Service“ auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) anzumelden und Informationen rund um die Fortbildung, Fortbildungspunkte und den EIV (www.eiv-fobi.de) abzurufen.

*Thomas Friedl
Leiter Stabsstelle IT und
Organisationsentwicklung*

Noch einmal zur Erläuterung:

Der Einstieg erfolgt über 1) unsere Homepage www.laekh.de. Dort gelangt man 2) auf die Seite des Portals. Hier können sich die Mitglieder (später auch Veranstalter, etc.) registrieren (falls noch nicht geschehen) oder direkt mit einem selbst vergebenem Benutzernamen und dem von den Kolleginnen der Servicestelle Onlinekommunikation per Post versendeten Passwort in das Portal einwählen.

Bedarfsorientiertes Fortbildungskonzept

Neue Wege in der Fortbildung für Medizinische Fachangestellte

Das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule präsentiert sich 2008 mit einem neuen Bildungskonzept. Die berufliche Fortbildung für Arzthelfer/innen ist seit vielen Jahren fester Bestandteil des Bildungsangebotes der Carl-Oelemann-Schule. Ein- und mehrtägige Kurse werden ebenso wie Qualifizierungslehrgänge in einem jährlichen Programm veröffentlicht. Das Programm 2008 wurde nicht nur im Umfang des Angebotes erweitert, sondern beinhaltet auch das neue Bildungskonzept der Schule: „Bedarfsorientiertes Bausteinsystem“.

Zukünftig haben Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte die Möglichkeit, an Veranstaltungen im Sinne einer Anpassungsfortbildung teilzunehmen und in einem Qualifizierungslehrgang anerkennen zu lassen. Bei erfolgreicher Teilnahme an einem Qualifizierungslehrgang erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat der Landesärztekammer Hessen.

Dadurch wird den Mitarbeiter/innen in der Arztpraxis oder im Krankenhaus ein erweitertes Bildungsangebot eröffnet, das durch die Anrechnung von Einzelfortbildungen Zeitressourcen und Kosten einspart.

Im Konzept der Carl-Oelemann-Schule wurden die neuentwickelten Curricula der Bundesärztekammer für Medizinische Fachangestellte bereits berücksichtigt:

- Ambulante Versorgung älterer Menschen
- Patientenbegleitung und Koordination
- Ernährungsmedizin
- Prävention im Kindes- und Jugendalter
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen

Diese neuen Qualifizierungslehrgänge werden ebenso wie die bereits früher angebotenen Lehrgänge als Wahlteil in

der Aufstiegsfortbildung zur Arzthelferin anerkannt:

- Klinikassistentenz
- Onkologie
- Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis
- Kenntnisse im Strahlenschutz § 24 Abs. 2 Nr. 4 RÖV
- Betriebsmedizinische Assistenz
- Qualitätsmanagement

Zusätzlich zu den neuen Curricula der Bundesärztekammer und den bereits im Bildungsangebot der Schule vorhandenen Curricula wird der Qualifizierungslehrgang „Case Management zur Spezialisierung auf chronische Erkrankungen“ in einer neuen Struktur mit Erweiterung der Spezialisierungsmodule im Programm 2008 angeboten. Spezialisierungsmodule sind u.a. Depression oder Parkinson.

Um die Fortbildungen entsprechend der Nachfrage, d.h. nach dem Bedarf der Arztpraxen und Kliniken, durchzuführen, wurde das im Jahr 2004 erfolgreich eingeführte System der „Interessentenliste“ auch für das Fortbildungsjahr 2008 bei verschiedenen Kursen beibehalten. Dieses sieht vor, dass interessierte Personen sich zunächst unverbindlich zu einem Kurs anmelden. Nachdem die Mindestzahl an Interessenten erreicht ist, erfolgt die Terminplanung und die angemeldeten Personen erhalten eine Benachrichtigung mit Anmeldebogen zum Kurstermin. Erst nach Bestätigung des Termins durch die/den Teilnehmer/in ist die Kursanmeldung verbindlich. Durch dieses System konnten in den vergangenen Jahren entsprechend dem Bedarf mehr Kurse mit gleichen Themeninhalten durchgeführt werden. Zusätzlich zum Jahresprogramm werden Fortbildungen mit aktuellen Themen kurzfristig angeboten und u.a. auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule veröffentlicht. Zum aktuellen Thema



„EBM 2008“ findet jeweils eine Fortbildung am **12. Dezember 2007** bzw. am **18. Januar 2008** (40,00 Euro) statt. (Informationen: www.carl-oelemann-schule.de)

Neben der Hilfestellung bei der gezielten Auswahl von Fortbildungen im ausführlichen Fortbildungsprogramm stehen die Mitarbeiterinnen der Carl-Oelemann-Schule für Fragen und Detailinformationen unter nachfolgender Kontaktadresse zur Verfügung:

Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim
Tel. : 06032 782-0
Mail: verwaltung.cos@laekh.de
www.carl-oelemann-schule.de

Silvia Happel

„Intelligenter“ Berufsausbildungsvertrag für Online-Nutzer

Landesärztekammer Hessen unterstützt ausbildungsbereite Ärztinnen und Ärzte durch elektronischen Muster-Berufsausbildungsvertrag

Ab 15. November 2007 kann das Muster eines Berufsausbildungsvertrages über die Homepage der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de aufgerufen und ausgefüllt werden. Das elektronische Formular ist so programmiert, dass der Online-Nutzer beim Ausfüllen größtmögliche Unterstützung erhält. Einzige Voraussetzung für dieses pdf-Dokument ist der Adobe Reader, der, sofern nicht schon auf dem jeweiligen PC vorhanden, kostenlos (unter www.adobe.de)

aus dem Internet heruntergeladen werden kann. Außerdem sind – thematisch geordnet – viele Informationen auf dem Musterformular abrufbar. Alle Vertragsdaten werden in einem 2D-Barcode hinterlegt und können von der Fachabteilung in der Landesärztekammer elektronisch eingelesen werden. Dies bedeutet eine wesentliche Arbeitserleichterung für den Nutzer und die Sachbearbeiter in der Kammer. Wir bitten deshalb darum, das neue Angebot anzunehmen!

Der „intelligente“ Berufsausbildungsvertrag bietet zahlreiche weitere Vorteile: Da das elektronische Musterformular eine vollständige und korrekte Vertragserstellung gewährleistet, entfällt das mit zusätzlichen Kosten und Arbeit verbundene Nachfassen von Daten. Die elektronische Datenerfassung ermöglicht eine schnelle Bearbeitung und vermeidet Übertragungsfehler. Die Daten werden in der Landesärztekammer erfasst. Automatisch stehen die Ausbildungsdaten aber auch den

Bezirksärztekammern zur Verfügung. Die Landesärztekammer Hessen ist die erste Ärztekammer im Bundesgebiet, die diesen Service anbietet. Für Hinweise und Informationen der Nutzer des „intelligenten“ Vertrages sind wir deshalb sehr dankbar. Wir wünschen viel Erfolg! Der neue „intelligente“ Berufsausbildungsvertrag ist in Kooperation der Abteilung Ausbildungs-wesen: Arzthelfer/in und Medizinische Fachangestellte und der Abteilung EDV und Organisationsentwicklung entstanden.

Die eingegebenen Daten aus den entsprechenden Formularfeldern werden in dem unten erstellten 2D-Barcode verschlüsselt. Ein manuelles Übertragen in die Systeme wird zukünftig somit obsolet – die Daten werden über den Barcode automatisiert eingelesen und archiviert.

Beispiele: Eingabefelder, die vom Auszubildenden am PC erfasst werden (bisherige Erfassung meist mit einem Stift mit den entsprechenden Nachteilen)

Erläuterungen, die zu jedem Eingabefeld erscheinen, sobald der Anwender die Computer-Maus über dieses Feld bewegt.

2D-Barcode mit den verschlüsselten Inhalten der erfassten Daten.

Roswitha
Hoerschelmann,
Thomas Friedl



Bewerbungsworkshop für Ärztinnen: Wie bewerbe ich mich erfolgreich?

Bevor man eine Bewerbung abschickt, sollte man zunächst folgende Fragen klären: Wo will ich eigentlich hin? Wo liegen meine Stärken? Was bin ich bereit aufzugeben? Dies riet Gabriele Juvan, Fachjournalistin, den Teilnehmerinnen des Bewerbungsworkshops, den Dr. Susanne Köhler und Dr. Susan Trittmacher im Rahmen des Mentoring-Projekts der LÄKH am 27. Oktober 2007 erstmals anboten und der auf große Resonanz stieß.

Die anwesenden Ärztinnen beschäftigten sich einen Tag intensiv mit Fragen rund um die Bewerbung und hatten dabei die Gelegenheit, ihre persönlichen Unterlagen zu überarbeiten und zu optimieren. Insbesondere das Anschreiben bereitete den Ärztinnen Kopfzerbrechen: Wie kann ich mich in nur drei Absätzen dem Arbeitgeber so geschickt präsentieren, dass ich zum Vorstellungsgespräch eingeladen werde? Darüber hinaus gab Gabriele Juvan Tipps zur Stellensuche, zur Gestaltung des Lebenslaufs und zum Vorstellungsgespräch.

Welche Voraussetzungen der Wunschkandidat aus Sicht des Arbeitgebers erfüllen sollte, erfuhren die Teilnehmerinnen anschließend von PD Dr. Lothar Schrod, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an den Städtischen Kliniken Frankfurt-Höchst. Gesuchte Eigenschaften – je nach Position von unterschiedlicher Bedeutung – seien beispielsweise Sympathie, Charisma, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, aber auch Entscheidungsvermögen und Führungsstil (v.a. in Führungspositionen). Der Bewerber solle natürlich seine fachliche Kompetenz nachweisen können (z.B. durch Zeugnisse oder Referenzen). Im Bewerbungsgespräch solle er unkompliziert und selbstbewusst, jedoch keinesfalls überheblich auftreten. Auch Offenheit und Loyalität seien gesuchte Eigenschaften. Und schließlich schätze man in seiner Klinik Mitarbeiter, die „arbeiten, um zu leben“. Die Chancen für Ärztinnen, Chefärztin zu werden, beurteilt Dr. Schrod derzeit als sehr gut: Gerne sähen Kliniken mehr Ärztinnen in dieser Position, der Markt sei ausgesprochen günstig.

Last but not least erhielten die Teilnehmerinnen des Workshops von Veronika Putzmann-Heidenwag, Rechtsanwältin beim Marburger Bund Hessen e.V., aktuelle Informationen rund um die Themen „Arbeitsvertrag“, „Tarifverträge“, und „Zeugnis“. Die Referentin wies unter anderem darauf hin, dass Ärztinnen auch bei befristeten Verträgen nach Rückkehr aus der Erziehungszeit eine Beschäftigung über die vollständige Vertragsdauer zustünde – dies sei vielen nicht bekannt und sollte eingefordert werden. Verschiedene Tarifverträge wurden in Bezug auf Arbeitszeit und insbesondere Einkommenshöhe verglichen: Die Spannbreite betrug je nach Träger selbst für Berufsanfänger mit wenigen Jahren Berufserfahrung mehrere hundert Euro pro Monat. Hier solle man durchaus Vergleiche anstellen und Details erfragen. Auch bei der Eingruppierung bestehe, z.B. auf Grund von Zusatzqualifikationen, ein gewisser Spielraum, der mit der Höhe der Position zunehme.

Susanne Köhler

Immer aktuell informiert

Neu: Info-Mail-Service der Landesärztekammer

Wir möchten Sie als Mitglied der Landesärztekammer Hessen so aktuell wie möglich informieren. Daher bieten wir Ihnen ab sofort unseren Info-Mail-Service über Fortbildungsveranstaltungen der Akademie und wichtige Nachrichten aus der Kammer an.

Im Rahmen einer Mailing-Aktion werden alle hessischen Ärztinnen und Ärzte, die mit ihrer E-Mail-Adresse bei der Kammer gemeldet sind, einmalig gebeten, uns mitzuteilen, ob Sie den neuen Service in Anspruch nehmen möchten.

Auch Sie wollen umgehend über neue Veranstaltungsangebote der Akademie informiert werden?

Auch Sie interessieren sich für aktuelle Mitteilungen Ihrer Landesärztekammer? Aber uns ist Ihre E-Mail-Adresse noch nicht bekannt?

Dann fordern Sie den Info-Mail-Service bitte mit folgenden Angaben bei andreas.lochner@laekh.de an:

Ja, ich möchte den Info-Mail-Service der Kammer in Anspruch nehmen.

Titel:

Vor- und Nachname:

BAN:

Postanschrift:

Tel.:

Fax:

Meine E-Mail-Adresse lautet:

Ich bin damit einverstanden, dass die Info-Mails an diese Mail-Adresse gesendet werden. Selbstverständlich kann ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Katja Möhrle, Andreas Lochner



Dr.-Volker-Helbig-Preis für Epilepsieforschung 2008

Der Preis wird zur Förderung der Epilepsieforschung gestiftet und ist mit 2.500,- Euro dotiert. Er wird jährlich im Mai anlässlich der *Marburger Neurologentagung* durch das Interdisziplinäre Epilepsie-Zentrum (EZM) verliehen. Die Bewerber sollten bis zu 35 Jahre alt sein.

Die Bewerbungsunterlagen (Lebenslauf, Publikationsliste, ein eingereichtes Manuskript oder in 2006-2008 publizierte innovative epileptologische Publikationen) können bis zum 2. April 2008 digital (pdf-Datei) oder in vierfacher Ausfertigung eingereicht werden. Für die Preisverleihung ist eine kurze Vorstellung der Arbeit durch den/die Preisträger per-

sönlich, am 4. Mai 2008 um 12 Uhr, im zentralen Hörsaalgebäude erforderlich.

Adresse und Ansprechpartner für weitere Auskünfte zur Ausschreibung:

Professor Dr. Felix Rosenow

Klinik für Neurologie, EZM

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Rudolf-Bultmann-Straße 8

35039 Marburg

E-Mail: rosenow@staff.uni-marburg.de

Rehabilitation

Rechtsrahmen für das Eingliederungsmanagement

Harald Clade

Das Sozialrecht (SGB IX und SGB V) regeln detailliert sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen für das betriebliche Eingliederungsmanagement im Rahmen von Maßnahmen zur Rehabilitation als auch das Versorgungsmanagement an der Schnittstelle zu den einzelnen Rehabilitationsträgern (Kostenträgern).

Anlässlich des 1. Deutschen Reha-Rechtstages in Berlin gab Privatdozent Dr. jur. Felix Welti, Lübeck, einen Überblick über die wichtigsten sozialrechtlichen Vorschriften beim betrieblichen Eingliederungsmanagement. Danach sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, das betriebliche Eingliederungsmanagement des Rehabilitanden durch Verfahren, Leistungen und Förderung zu unterstützen. Durch das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene neu kodifizierte Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) sind das Sozialleistungsrecht und das arbeitsrechtliche Schwerbehindertenrecht in einen inhaltlichen Zusammenhang gestellt worden. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, im Verfahren über alle Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (§ 8 Absatz 1 SGB IX).

Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung sind Leistungen, die an Behinderte, von Behinderung Bedrohte oder chronisch kranke Menschen (§§ 3, 26 Absatz 1 SGB IX) erbracht werden und bei denen das Risiko durch eine manifestierte Behinderung mitbedingt ist. Dies sind in der Regel Gesundheitsleistungen, Leistungen wegen Invalidität und Leistungen wegen Arbeitslosigkeit. Die Prüfpflicht wird in allen Verfahren zur Beurteilung einer Erwerbsminderungsrente, Verletz-

tengeld, Krankengeld, die Anerkennung einer Berufskrankheit, bei Anträgen gesundheitlich beeinträchtigter Versicherter auf Arbeitslosengeld und auf Arbeitslosengeld II und bei einer frühzeitigen Meldung als Arbeitssuchender angewandt. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, ihre Verwaltungsverfahren entsprechend einzurichten. Dr. Welti erklärte beim Berliner Forum: „Der Prüfumfang ist dabei umfassend. Ergibt sich ein voraussichtlicher Leistungsbedarf eines anderen Leistungsträgers, ist das Ergebnis an diesen entsprechend § 14 Absatz 1 SGB IX weiterzuleiten.“

Qualitätsanforderungen

Die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger (bundesweit rund 600) bieten Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen sowie ihren Vertrauenspersonen Beratung und Unterstützung an. Vertrauenspersonen der Behinderten können auch Arbeitgeber, die Personalabteilung und Betriebsratsmitglieder sein. Der Beratungs- und Unterstützungsauftrag der Servicestellen wird dadurch erweitert, indem sie als Ansprechpartner der Arbeitgeber beim betrieblichen Eingliederungsmanagement benannt und ihnen die Aufgabe zugewiesen wird, darauf hinzuwirken, dass die erforderlichen Leistungen unverzüglich beantragt und innerhalb der vorgegebenen Frist (§ 14 Absatz 2, Satz 2 SGB IX) erbracht werden. Die Servicestellen müssen so ausgestattet werden, dass sie auch diese Aufgabe qualifiziert erfüllen können. Erforderlich sind zur Durchführung dieser Aufgaben qualifiziertes Personal mit einer breiten Fachkenntnis insbesondere des Rehabilitationsrechts.

Zu den wichtigsten Leistungen des Eingliederungsmanagements gehört die stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX). Die stufenweise Wiedereinglie-

derung ist eine eigenständige Leistung neben der medizinischen Rehabilitation und Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Eingliederung kann in Verbindung mit anderen Teilhabeleistungen erbracht werden, so Dr. Welti. Auch eine sogenannte Selbstbeschaffung des Leistungsberechtigten bei der Wiedereingliederung kommt in Ausnahmefällen in Betracht.

Während der Wiedereingliederung ist der Lebensunterhalt durch den zuständigen Leistungsträger zu decken. Ein unmittelbarer Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist dabei nicht nur regelmäßig dann anzunehmen, wenn bis zu 14 Tage vergangen sind, sondern auch bei jeder Anknüpfung an die vorangegangene Leistung, wenn weder eine andere Leistung noch eine stabile Arbeitsfähigkeit dazwischen liegt.

Prämien und Bonus

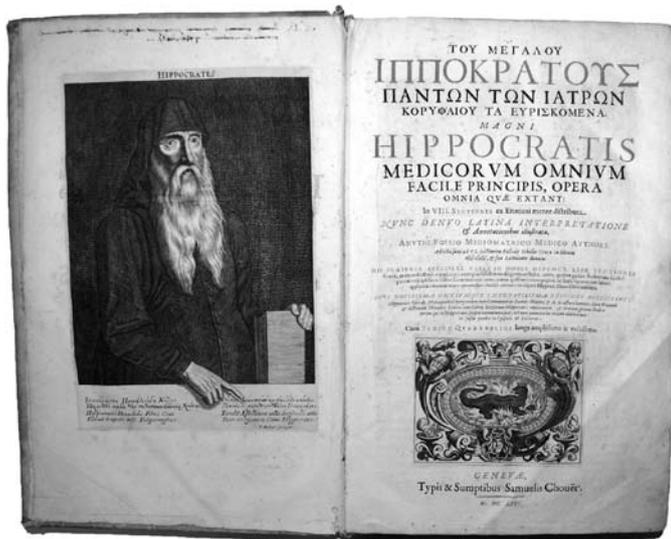
Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern (§ 84 Absatz 3 SGB IX). Prämien sind einmalige Geldleistungen. Ein Bonus wird definiert als ein Nachlass von Sozialversicherungsbeiträgen in Prozent oder festen Beträgen. Diese Beihilfen können nicht allein für die Erfüllung der arbeitsrechtlichen Pflichten gewährt werden. Sie müssen sich auf besondere Erfolge des Eingliederungsmanagements des Betriebes beziehen. Als Erfolgskriterien werden genannt: eine genau definierte Verringerung von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Frühverrentung, von Berufskrankheiten oder ein messbares Engagement beim Aufbau dauerhafter Strukturen.

Anschrift des Verfassers

Dr. Harald Clade
Kreuzstraße 56, 50226 Frechen

Von Hippokrates zum Himalaya: 400 Jahre Medizin in Gießen

Ulrike Enke



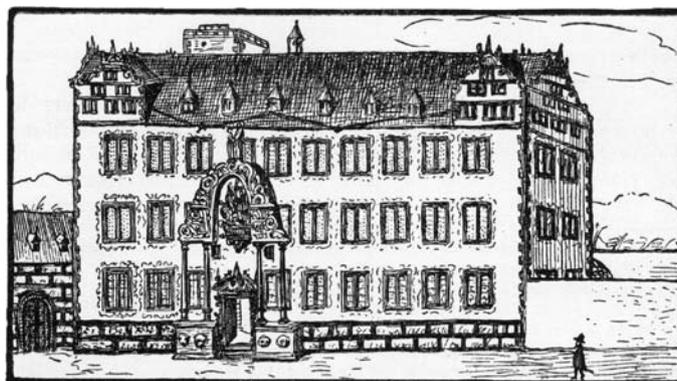
Titelseiten aus: *Hippokrates, Opera Omnia*, Genf 1657.
Aus dem Bestand der Universitätsbibliothek Gießen.

Im Oktober 2007 feierte der Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen seinen 400. Geburtstag – ein Anlass, an seine wechselvolle Geschichte zu erinnern.

Die medizinische Fakultät der Universität Gießen gehört zu den vier Gründungsfakultäten der im Jahr 1607 eröffneten hessischen Hochschule. Ihre anfängliche Bedeutung war jedoch gering, durchschnittlich zehn Medizinstudenten besuchten die Vorlesungen der drei Professoren. Zwar wurde bereits 1609 eine öffentliche Sektion durchgeführt, doch in der Lehre dominierte das in Büchern überlieferte Wissen medizinischer Autoritäten wie Hippokrates und Galen. Durch die Forderung nach alltagstauglichen Wissenschaften fanden naturwissenschaftliche Methoden Eingang in die akademische Medizin. Dem Chemiker und Mediziner Johann Thomas Hensing gelang es durch systematische Untersuchungen an Rinderhirnen Phosphor im Gehirn nachzuweisen, der Naturge-

lehrte und Arzt Michael Bernhard Valentini demonstrierte mit Hilfe der Vakuumpumpe, dass Atemluft zum Leben nötig sei. Zur Abwehr ansteckender Krankheiten empfahlen die Gießener Ärzte nun exotische Heilmittel wie Nasensalben oder Chinarindenextrakt gegen Fieber, Wurmbefall wurde mit Tabakrauchklistieren bekämpft.

Im 19. Jahrhundert wurde Georg Büchner in Gießen zum Anatomen ausgebildet, und der Embryologe Theodor Wilhelm Bischoff forschte zur Entwicklungsgeschichte und Eiruhe beim Rehwild. Etwa fünfzig Jahre später brachten experimentelle Physiologen wie Otto Frank oder Karl Bürker in enger Zusammenarbeit mit den Klinikern innovative Forschungsansätze nach Mittelhessen. Durch den Bakteriologen Georg Gaffky, einen



Das seit 1609 genutzte erste Universitätsgebäude am Gießener Brandplatz.

Schüler Robert Kochs, der 1897 die deutsche Pestexpedition nach Indien leitete, geriet die Universität vorübergehend auch in den Blickpunkt der internationalen Wissenschaftlergemeinschaft. Im Gegensatz dazu führte der Internist Georg Haas unbemerkt von einer breiteren wissenschaftlichen Öffentlichkeit 1924 die weltweit erste Blutwäsche am Menschen durch.

Die Institutionalisierung der akademischen Medizin, die sowohl die Krankenversorgung als auch die Verbesserung der praktisch-medizinischen Ausbildung im Auge hatte, begann in Gießen mit der Eröffnung der Gebärnastalt (1814). Hochschullehrer wie Ferdinand August Ritgen ermöglichten eine erste Form des Lernens am Krankenbett. Für Ritgen bot die große Zahl von Gebärenden zudem eine hervorragende Möglichkeit der Datenerhebung und Feldforschung am menschlichen Körper. Ähnliches gilt für den Psychiater Robert Sommer, der in seiner Klinik Patienten mit breit gefächerten Krankheitsbildern betreute und sein „Krankenmaterial“ auch unter Einsatz der Stereoskop-Fotografie für ausgedehnte Patientendokumentationen nutzte.

Wie stark sich das Arzt-Patienten-Verhältnis wandelte und wie sehr es auch von gesellschaftlichen und politischen Vorstellungen abhängig war, zeigt der Umgang der Hochschulmediziner mit den ihnen anvertrauten Personen während der Zeit des Nationalsozialismus.

Das überzeugte Engagement eines Großteils der Mediziner für die Erbesundheitspolitik des Staates führte dazu, dass Kranke aus Angst vor eugenischen Maßnahmen die Kliniken nicht mehr aufsuchten. Mit der Auslese und der Begutachtung von Menschen, die als nicht



Die zweite Hämodialyse am Nierenkranken (1925).
Fotografiert im Hörsaal der Medizinischen Klinik Gießen.

Bildquellen: Institut für Geschichte der Medizin, Gießen.

„lebenswert“ angesehen wurden, handelten viele Ärzte nun nicht mehr zuerst im Sinne der Patienten, sondern zu Gunsten eines angeblichen Wohles der „Volksgemeinschaft“.

Während des Krieges verlagerte man kriegswichtige Forschungsinstitute der Militärärztlichen Akademie Berlin aus der zerbombten Hauptstadt nach Gießen. Im Dezember 1944 wurden die meisten Klinikgebäude nach Bombenangriffen

Von den 24 Ordinarien und Extraordinarien der Medizinischen Fakultät wurden siebzehn im Zuge der Entnazifizierungsverfahren entlassen, im Amt blieben lediglich sieben Hochschullehrer, darunter der Biochemiker Robert Feulgen und der Internist Georg Haas.

Erst 1957 wurde die Universität Gießen unter Einbeziehung der Medizinischen Fakultät unter dem Namen Justus-Liebig-Universität wiedereröffnet. Heute hat sich

so schwer getroffen, dass sowohl Forschung als auch Patientenversorgung unmöglich wurden. Die Universität wurde im März 1945 geschlossen; von 1946 bis 1950 bestand sie mit stark reduziertem Fächerspektrum als Hochschule für Bodenkultur und Veterinärmedizin weiter.

die Medizin mit nahezu 2.700 Studierenden zum größten Fachbereich der Universität entwickelt, ihre wissenschaftliche Leistungsfähigkeit liegt auf hohem Niveau: 2003 bauten die Wissenschaftler des Sonderforschungsbereiches „Kardiopulmonales Gefäßsystem“ ein Forschungslaboratorium am Himalaya auf, um spektakuläre Höhenstudien an Extrembergsteigern durchzuführen. Auf dem Mount Everest konnten die Gießener Lungenspezialisten mit Erfolg die Auswirkungen des niedrigen Sauerstoffgehalts auf Herz und Lungen untersuchen.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Ulrike Enke

*Institut für Geschichte der Medizin
Jheringstraße 6, 35392 Gießen*

Literatur

Professoren, Patienten, Studenten. Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen seit 1607. Ausstellungsband des Fachbereichs Medizin der JLU Gießen zum 400-jährigen Jubiläum. Neustadt an der Aisch 2007. 248 S. V. Roelcke (Hg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen. Von der Wiedergründung 1957 bis zur Gegenwart. Frankfurt a. M. 2007.



STIFTUNG HUFELAND-PREIS
DER DEUTSCHEN ÄRZTE-VERSICHERUNG
ZUR FÖRDERUNG DER PRÄVENTIV-MEDIZIN

„Hufeland-Preis“ zum 48. mal ausgeschrieben

Zum 48. mal wird der von der Deutschen Ärzteversicherung AG, Köln, gestiftete „Hufeland-Preis“ zur Förderung der Präventivmedizin in Deutschland ausgeschrieben.

Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der mit 20.000 Euro dotierte Preis auch zwei als gleichwertig anerkannte Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge, der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Gesundheit der Bevölkerung von Bedeutung sind, oder der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheiten oder Schäden, die bei vielen Betroffenen die Lebenserwartung beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können, zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärzte/innen und Zahnärzte/innen, die im Besitz einer deutschen Approbation sind, gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autoren/innen mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium.

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2008“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. März 2008 bei der Notarin **Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln** unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht werden.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten wird durch ein Preisrichterkollegium vorgenommen, dessen Mitglieder von dem Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Träger des „Hufeland-Preises“ sind neben der Stifterin des Preises, der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Die kompletten Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter: www.aerzteversicherung.de

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 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 nicht anders angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademiemitglieder jeweils die Hälfte (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung). Bitte überweisen Sie den Kostenbeitrag vorher auf das Konto der Akademie der LÄK Hessen Kto. Nr. 36 00 22 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 freiwilligen Fortbildungszertifikats der Akademie der LÄK Hessen (150 P in 3 Jahren), sowie für die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht. Den Antrag stellen Sie bitte an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Baumann, Fax 06032 782-228.

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

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Prävention: Die Kinderheilkunde stellt die Weichen für das ganze Leben voraus. Themen: Neugeborenencreening; Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung bis ins Jugendalter; das metabolische Syndrom; Allergieprävention; Kindswohlgefährdung; Gewaltprävention in der Schule

Samstag, 01. Dezember 2007, 09:30 bis 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. R. Repp, Fulda

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

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau K. Baumann, Akademie, Tel. 06032 782-281, Fax -228

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

INNERE MEDIZIN

5 P

Gastroenterologie und Hepatologie

Themen: Nosokomiale Infekte und mikroskopische Colitis; Prophylaxe und Therapie der Virushepatitis; Diabetes und Gastrointestinaltrakt

05. Dezember 2007, 15 bis 18 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. W. Rösch, Frankfurt am Main

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

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel: 06032 782-227, Fax: -229

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

STRAHLENTHERAPIE (SEKTION)

3 P

Partikeltherapie – Grundlagen, wer profitiert?

Themen: Physikalische Grundlagen; Klinische Indikationen: Kohlenstoffionen – Schädelbasistumoren/Kopf-, Hals-Tumoren; Protonen – Pädiatrische Tumoren; Potentielle Indikationen; Partikeltherapiekonzept Gießen-Marburg

Mittwoch, 05. Dezember 2007, 18:00 bis 20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. R. Engelhart-Cabillic

Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Auskunft und Anmeldung: Teilnahme ohne vorherige Anmeldung möglich!

Frau E. Hiltcher, Akademie, Tel. 06032 782-211 Fax: -229

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

AUGENHEILKUNDE (SEKTION)

4 P

Neues aus der Ophthalmologie

Themen: Neue diagnostische Möglichkeiten für den vorderen Augenabschnitt; Goldimplantate bei Lagophthalmus; Endokrine Orbitopathie: Diagnostik und Therapie; Cataract und Astigmatismus

Mittwoch, 05. Dezember 2007, 17 bis 19 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Ch. Ohrloff, Frankfurt

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt, Universitätsklinikum, Klinik für Augenheilkunde, Haus 23, Großer Hörsaal

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau K. Baumann, Akademie, Tel. 06032 782-281, Fax -228

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

CHIRURGIE

9 P

Ösophago-gastrale Chirurgie

Themen: **Chirurgie der benignen Erkrankungen:** Endoskopische Diagnostik von Ösophagus und Magen; Divertikelbehandlung: interventionell oder chirurgisch; Chirurgie der Refluxopathie: wann und wie?; Ulkuschirurgie: Magen, Duodenum; **Chirurgie der malignen Erkrankungen:** Endoskopische intraluminal Resektion ösophago-gastraler Karzinome; Standards der Chirurgie beim Ösophagus-, Magen- und Kardiakarzinom; Multimodale Therapie beim Ösophaguskarzinom; Neoadjuvante Chemotherapie beim operablen Magenkarzinom: Neuer Standard?; GIST-Tumoren des Magens: interdisziplinäre Strategien

08. Dezember 2007, 10 bis 17 Uhr

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

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

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau A. Schad, Akademie, Tel. 06032 782-213, Fax: -220

E-Mail: annerose.schad@laekh.de

CURRICULUM „GESUNDHEIT & ETHNISCH-KULTURELLE VIELFALT“

Die Veranstaltung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Sa./So., 08./09. Dezember 2007

20 P

Modul 2 – Allgemeine interkulturelle Kompetenz

Leitung: Dipl.-Psych. U. Cramer-Düncher, Dr. med. U. Schreiber-Popović

Teilnahmebeitrag: € 270,- (Akademiemitglieder € 243,-)

Freitag, 29.02. bis Sonntag, 02.03.2008

vorauss. 20 P

Aufbaukurs 1 – Osteuropa und Kleinasien

(gefördert durch das Hessische Sozialministerium)

Leitung: Prof. Dr. med. N. Gordjani

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7,

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie, Tel. 06032 782-209, Fax: -220

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

NEUER EBM 2008 EINFÜHRUNG IN DAS NEUE REGELWERK

Zielgruppe: Mitarbeiter/innen der ärztlichen Praxis

Mittwoch, 12. Dezember 2007, 15:00 Uhr – ca. 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 40,-

Tagungsort: Carl-Oelemann-Schule im FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft: Frau Elvira Keller, Carl-Oelemann-Schule, Tel. 06032 782-185, Fax -180

E-Mail: elvira.keller@laekh.de

ARBEITSMEDIZINISCHE GEHÖRVORSORGE

19 P

Mittwoch, 16. Januar 2008, 10:30 – 17:30 Uhr
 Donnerstag, 17. Januar 2008, 8:30-17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Rainer Demare
 Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)
 Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
 Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau L. Stieler, Akademie, Tel. 06032 782-283
 Fax -229 E-Mail: luise.stieler@laekh.de

ALLGEMEINMEDIZIN/NEUROCHIRURGIE (SEKTIONEN)

Operative Therapie bei Morbus Parkinson -etabliert oder ultima ratio? – Die tiefe Hirnstimulation zur Behandlung zentraler Bewegungsstörungen

Samstag, 19. Januar 2008, 9 s.t. – 14 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. D. Hellwig, Marburg, Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a.M.
 Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
 Für Akademiemitglieder kostenfrei – Teilnahme ohne vorherige Anmeldung

PSYCHIATRIE/PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTHERAPIE (SEKTION)

Stress und Burnout bei Ärzten – Prophylaxe und Bewältigung

Samstag, 09. Februar 2008, 9:30 bis 15 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
 Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 s. HÄ 01/2008
 Für Akademiemitglieder kostenfrei – Teilnahme ohne vorherige Anmeldung

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG (EBM 35100/35110)

14. CURRICULUM

20 P

I. 18. – 20. Januar 2008

(Freitag 16:00 Uhr bis Sonntag 13:00 Uhr) (s. HÄBI 09/2007)

- A: Der Patient, seine Krankheit und die Interaktion: Herzneurose, Herzinfarkt; Einführung in die Balintgruppenarbeit
- B: Inhalt und Techniken der Gesprächsführung/der Intervention/des Wissens: Austausch über Erwartungen/Erfahrungen von TeilnehmerInnen mit DozentInnen.

Leistungen entsprechend der Psychosomatischen Grundversorgung, Aufbau und Ablauf des psychosomatischen Erstgesprächs und Verlaufsgesprächs: Das Bewegende Seminar. Was ist bei der Dokumentation zu berücksichtigen? Seelische Entwicklung I; Übertragung und Gegenübertragung.
 Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
 Teilnahmebeitrag: (20 h) € 300 (Akademiemitglieder € 270)
 Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
 Auskunft + Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau U. Dauth, Akademie, Tel. 06032 782-238, Fax -229 E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

GUTACHTEN/PSYCHIATRIE

BEGÜTACHTUNG PSYCHISCH REAKTIVER TRAUMAFOLGEN IN AUFENTHALTSRECHTLICHER VERFAHREN BEI ERWACHSENEN

Veranstaltung der LÄKH/Akademie in Zusammenarbeit mit der Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Samstag/Sonntag 26./27. Januar 2008, Bad Nauheim (s. HÄBI 09/2007)
 Samstag/Sonntag 01./02. März 2008, Bad Nauheim

Diese Fortbildung für Fachärzte (Psychiatrie/ Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychotherapeutische/Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Nervenheilkunde, Ärztliche Psychotherapeuten) und Psychologische Psychotherapeuten dient der Qualifikation zum Erstellen von Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren.
 Nach erfolgreicher Teilnahme an der Theorie und dem Erstellen von drei supervidierten Gutachten können die Teilnehmer in eine Liste von Fachgutachtern in aufenthaltsrechtlichen Verfahren zur Klärung der Frage nach psychisch reaktiven Traumafolgen aufgenommen werden, welche die LÄK z. B. Verwaltungsgerichten zur Verfügung stellt.

Leitung: Z. Cunovic, Dr. med. B. Wolff, Frankfurt a.M.
 Teilnahmebeitrag: € 490 (Akademiemitglieder € 441)
 Teilnehmerzahl: max. 30

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

Auskunft: Zeljko Cunovic (Tel. 069 71678776);
 Dr. med. Barbara Wolff (Tel. 069 78995335)

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Akademie, Fax: 06032 782-229 E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

WARTBURGESPRÄCH

Krise im Gesundheitswesen: Vertrauen oder unkontrollierbare Kontrolle?

Sonntag 27. bis Dienstag 29. Januar 2008

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg
 Teilnahmebeitrag: € 95,-

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
 Auskunft: Kontaktaufnahme per E-Mail: bm_kraemer@web.de; Rückfragen von Patientenseite: Frau Beate Müller (Tel. 02924 7582); Rückfragen von Arzt-/Behandlerseite: Prof. Dr. med. W. Schüffel (Tel. 06421 176330)

FORTBILDUNG FÜR ASSISTENTEN IN WEITERBILDUNG UND FÜR ÄRZTE DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

10 P

Themen: Onkologie: Kollumkarzinom incl. HPV Diagnostik; Endokrinologie: Blutungs- und Zyklusstörungen; Geburtshilfe: Schulterdystokie;

Mittwoch, 13. Februar 2008, 9 bis 16 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen, Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim
 Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie, Tel. 06032 782-213, Fax-220 E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Weitere Veranstaltungen: 18. Juni und 15. Oktober 200

II. KURSE zur FORT- und WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Termine 2008

alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008 !)		Std./Pkt.	neue Weiterbildungsordnung ab 1.11.2005		Std./Pkt.
09.02.2008	Block 19 „Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation“	8 Std./9 P	–		
23.02.2008	Block 1 „Grundlagen der Allgemeinmedizin“	12 Std./12 P	23.02.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs C 1	8 Std./8 P
19.04.2008	Block 14 „Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten“	8 Std.	19.04.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs C 2	6 Std.
06./07.06.2008	Block 16 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)“	20 Std.	06./07.06.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs A	20 Std.
19./20.09.2008	Block 17 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“	20 Std.	19./20.09.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs B	16 Std.
15./16.11.2008	Block 18 „Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“	12 Std.	–		
					50 Std.
				+ Balintgruppe	30 Std.
		= 80 Std.			= 80 Std.

Teilnahmebeitrag: 35 € für den halben Tag (4 Std.), 60 € für den ganzen Tag (8 Std.), 50 € für 6 Std., 95 € für 12 Std., 155 € für 20 Std.

Anmeldeschluss – spätestens 14 Tage vor Seminarbeginn!

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
 Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel. 06032 782-203 Fax -229
 Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

ARBEITS- / BETRIEBSMEDIZIN

Aufbaukurs: C2 30. Nov. – 07. Dez. 2007 € 490 (Akademiemitgl. € 441) 60 P

Weitere Termine:

Grundkurs: A1 18. – 25. Jan. 2008 € 490 (Akademiemitgl. € 441) 60 P

Aufbaukurs: B1 15. – 22. Feb. 2008 € 490 (Akademiemitgl. € 441) 60 P

Aufbaukurs: C1 07. – 14. März 2008 € 490 (Akademiemitgl. € 441) 60 P

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
 Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie, Tel. 06032 782-283, Fax-229

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Teil I **01./02.02.2008**
 Teil II **15./16.02.2008**
 Teil III **29.02./01.03.2008**
 Teil IV **04./05.04.2008**

Teil V **18./19.04.2008**
 Teil VI: Hospitation (20 Std.): **09./25./26.04.2008**
 Klausur: **30.04.2008**

Teilnahmebeitrag: € 990 (Akademiemitgl. € 891)

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

Tagungsorte: Teil I bis V: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, Bad Nauheim, **Hospitation:** Universitätskliniken Frankfurt a. M. und Gießen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie, Tel 06032 782-227, Fax -229

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

HÄMOTHERAPIE

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie (40 Std.)

Neuer Kurs Juni 2008

€ 800/Einzeltag € 190
 (Akademiemitgl. € 720/Einzeltag € 171)

Transfusionsverantwortlicher / -beauftragter (16 Std.)

08. – 09. Dez. 2007 (Kurs bereits ausgebucht)
16./17. Februar 2008

€ 340 (Akademiemitgl. € 306) **16 P**
 € 340 (Akademiemitgl. € 306) **16 P**

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie, Tel. 06032 782-213, Fax -220

E-Mail: annerose.schad@laekh.de

IMPFKURS ZUR BERECHTIGUNG DER IMPFTÄTIGKEIT

04. Oktober 2008, 09:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

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

Auskunft und Anmeldung: Frau Edda Hiltcher, Akademie, Tel. 06032 782-211, Fax -229

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

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

01. März 2008, 9 – 17 Uhr
31. Mai 2008

€ 180 (Akademiemitgl. € 162) **21 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim

Tagungsort: Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel. 06032 782-203, Fax -229

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Notfallmedizinisches Intensivtraining:

Samstag, 08. Dezember 2007, 10:00 – ca. 18:00 Uhr

Praktischer Trainingskurs präklinischer Handlungsstrategien bei kardialen, traumatologischen und pädiatrischen Notfallsituationen entlang den aktuellen Leitlinien des European Resuscitation Councils, der American Heart Association und der Bundesärztekammer

Themen: Theoretische Einführung; Praktische Demonstration und Übungen (in Kleingruppen), Fallsimulation: Erstversorgung akuter Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörung; Praktische Demonstration und Übungen, Fallsimulation: Reanimation, Fallsimulation: Anaphylaxie; Praktische Übungen in Kleingruppen

Leitung: Dr. med. Alexander Dorsch

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198), **max. 30 Teilnehmer**

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

Anmeldung und Auskunft: Frau V. Wolfinger, Tel. 06032 782-202, Fax -229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Notdienst-Seminar:

09./10. und 23. Feb. 2008 Bad Nauheim
30./31. Aug. und 13. Sept. 2008 Bad Nauheim

€ 140 (Akademiemitgl. € 70)

Fachkundenachweis Rettungsdienst:

Leitender Notarzt:

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

Wiesbaden
 Kassel
 Wiesbaden
 Kassel

€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel. 06032 782-202, Fax: -229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst: Kurs für „Ärzte mit Leitungsaufgaben in der präklinischen und klinischen Gefahrenabwehr“ (Programm s. Seite 767)

Kursmodul I: Rettungsdienst und seine Schnittstellen **27. – 29. Februar 2008**

Kursmodul II: Gefahrenabwehr im Krankenhaus **29. Februar und 01. März 2008**

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Anmeldung und Auskunft: Frau V. Wolfinger, Tel. 06032 782-202, Fax -229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Bitte melden Sie sich direkt bei der Einrichtung an, bei der Sie den Kurs besuchen möchten.

Termine Baby-Mega-Code-Training:

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

Leitung: G. Kliemann

Tagungsort: Friedberg, Vitracon, Saarstraße 30

Anmeldung und Auskunft: Jochen Korn, Tel. 06031 687038-0, Fax -1

E-Mail: jochen.korn@vitracon.de

Termine Mega-Code Training:

02. Dezember 2007

Tagungsort: Bad Nauheim: Bildungseinrichtung der Johanniter, Schwalheimer Str. 84

Anmeldung + Auskunft: René Pistor, Tel. 06032 9146-31, Fax 9146-60

E-Mail: rene.pistor@juh-wetterau.de

Termine Mega-Code-Training:

08. Dezember 2007

Leitung: Dr. med. Veit Kürschner

Tagungsort: Wiesbaden

Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel. 0611-432832

E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de

PALLIATIVMEDIZIN

Basiskurs: 03. Dez – 07. Dez. 2007 – belegt –

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel. 06032 782-202, Fax -229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

PRÜFARZT IN KLINISCHEN STUDIEN (16 Std.)

Nächster Termin: 30. – 31. Mai 2008 € 280 (Akademiestandort € 252)
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft +Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel: 06032 782-227, Fax –229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Weitere Termine:
 Block I 11.02. – 17.02.2008 € 1120 (Akademiestandort € 1008)
 Block II 07.04. – 12.04.2008 € 1010 (Akademiestandort € 909)
 Block III 08.09. – 13.09.2008 € 1010 (Akademiestandort € 909)
 Block IV 10.11. – 15.11.2008 € 1010 (Akademiestandort € 909)

5 % Frühbucherrabatt bei Buchung aller vier Blöcke bis 14.03.2007
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie, Tel. 06032 782-213 Fax: -220 E-Mail: annerose.schad@laekh.de

„REISEMEDIZINISCHE GESUNDHEITSBERATUNG“ – BASISSEMINAR - STRUKTURIERTE CURRICULÄRE FORTBILDUNG (32 Std.) 32 P

**Freitag/Samstag, 12./13. Sept. 2008 und
 Freitag/Samstag, 24./25. Okt. 2008** € 440 (Akademiestandort € 396)

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a.M.
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie, Tel. 06032 782-203, Fax: -229 E-Mail: renate.hessler@laekh.de
Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE GEM. RÖV

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RÖV **01. Dez.2007** € 110 (Akademiestandort € 99) **9 P**

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Kurse zum Erwerb und Zum Erhalt der Fachkunde für 2008 in Planung
Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie, Tel. 06032 782-211, Fax: -229 E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Teil I 01./02.03.2008 € 220 (Akademiestandort € 198) **20 P**
 Teil II 17./18.05.2008 € 220 (Akademiestandort € 198) **20 P**
 Teil III 08./09.11.2008 **20 P**
 Teil IV 20./21.09.2008 **20 P**

Auskunft und Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel. 06032 782 227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

SOZIALMEDIZIN (320 STD.)

Weitere Termine:
 Grundkurs GK I 16. – 25. April 2008 **80 P**
 Grundkurs GK II 15. – 24. Okt. 2008 **80 P**

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie, Tel. 06032 782-283, Fax: -229 E-Mail: luise.stieler@laekh.de

SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG (50 Std.)

Termine für 2008 in Planung
Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie, Tel. 06032 782-281, Fax: -228 E-Mail: katja.baumann@laekh.de

ULTRASCHALLKURSE

Abdomen
 Grundkurs 19. und 27. Januar 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum € 400 (Akademiestandort € 360) **40 P**
 Aufbaukurs 12. und 20. April 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum € 400 (Akademiestandort € 360) **40 P**
 Abschlusskurs 01. November 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum € 230 (Akademiestandort € 207) **29 P**

Gefäße
 Grundkurs (interdisziplinär) 07. bis 09. Februar 2008 (Theorie + Praktikum) € 400 (Akademiestandort € 360) **29 P**
 Aufbaukurs (hirnversorg. Gefäße) 19. bis 21. Juni 2008 (Theorie + Praktikum) € 350 (Akademiestandort € 315) **25 P**
 Abschlusskurs (hirnversorg. Gefäße) 21. und 22. November 2008 (Theorie + Praktikum) € 290 (Akademiestandort € 260) **20 P**

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost, Tel. 069 97672-552, Fax -555 E-Mail: marianne.jost@laekh.de

UMWELTMEDIZIN

Block I 07. – 09.12.2007
 Block II 18. – 20.01.2008
 Block III, 1. Teil 15. – 17.02.2008
 Block III, 2. Teil 18. – 20.04.2008
 Block IV in Absprache mit den einzelnen Teilnehmern

Teilnahmebeitrag: pro Block € 330 (Akademiestandort € 297)
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel. 06032 782-287, Fax -228 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG 15 P

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a.M.
**Freitag, 13. Juni 2008, 13-18.15 Uhr und
 Samstag, 14. Juni 2008, 9-18.15 Uhr** € 200 (Akademiestandort € 180)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie, Tel. 06032 782-203, Fax -229 E-Mail: renate.hessler@laekh.de
Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747



Sicherer Verordnen

Lumiracoxib

Lebertoxizität

In Australien wurde der selektive COX-2-Hemmer Lumiracoxib (Prexige®) wegen schwerwiegenden Leberschäden (bis hin zu zwei Todesfällen und zwei erforderlichen Lebertransplantationen) aus dem Handel genommen. In einer Studie waren zusätzlich bei circa 3 % der Teilnehmer unter einer Tagesdosis von 400 mg Lumiracoxib Leberenzyme bis zu dreifach über der Norm erhöht. Der Hersteller betrachtet das Nutzen-Risiko-Verhältnis seines Präparates in der bei uns zugelassenen Tagesdosis von 100 mg weiterhin für geeignete Patienten als positiv. In einem Rote-Hand-Brief werden Kontrollen der Leberenzymwerte in monatlichen Abständen empfohlen.

Anmerkungen: Selbst bei einer rein toxischen, dosisabhängigen Lebertoxizität ohne allergische Komponente können aufgrund individuell ausgeprägter Gewebeeempfindlichkeit Schädigungen auch in einer niedrigen Dosis nicht ausgeschlossen werden. Kontraindikationen wie Herzinsuffizienz, KHK und höhergradige Einschränkungen der Leber- und Nierenfunktion müssen sorgfältig beachtet werden, wenn trotz einer Vielzahl von Ausweichpräparaten eine Verordnung dieses Arzneistoffes erwogen werden sollte. In Kanada wird die Verordnung der niedrigst wirksamen Dosis mit einer kürzest möglichen Anwendungsdauer empfohlen.

Quellen: newsletter@akdae.de, Dtsch. Apo.Ztg. 2007; 147: 3644, www.hc-sc.gc.ca

Arzneiliche Teezubereitungen

Halbbarkeit

Arzneiliche Tees haben auch heute noch ihren Stellenwert in der Therapie. Ärzte sollten die Patienten bei einer Verordnung oder Empfehlung von Tees (pharmazeutische Definition: wässrige Zubereitungen aus Drogenteilen) auf Folgendes hinweisen:

1. Pflanzliche Drogen sind naturgemäß mikrobiell kontaminiert.
2. Insbesondere Schleimdrogen enthalten Kohlehydrate, die ein idealer Nährboden für ein Keimwachstum sind.
3. In der Regel erfolgt eine Zubereitung mit kochendem Wasser.

4. Unkonserviert gilt eine Aufbrauchsfrist des zubereiteten Tees bis zu 24 Stunden, im Kühlschrank bis zu drei Tagen.

Anmerkung: Da Tees nur eine begrenzte, aufgrund biologischer Schwankungen auch wechselnde Wirksamkeit besitzen, sollten Patienten bei unverändertem Fortbestehen von Symptomen immer auf eine Wiedervorstellung beim Arzt aufmerksam gemacht werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2007; 152: 83

Internet

Arzneimittelverordnungen

Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten, Patienten könnten aus Kostengründen verordnete Arzneimittel über das Internet beziehen, sollten nur sehr zurückhaltend ausgesprochen werden. Auch wenn bereits einzelne gesetzliche Krankenkassen diesen Vertriebsweg empfehlen (z.B. Orts- und Ersatzkassen), sind folgende Vorsichtsmaßnahmen zu bedenken:

1. Die Warnungen deutscher Apotheker sind wegen deren Eigeninteressen mit einem kritischen Auge zu betrachten. Nur seriöse Internetadressen (z.B. Internetapotheken) können empfohlen werden, bei denen eventuelle Reklamationen und Nachfragen der Patienten zügig bearbeitet werden. Vorsicht bei Links auf unbekannte Seiten!
2. Aufklärung der Patienten über mögliche Arzneimittelfälschungen bei dubiosen Anbietern, erkennbar u.a. an Druckfehlern auf der Packung, fehlender Pharmazentralnummer, Veränderungen des Geruches oder Geschmackes.
3. Warnung vor nicht deklarierten Inhaltsstoffen bei ärztlichen Kaufempfehlungen alternativer Präparate. Aktuelle Warnungen der kanadischen Überwachungsbehörde aus 2007 betreffen z.B.
 - „Pflanzliche“ Schlafmittel mit undeklariertem Clonazepamgehalt,
 - „Natürliche“ Mittel zur Gewichtsreduktion mit undeklariertem Sibutramingehalt,
 - Chinesische potenzsteigernde Kräutermittel oder „Diätmittel“ mit undeklariertem Gehalt an Sildenafil,

Tadalafil, Vardenafil oder deren Analoga,

- Chinesische antidiabetische Kräutermittel mit undeklariertem Phenformin-, Rosiglitazon- oder Glibenclamidgehalt,
- Produkte mit erhöhter bakterieller Kontamination oder mit Gehalt an Allergenen oder Aristolochiasäure, die nachgewiesenermaßen nierentoxisch und kanzerogen wirkt.

Quelle: Health Canada, www.hc-sc.gc.ca

Ibuprofen-Lysinat

Anwendungsbeobachtung

In einer sog. Anwendungsbeobachtung in Apotheken wurde die Wirksamkeit von Ibuprofen-Lysinat (Dolormin® Migräne) untersucht. Die Patienten nahmen am ersten Tag im Mittel 2,8 Tabl. à 400 mg ein (nahe der maximalen Tagesdosis von freiverkäuflichem Ibuprofen), bei einer maximalen Gesamtdosis von 14 Tabletten. 75,6 % der durch vorhergehende Einnahme des Präparates sicher nicht unbeeinflussten Migräne-Patienten stufen die Wirksamkeit als sehr gut bis gut ein, in 9 % der „Einnahme“ wurden unerwünschte Wirkungen angegeben und in 178 der 337 untersuchten Anfälle trat eine Schmerzlinderung erst nach über vier Stunden ein. Einem später publizierten Kommentar ist zuzustimmen, dass diese „apothekenbasierte Anwendungsbeobachtung“ gravierende Mängel in Anlage, Auswertung und Diskussion aufweist.

Anmerkungen: Bei freiverkäuflichen Arzneimitteln kann die Erfassung von Erfahrungen bei der Anwendung durch Apotheker grundsätzlich sinnvoll sein, da systematische wissenschaftliche Untersuchungen über den praktischen Arzneimittelgebrauch Mangelware sind. § 4 Abs. 23 und § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes ordnen jedoch für den Hersteller verpflichtende Anwendungsbeobachtungen ausschließlich Ärzten zu. Die derzeit durchgeführten Studien werden nicht zu Unrecht überwiegend als reine Marketingstudien bezeichnet. Apotheker beteiligen sich nun auch an diesen medizinisch fragwürdigen Studien zur Steigerung der Verkaufszahlen.

Quellen: Pharm. Ztg. 2007; 152: 1886 und 2950

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 9/2007

Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25. September 2007: Stationäre Krankenhausbehandlung nur bei medizinischer Erforderlichkeit

A. Wienke

Mit Beschluss vom 25. September 2007 – GS 1/06 – hat der Große Senat des Bundessozialgerichts (BSG) festgestellt, dass die Pflicht der Krankenkassen zur Gewährung stationärer Krankenhausbehandlung für ihre Versicherten allein nach medizinischen Erfordernissen zu beurteilen ist. Diese medizinische Notwendigkeit sei im Streitfall gerichtlich uneingeschränkt zu überprüfen, wobei der im Behandlungszeitpunkt verfügbare Wissens- und Erkenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes zu Grunde zu legen sei. Diese mit Spannung erwartete Entscheidung des BSG dürfen wir nachstehend näher erläutern:

1. Zuständigkeit des Großen Senats

Der Große Senat des Bundessozialgerichts entscheidet nur in den Fällen, bei denen ein Fachsenat des Bundessozialgerichts in einer bestimmten Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen

Fachsenats des BSG abweichen will. Zum Zeitpunkt der Entscheidung setzte sich der Große Senat aus zwölf Berufsrichtern und sechs ehrenamtlichen Richtern zusammen.

2. Ausgangssituation

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG), zuständig für Ansprüche gesetzlich krankenversicherter Patienten gegen ihre Krankenkasse, wollte in einem bei ihm anhängigen Verfahren von der Rechtsprechung des 3. Senates, der für Ansprüche von Leistungserbringern gegen Krankenkassen auf Vergütung der Krankenhausbehandlung zuständig ist, in Bezug auf die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Krankenkassen abweichen.

Die Entscheidungszuständigkeiten der beiden Senate sind insofern miteinander verknüpft, als eine Leistung des Krankenhauses zu Lasten der Kranken-

kasse nur der Erfüllung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten dienen darf. Der Anspruch des Leistungserbringers auf Vergütung folgt im Wesentlichen diesem Sachleistungsanspruch, so dass einheitliche rechtliche Maßstäbe zur Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenkassen erforderlich sind.

Die zentrale gesetzliche Regelung im streitigen Zusammenhang ist § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V. Danach haben Versicherte nur dann einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

a. Rechtsprechung des 3. Senats

Der 3. Senat hat die Entscheidungsbezugnis über die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Rahmen des § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V dem Krankenhausarzt übertragen und ihm ein eigenes Prüfungs- und Entscheidungsrecht zugewiesen. Eine Krankenhausbehandlung sei stets dann notwendig, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar sei, d.h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stehe oder medizinische Standards verletze. Die rechtliche Überprüfung der Entscheidung müsse sich auf die Vertretbarkeitsüberprüfung beschränken, da die Feststellung einer allein richtigen Maßnahme im ärztlichen Bereich nicht möglich sei.

Dem Krankenhausarzt stehe ein ärztlicher Entscheidungsspielraum zu. Zu-

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

gleich komme ihm nach Ansicht des 3. Senats eine Schlüsselstellung zu. Die jeweilige Krankenkasse sei an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn sich diese bei einer Überprüfung auf der Grundlage der Kenntnisse und Erkenntnisse im Behandlungszeitpunkt (ex ante) nicht als fehlerhaft erweist (sog. Einschätzungsprärogative).

Darüber hinaus hat der 3. Senat eine Leistungspflicht der Krankenkassen auch dann bejaht, wenn im konkreten Fall Behandlungsalternativen zur stationären Versorgung fehlten. Wegen ihrer Sachleistungs- und Beratungspflicht müsse die Krankenkasse die Kosten für die stationäre (Weiter-)Behandlung auch dann übernehmen, wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine ambulante Versorgung des Patienten aus medizinischer Sicht grundsätzlich ausreichend wäre, ambulante Behandlungsalternativen dem Versicherten aber nicht konkret benannt bzw. nachgewiesen würden. Nur so könne eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet werden.

b. Rechtsprechung und Vorlagebeschluss des 1. Senats

Dem 1. Senat des BSG lag folgender Sachverhalt zur Entscheidung vor: Ein gesetzlich krankenversicherter Patient, der an einer psychischen Krankheit litt und daher unter Betreuung stand und eine Heimunterbringung benötigte, wurde wegen eines akuten Krankheitsschubs seit 1996 stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt. Ab Juli 1998 war nach Auffassung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich, so dass die weitere ärztliche Behandlung ambulant erfolgen sollte. Die zuständigen Ärzte im Krankenhaus hielten jedoch auch weiterhin die Fortführung der stationären Behandlung für notwendig und der Patient verblieb in der Klinik. Die Krankenkasse verweigerte die Übernahme der Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt ab Juli 1998. An ihrer Stelle übernahm

der Sozialhilfeträger diese Kosten und verlangte nunmehr von der Krankenkasse deren Erstattung.

Auf Grundlage dieses Sachverhaltes wollte der 1. Senat von der Rechtsprechung des 3. Senates abweichen: Eine Leistungspflicht der Krankenkasse bei fehlender medizinischer Notwendigkeit der stationären Behandlung könne nicht aufgrund fehlender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten begründet werden. Vielmehr bestimme sich die Leistungspflicht der Krankenkasse allein nach der medizinischen Notwendigkeit der stationären Versorgung, so dass im zu Grunde liegenden Fall, in dem eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht mehr vorliege. Eine Pflicht der Krankenkasse, ihren Versicherten ambulante Behandlungsmöglichkeiten anzubieten und nachzuweisen, sei gesetzlich nicht vorgesehen und für die Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nicht relevant. Der 1. Senat ordnete zudem die Entscheidungsgewalt darüber, ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, den Krankenkassen zu. Diese Entscheidung sei gerichtlich in vollem Umfang überprüfbar und der Einschätzung des Krankenhausarztes komme keine Prärogative zu.

3. Der Beschluss des Großen Senats

„1. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu ge-

währen ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.

2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine „Einschätzungsprärogative“ kommt dem Krankenhausarzt nicht zu.“

4. Juristische Bewertung

Die ersten Reaktionen auf die Entscheidung des Großen Senats erwecken den Eindruck, dass eine neue Ära im Leistungsrecht der Krankenkassen eingeläutet wurde. Aktuelle Beiträge sind überschrieben mit Titeln wie „Mehr Kassenmacht in Krankenhäusern“ oder „Druck auf Ärzte wird größer“ oder „Bundessozialgericht besneidet den Beurteilungsspielraum der Krankenhausärzte“.

ANZEIGE

Der Student Teacher Club e.V. informiert:

STC MS Office Standard 2007
mit Word, Excel, Powerpoint & Outlook.



- Uneingeschränkte, aktuelle Vollversion
- Offizielles Lizenzprodukt
- Für Berufsschüler, Berufsschullehrer, Personen in Aus- und Weiterbildung, Studenten, Dozenten, Studieninteressierte, sowie Angehörige von Ausbildungsbetrieben (Ausbildungsnachweis nicht erforderlich)

99, ^{EUR}—

Warum wir MS Office 2007 so günstig anbieten können? Als Teil der Bildungsinitiative der deutschen Wirtschaft hat es sich der Student Teacher Club e.V. zur Aufgabe gemacht, Personen und Institutionen im Ausbildungsbereich bei der Anschaffung moderner Lernmittel zu unterstützen. Unser exklusiver Lizenzvertrag mit Microsoft ermöglicht bessere Ausbildung für alle.

Jetzt bestellen: www.stc-msoffice.de

Bei näherer Betrachtung fällt jedoch auf, dass der Große Senat in seiner Entscheidung eine vermittelnde Position zwischen dem 1. Senat und dem 3. Senat einnimmt. Der Große Senat erteilt der bisherigen Rechtsprechung des 3. Senats nämlich nur in einem Punkt eine Absage, während die wesentlichen Grundlagen der Rechtsprechung des 3. Senats im Übrigen bestätigt werden.

So stellt der Große Senat zunächst klar, dass allein medizinische Gründe eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich machen können. Ist nach den medizinischen Erkenntnissen eine ambulante Behandlung ausreichend, so können andere Gründe nicht zur Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung führen. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist somit in den Fällen, in denen es an konkreten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten fehlt, entgegen der Ansicht des 3. Senats abzulehnen. Die Rechtsprechung des 3. Senats, die den Patienten vor Versorgungslücken schützen sollte, wies eine hohe Praktikabilität auf, findet im Gesetzeswortlaut jedoch keine Stütze. Die Entscheidung des Großen Senats ist in dieser Hinsicht somit konsequent und zu begrüßen.

Darüber hinaus bestätigt der Große Senat aber gleichermaßen die bisherige Rechtsprechung des 3. Senats in wesentlichen Teilen. Denn nach wie vor ist bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung **von dem Wissens- und Erkenntnisstand des verantwort-**

lichen Krankenhausarztes auszugehen, der diesem im Behandlungszeitpunkt, also vor der stationären Aufnahme bzw. der Entscheidung über die Verlängerung des stationären Aufenthalts oblag. Auch wenn der Große Senat darauf hinweist, dass diese Entscheidung des Arztes gerichtlich uneingeschränkt überprüfbar ist, so stößt diese Prüfungsmöglichkeit an die gleichen Grenzen, die bisher auch der 3. Senat gezogen hat: es bleibt bei einer **Vertretbarkeitsprüfung**. Ebenso wie im Haftungsrecht ist dem Arzt nämlich ein Entscheidungsspielraum bei seinen medizinischen Entscheidungen zuzubilligen. Eine ärztliche Behandlung ist erst dann fehlerhaft, wenn sie nicht mehr dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Ebenso bewegt sich die Entscheidung über eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in einem gewissen Rahmen.

Wesentlich an der Entscheidung des Großen Senats ist somit, dass bei der Überprüfung der Entscheidung des Krankenhausarztes dessen Wissens- und Erkenntnisstand im Entscheidungszeitpunkt zugrunde zu legen ist (**ex ante - Betrachtung**). Auch wenn eine Einschätzungsprärogative zu Gunsten des Krankenhausarztes nach dem Beschluss des Großen Senats nicht bestehen soll, so ist auch weiterhin der rechtlichen Überprüfung zunächst diese Entscheidung zu Grunde zu legen und die Krankenkassen müssen maßgebliche Einwände vorbringen.

Abschließend sei noch der nachfolgende Aspekt betont. Wäre der Große Senat der Ansicht des 1. Senats dahingehend gefolgt, dass die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit allein den Krankenkassen zuzuordnen sei, wäre damit eine Reduzierung der ärztlichen Therapiefreiheit auf den GKV-Katalog auf Kosten der Patienten einhergegangen. Der Arzt ist bei seiner Berufsausübung aber berufsrechtlich und auch haftungsrechtlich verpflichtet, nach dem aktuellen anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zu behandeln. Dies gilt unabhängig von der Vergütungssituation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass dies zu einem Widerstreit zwischen Arzthaftung und Wirtschaftlichkeit führt. Läge die abschließende Entscheidungsbefugnis über die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei den Krankenkassen, ginge damit unweigerlich eine Reduzierung des ärztlichen Spektrums auf den Leistungskatalog der GKV einher, ohne dass der behandelnde Arzt seiner haftungsrelevanten Verpflichtung zur Standard gemäßen Behandlung nachkommen könnte. Diesem Zwiespalt hat der Große Senat eine klare Absage erteilt, indem er die - von den Krankenkassen später aus ex ante Sicht überprüfbare - Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit stationärer Behandlungsbedürftigkeit beim Krankenhausarzt belässt.

In der Praxis und bei den Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und Medizinischen Diensten wird es zukünftig darauf ankommen, die Aussagen des Großen Senats des BSG richtig zu verdeutlichen. Hierzu können die vorstehende Erläuterungen zusätzlich dienen.

(Bundessozialgericht, Beschluss des Großen Senats vom 25. September 2007, Az.: GS 1/06)

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
Wienke & Becker
Bonner Straße 323, 50968 Köln
Tel. 0221 3765-310, Fax. 3765-312
www.Kanzlei-WBK.de
AWienke@Kanzlei-WBK.de

ANZEIGE

BAUMANN & BAUMANN

STEUERBERATER UND RECHTSANWÄLTE

Sylvia Hurst

Fachanwältin für Medizinrecht

SPEZIALGEBIET

ARZTRECHT

Telefon: 06154 63410 info@baumann-baumann.de
Telefax: 06154 634180 www.baumann-baumann.de



Vertragsverhältnis zwischen Patient und Laborarzt?

Thomas K. Heinz



Vergibt ein behandelnder Arzt eine Laboruntersuchung an einen externen Laborarzt, kommt entweder direkt ein Vertragsverhältnis zwischen dem letzterem und dem Patienten zustande, oder der Patient haftet dem Laborarzt aus den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA).

Diesem Leitsatz einer aktuellen Entscheidung des LG Dortmund (GesR 2007, 227, 228) liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Der Kläger, ein Laborarzt, macht gegenüber dem beklagten Patienten Honoraransprüche für seine Laboruntersuchung geltend. Der Beklagte hatte sich in die Behandlung seines Hausarztes begeben, der ihm Blut entnahm, um eine Laboruntersuchung durchzuführen. Zwischen den Parteien ist streitig, ob dem Beklagten zu diesem Zeitpunkt bekannt war, dass sein Hausarzt nicht über ein Labor verfügte. Der Hausarzt gab die Laboruntersuchung der Blutprobe beim Kläger in Auftrag, der die Untersuchung durchführte und in Rechnung stellte.

Der Patient lehnt die Begleichung der Rechnung ab und behauptet, er habe seinem Hausarzt keine Vollmacht erteilt, eine Laboruntersuchung anderweitig in Auftrag zu geben. Er sei davon ausgegangen, sein Hausarzt würde die Untersuchung selbst durchführen und ist der Ansicht, es bestünden keine vertraglichen Ansprüche des Laborarztes.

Das Amtsgericht Dortmund hat die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass es an einem Vertragsverhältnis zwischen den Parteien und damit an einer Anspruchsgrundlage für die Klageforderung fehle. Hiergegen wendet sich der Kläger mit der Berufung, der das Landgericht mit folgender Begründung stattgibt:

Die Kammer neigt dazu bereits einen vertraglichen Anspruch gemäß §§ 631, 632, 641 BGB anzunehmen. Bei der in Auftrag gegebenen Laboruntersuchung handele es sich um einen Werkvertrag. Ein solcher Vertrag ist zwischen den Parteien zustande gekommen. Die Willenserklärungen im Namen des Beklagten habe der Hausarzt gemäß § 167 BGB wirksam abgegeben. Bei der Inanspruchnahme eines Laborarztes durch den behandelnden Arzt werde dieser im Regelfall als Stellvertreter des Patienten tätig und schliesse in dessen Namen mit dem Laborarzt einen zusätzlichen Vertrag mit den Rechtsfolgen des § 164 BGB ab. Die Erklärungen des behandelnden Arztes gegenüber dem Laborarzt wirkten unmittelbar für und gegen den Patienten (so auch Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage § 41 Rn. 17). Die Kammer geht weiter davon aus, dass dies auch dann gelte, wenn der Patient keine Kenntnis davon habe, ob der behandelnde Arzt ein eigenes Labor unterhält oder ob er die Untersuchungen jeweils außerhalb vergibt (a.A. LG Köln NJW-RR 1998, 344f.).

Letztendlich wird die Frage, ob ein Vertragsverhältnis zwischen den Streitparteien zustande gekommen ist, durch das Landgericht nicht abschließend ge-

klärt. Wäre nicht von einem Vertragschluss auszugehen, so stünde dem Kläger der Zahlungsanspruch jedenfalls aus einer Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß §§ 677, 683 BGB zu. Der Kläger habe mit der Laboruntersuchung ein zumindest auch fremdes Geschäft des Beklagten besorgt, ohne von ihm beauftragt worden zu sein. Der Fremdgeschäftsführungswille wird bei einem „auch“ fremden Geschäft regelmäßig vermutet. Nach Auffassung der Kammer entsprach es dem mutmaßlichen Willen des Beklagten, dass eine Laboruntersuchung, gegebenenfalls auch durch einen Dritten, durchgeführt wird. Der mutmaßliche Wille ist nicht derjenige, den der Geschäftsherr, also hier der Beklagte, subjektiv annimmt, sondern derjenige, den der Geschäftsherr bei objektiver Beurteilung aller Umstände im Zeitpunkt der Übernahme geäußert haben würde (vgl. Palandt-Sprau, BGB 64. Auflage, § 683, Rn. 7).

Damit kann der Laborarzt im Wege des Aufwendungsersatzes die gesamte Forderung geltend machen. Bei gewerblicher Tätigkeit werden nämlich die Aufwendungen in Höhe der üblichen Vergütung ersetzt (vgl. ebenda, Rn. 8). Der Kläger, dessen Geschäftsbetrieb gerade diese Laboruntersuchungen sind, kann mithin die übliche Vergütung auch im Rahmen des Aufwendungsersatzanspruches geltend machen.

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt & Fachanwalt

für Medizinrecht

Dr. Thomas K. Heinz

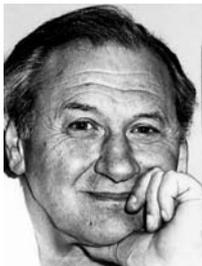
Cronstettenstraße 66, 60322 Frankfurt

www.mmw-law.de

ANZEIGENSCHLUSS
Januar-Ausgabe 2008: 5.12.2007 • Februar-Ausgabe 2008: 07.01.2008

Der eine hü, der andere hott – Ministerium und Kassen sind sich nicht einig

Siegmond Kalinski



Advent, Advent, ein Lichtlein brennt... Zeit, an Geschenke zu denken. Auch die Große Koalition denkt selbstverständlich daran und will die Bürger, vor allem jedoch ihre Wähler, beschenken,

umso mehr, als gleich nach den Feiertagen in drei wichtigen Bundesländern Landtagswahlen stattfinden, die möglicherweise Änderungen nach sich ziehen könnten.

Die Schwierigkeit für die Koalition liegt darin, dass jede Partei sich die Geschenke, die beide machen, aufs eigene Konto anrechnen lassen will, während der andere mit Argusaugen aufpasst, dass er nicht benachteiligt wird. Die Zeit, in der man den Konsens suchte, scheint vorbei zu sein. Das Klima in der Koalition hat sich mehr als verschlechtert.

Ein kleines Beispiel dafür war der Konflikt um das russische Überflugverbot für die Lufthansa. Als Gegenmaßnahme hat Verkehrsminister Tiefensee der russischen Fluglinie Aeroflot die Landerechte auf dem Flughafen Frankfurt-Hahn entzogen – woraufhin sich Kurt Beck in seiner Eigenschaft als Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz meldete und von Tiefensee die Rücknahme dieses Schritts verlangte, weil das die wirtschaftliche Lage der Region benachteilige. Tiefensee folgte prompt der Bitte seines Parteichefs, regionale Privilegien schienen einmal mehr Vorrang vor nationalen Interessen zu haben. Inzwischen ist die Sache zwar ausgestanden – aber was, wenn ein derartiges Vorgehen Schule machen sollte?

Seit einem Monat muss der Bürger bei Erneuerung des Reisepasses nicht nur sein Bild, sondern auch seine Fingerabdrücke abgeben. Die Überwachung schreitet immer weiter voran. Vater Staat sorgt sich in einer Art um die Sicherheit seiner Bürger, dass einem Angst und Ban-

ge werden kann. Telefongespräche abzuhören und die Internetkommunikation zu überwachen sind da sicherlich nur die Anfänge, der „große Bruder“ will sein Ohr und seine Augen überall haben. Nicht einmal Ärzte und Rechtsanwälte sind von dieser Schnüffelei ausgenommen, obwohl ihnen das Berufsgeheimnis gesetzlich garantiert ist. Doch auch der Glaube daran ist inzwischen ins Schwanken geraten.

Ebenso wie die Hoffnung, dass die neue Gebührenordnung den Vertragsärzten wesentliche Erleichterungen bringen könnte. Es steht leider fest, dass die Doktores sich auch 2008 weiterhin der Muschelwährung werden bedienen müssen – die Zusage der Abrechnung in Euro und Cent ist um ein Jahr, ist auf 2009 verschoben worden. Um die Enttäuschung darüber etwas zu mildern, wurde den Ärzten fest versprochen, die Honorare um ca. 10-20 Prozent zu erhöhen und bei einem steigenden Bedarf an ärztlichen Leistungen durch höhere Morbidität künftig auch mehr Geld zur Verfügung zu stellen. Beides wurde von Franz Knieps, der rechten Hand von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, beim Diskussionspodium „Kontrovers“ Ende Oktober 2007 in Berlin feierlich bestätigt. Sein Wort in Gottes Ohr, dachten viele.

Das war aber nicht die Sensation dieser Veranstaltung. Die Sensation war, dass bei der gleichen Veranstaltung diese beiden Zusagen von der Vorsitzenden des Bundes der Krankenkassen, Dr. Doris Pfeiffer, sowie ihres Stellvertreters, Freiherr von Stackelburg, glatt abgelehnt wurden: Das Morbiditätsrisiko könne man sowieso nicht einwandfrei feststellen und für Honorarerhöhungen gebe es kein Geld, so die beiden kurz und bündig. Wie Franz Knieps, der Leiter der Abteilung des Bundesgesundheitsministeriums, der auch die Krankenkassen unterstehen, auf diesen Affront reagieren wird, das werden wir wahrscheinlich bald erfahren. Es war ein Gipfel an Arroganz seitens der

Krankenkassen. Es ist schon merkwürdig, mit welcher Chuzpe sich die Krankenkassen zu einem Machtfaktor entwickelt und eine Macht usurpiert haben, die ihnen so nicht zusteht. Sie drangsalieren sowohl die Versicherten als auch die Vertragsärzte, sie bestimmen wer, wann, wie und auf welche Art Patienten behandeln darf, was der Arzt verordnen kann und was nicht, was er ihnen melden muss und warum. Und ihr Medizinischer Dienst überfällt und überfüllt die ärztlichen Praxen mit unsinnigen Anfragen und raubt dem Doktor die Zeit, die eigentlich seinen Patienten gehören sollte.

Diese Macht, die sich die Krankenkassen angeeignet haben, steht ihnen nicht zu! Für das Gesundheitswesen ist das Bundesgesundheitsministerium und sind die Gesundheitsministerien der Länder zuständig. Die Krankenkassen sind lediglich Hilfsorgane und Assekuranz. Sie sind Leistungserbringer wie alle anderen. Nur weil sie über das Geld (der Versicherten) verfügen, fühlen sie sich inzwischen wie Herren im eigenen Staat und handeln auch entsprechend. Sie verleumdern die Ärzte, beleidigen, beschimpfen und kriminalisieren sie, klagen sie zu Unrecht an, überfordern sie mit überhöhten Regressen und initiieren sogar boshafte Hetzkampagnen, in der Regel nur, um eigene Fehler und eigenes Versagen zu verschleiern. Sie nehmen sich sogar das Recht heraus zu bestimmen, welche Ärzte in die ärztliche Selbstverwaltung gewählt werden dürfen und welche nicht – eine besondere Art der Selbstherrlichkeit.

Das alles ist deprimierend und nimmt den Doktores in wachsendem Maß die Freude an ihrem Beruf. Dabei sollte man in der Adventszeit eigentlich fröhlich sein, sollte an seinen Nächsten und an Geschenke für ihn denken. Was man aber nur dann kann, wenn einem Minister Steinbrück vom Einkommen überhaupt noch etwas übriglässt. Denn so erfinderisch, wie dieser Finanzminister in Sachen Steuern, Gebühren und Einnahmen war, ist noch keiner seiner Vorgänger gewesen.

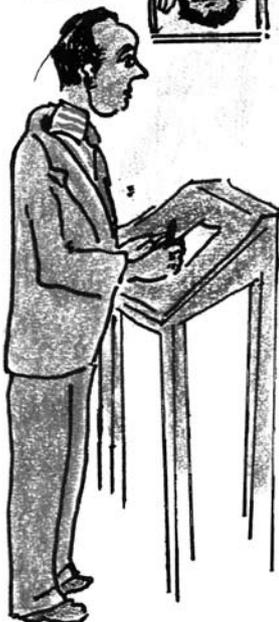
Ein Dichterleben



Man sagt ihm nach, bereits als Knabe hätt' er im Stillen oft gereimt, und manche wissen auch, er habe schon früh von seinem Dichterlos geträumt.

Er wuchs heran, er nahm die Hürde der spannungsreichen Pubertät und glaubte fest daran, er würde nun ein erfolgreicher Poet.

Zunächst besang er überschwänglich, wie heiter uns das Leben lacht, bevor der Tod ihm unumgänglich und ungerührt ein Ende macht.



Im Lauf der Jahre merklich reifer an Geist, Erfahrung und Gemüt, schrieb er mit wahrem Feuereifer nun Liebeslied auf Liebeslied.



Mit Vierzig – tolerant, doch streitbar – stimmt er nicht mit dem Zeitgeist überein, und daher schien es unvermeidbar, man stufte ihn als einen Grufti ein.

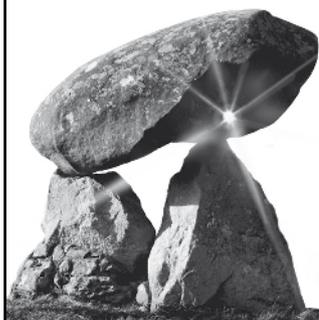
Er schwieg und zeigte sich als Weiser, der abseits von dem Lärm der Welt gelassen und zugleich in leiser Melancholie sein Haus bestellt.

Den Pegasus lässt er nun grasen. Symbolisch ausgedrückt. Er gönnt sich Ruh, wobei er weiß, der grüne Rasen deckt bald auch ihn und seine Verse zu.



Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

SPUREN



HINTERLASSEN

Dieses mächtige Steingrab hinterließen uns Menschen vor rund 3.500 Jahren.

Hinterlassen auch Sie Spuren – z. B. durch ein Vermächtnis für die Alzheimer-Forschung.

Fordern Sie unsere Testamentsbroschüre kostenlos an:



Name

Vorname

Geboren am

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort



Grabenstraße 5 · 40213 Düsseldorf
www.alzheimer-forschung.de

Der Weihnachtsbaum auf DVD

Klaus Britting

Wir hatten uns letztes Jahr keinen Weihnachtsbaum gekauft. Meine Frau hat sich immer so über die Nadeln im Wohnzimmer aufgeregt. Dann der Ärger mit dem tropfenden Wachs, die Flecken auf dem schönen Teppich, herunterfallende Kugeln – nein das wollten wir uns nicht mehr antun. Kenny hatte da nämlich eine tolle Idee.

Der Junge ist ja so begabt. Kaum kommt er von der Schule heim, sitzt er mit seinen zehn Jahren schon am Computer, den ich ihm zum Geburtstag geschenkt hatte. Gut, wir haben unsere letzten beiden Urlaube dafür geopfert, aber es hat sich gelohnt. Kenny hat uns Mallorca und Teneriffa dann im Computer auf einer DVD gezeigt. Da konnten wir uns die teuren Urlaube wirklich sparen. Und als er vorschlug, den echten Weihnachtsbaum durch eine DVD zu ersetzen, fiel uns die Entscheidung nicht schwer. Schließlich sind wir eine moderne Familie. Wer braucht schon einen Weihnachtsbaum den ganzen Tag?

Zugegeben, für die 59 Euro, welche die DVD „Der schön geschmückte Weihnachtsbaum“ kostete, hätten wir auch eine echte Blautanne bekommen. Aber als Kenny an einem Dezemberabend die DVD in seinen PC steckte und auf das Feld „Dekomaterial“ klickte, bekam

meine Frau glänzende Augen. Kein Wunder angesichts der über 200 Vorschläge von „Aluminiumengel, silbern glänzend“ bis „Heinzelmännchen, rotblau“. Wie im Fieber begann sie, mit Kenny jedes Bild durchzugehen, alles wollte sie im Detail sehen. Sie kombinierte „Muschelkugeln, vergoldet“ mit „Trockenzwetschgen, natur“, fügte „Erzengel Michael, bunt bemalt“ zu „Silberglöckchen, zweitonig“ und als Krönung „Weihnachtsmann, Marzipanersatz“. Mein Einwand, dass sie das auch morgen tun könne und wir jetzt lieber zu Abend essen sollten, half nichts. Ich ging dann in meine Stammkneipe, wo ich mehrere Freunde traf.

Als ich das Lokal mit Gregor verließ, fuhr die Feuerwehr mit lautem Geheul an uns vorbei. „Wahrscheinlich wieder Alkohol am Steuer oder so was“, sagte Gregor und meinte, dass der Notarzwagen, der kurz darauf im Renntempo vorbei raste, bei der nächsten Kurve aus der Bahn fliegen werde. Grinsend fügte er hinzu: „Dann kann die Feuerwehr gleich alle zusammen ins Krankenhaus bringen.“ Wir gingen weiter und dachten uns nichts Böses.

Unser Wohnblock liegt ein bisschen ums Eck und war noch nicht zu sehen, da spürte ich Rauch in der Luft. Der Autounfall wird doch nicht vor unserem

Haus sein, hoffte ich. Dennoch war ich besorgt, verabschiedete mich von Gregor und ging schneller zu meiner Wohnung. Als ich um die Ecke bog, sah ich gleich das Blaulicht des Notarzwagens und die Feuerwehrmänner, aber keine demolierten Autos. Ich wühlte mich durch die diskutierenden Menschen zu unserem Hauseingang, doch der Lift war gesperrt – für die Feuerwehr. Ich lief eine Etage hoch, da hielt mich ein Feuerwehrmann an. Ich dürfe nicht weiter, wegen der Rauchentwicklung. Da oben habe eine Frau ihren Braten auf dem Herd vergessen und die ganze Küche in Brand gesteckt. Gott sei Dank sei der Frau und ihrem Sohn nichts Schlimmes passiert. Der Junge stehe aber unter Schock, denn ständig rede er von seinem Weihnachtsbaum, der gar nicht brennen könne, weil er aus DVD sei oder so ähnlich. „Dabei gibts in der Wohnung gar keinen Weihnachtsbaum! Die Kinder heute!“, sagte der Feuerwehrmann und schüttelte den Kopf.

Wir nehmen dieses Jahr wieder einen echten Weihnachtsbaum, aus Fichte oder Blautanne. Einer auf DVD ist mir zu riskant – wegen der Brandgefahr. Aber den Feuerwehrmann haben wir zum Heiligen Abend eingeladen. Sicherheitshalber!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71, 24896 Treia
Telefon: 04626 189988
Fax: 04626 189987

ONLINE ÄRZTEBLATT:

H e s s i s c h e s
Ärzteblatt



www.aerzteblatt-hessen.de

Verfügbar 5 Arbeitstage vor der Druckausgabe! • **NEU:** mit Datenbank der Rubrikanzeigen

Dr. med. Fritz Ebner wird 85



Arzt, Literaturfreund und Publizist: Am 15. Dezember vollendet Dr. med. Fritz Ebner in Darmstadt sein 85. Lebensjahr. Dass sich der gebürtige Friedberger schon in jungen Jahren für Wissenschaft und Kultur interessierte, zeigt die Wahl seines Studiums. Ebner studierte Medizin, aber auch Literaturwissenschaft und Geschichte der Philosophie an den Universitäten Gießen und Marburg. Seine Promotion schloss er 1949 „Über einen neuen Stereoeffekt“ im William G. Kerckhoff-Institut in Bad

Nauheim ab und war danach zwei Jahre lang als Stationsarzt tätig. 1951 ging Ebner als Leiter der Abteilung Medizinische Information zu dem pharmazeutisch-chemischen Familienunternehmen Merck in Darmstadt, wo sich für ihn ein vielseitiger Wirkungskreis aufat. Er publizierte u.a. zahlreiche Arbeiten über Medizin- und Pharmaziegeschichte, Ernährungsprobleme und Altersprobleme. Ebner wirkte an wissenschaftlichen Filmen mit und gab Neuauflagen der „Lobrede auf die Medizin“ von Erasmus von Rotterdam, des Berichts von Dr. Vogel über „Goethes letzte Krankheit“ und der Rede Rudolf Virchows über „Goethe als Naturforscher“ heraus. Es folgten eine Faksimile-Ausgabe des Darmstäd-

ter Erstdrucks von Goethes Schauspiel „Götz von Berlichingen“ sowie Veröffentlichungen über Johann Heinrich Merck, Georg Christoph Lichtenberg, Georg Büchner und Justus Liebig.

Ebner ist Ehrenmitglied der Goethe-Gesellschaft in Weimar (seit 2002) und der Liebig-Gesellschaft in Gießen sowie Vorstandsmitglied der Merckschen Gesellschaft für Kunst und Wissenschaft. 1973 zeichnete ihn die Stadt Darmstadt für sein kulturelles Engagement mit der Johann-Heinrich-Merck-Ehrung aus, 1992 erhielt er die Goethe-Plakette des Landes Hessen und 2002 die Silberne Verdienstplakette der Stadt Darmstadt. Ebenfalls im Jahr 2002 erschien sein Buch „Goethe – Aus seinem Leben“ (Reden und Vorträge).

Katja Möhrle

Nachruf Dr. med. Hans Ekopf †



Am 15. Oktober 2007 verstarb an seinem 93. Geburtstag, körperlich vom Alter gezeichnet aber mit klarem Geist bis zur letzten Stunde Dr. Hans Ekopf,

Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse und am Bande, der Bürgermedaille in Gold der Stadt Wiesbaden, der Ehrenplakette der LÄK Hessen in Silber, der goldenen Ehrennadel des Hartmannbundes, Ehrenvorsitzender der KV Wiesbaden und Träger vieler weiterer Auszeichnungen und Ehrenmitgliedschaften aus dem ärztlichen und kommunalen Bereich.

Er war ein Wiesbadener, nassauischen Geblüts und preußischer Gesinnung in seiner besten Ausprägung. Nach dem Medizinstudium in Frankfurt, Würzburg, Hamburg und Berlin erhielt er 1939 die ärztliche Approbation, 1940 erfolgte die Promotion.

Von 1939 bis 1944 war er im Krieg als Sanitätsarzt zuletzt als Oberstabsarzt und

Kompaniechef an der Ostfront. Er erlitt in dieser Zeit mehrere Kriegsverletzungen und erhielt noch mehr Auszeichnungen. Es folgte die Kriegsgefangenschaft von 1944 bis 1946. Nach der Heimkehr wurde er ärztlicher Geschäftsführer der damals in Personalunion geführten Bezirksärztekammer und KV Wiesbaden.

In dieser Zeit organisierte er den ärztlichen Notdienst in Wiesbaden und dem Rheingau-Taunus.

1947 erfolgte bis 1983 die Niederlassung als praktischer Arzt in Wiesbaden Biebrich, dem Tor zum Rheingau. Als Betriebsarzt wurde er Werksarzt der Fa. Rheinhütte und Sportarzt für viele Jugendmannschaften und dem Yachtclub Wiesbaden. Von 1961 bis 1964 war er der erste Inhaber des neu geschaffenen Sprecheramtes der KV Hessen.

Danach lehnte er die für die Zeitgenossen sicher erscheinende Kandidatur zum Vorsitzenden der KV Hessen ab, da er seine Praxistätigkeit nicht einschränken wollte und wurde bis 1983 für fast 20 Jahre Vorsitzender der KV Bezirkstelle Wiesbaden und Mitglied des Vor-

standes der KV Hessen. Unzählig sind die Ämter in Ausschüssen die er bei Kammer und KV innehatte. Nach Ende seiner Kassenarzttätigkeit gab er 1983 auch den KV-Vorsitz in Wiesbaden an Dr. Günther Pasewald ab und wurde zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Sein stets selbstgelebtes Pflichtbewusstsein hat er ebenso bei seinen Ärzten wie bei seinen KV-Mitarbeitern gefordert. Er war eine Vaterfigur die stets jedem mit Rat und Tat zur Verfügung stand.

Seine Persönlichkeit die ich über zwei Legislaturperioden in jeder GA-Sitzung miterleben durfte, sein Bild, dass im Zimmer des Vorsitzenden gütig auf die dort Wirkenden blickte, hat mich in meiner KV-Tätigkeit, wie viele Ärzte und KV-Mitarbeiter seiner Zeit, geprägt und tief beeindruckt.

Als KV-Urgestein der ersten Stunde haben wir, bei jeder Frage aus früheren Zeiten, von dem zuletzt 90-jährigen Ekopf stets eine kompetente, exakte Darstellung der Verhältnisse vor unserer Zeit erhalten, denn er verfügte über ein phänomenales Gedächtnis mit dem er auch manchen Vorsitzenden der KV Hessen beeindruckt hat.

Sein Vermächtnis an uns wäre heute: *Erhaltet, was Eure Väter geschaffen. Bewahrt die Einheit und Einigkeit der Ärzteschaft. Stärkt die Institution der*

KV. Aber nehmt sie auch in die Pflicht Eure Interessen, die Interessen der Mitglieder, Hausärzte wie Fachärzte und Psychotherapeuten, mächtig und wir-

kungsvoll zu vertreten und zu schützen.

*Für die KV Hessen
Dr. med. Jörg Hempel, Wiesbaden*

Symposium zu Ehren von Professor Dr. med. Gerd Heising



Das Gießener Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie nahm mit einem Symposium von seinem langjährigen Vorsitzenden und Lehranalytiker Professor

Gerd Heising am 15. September 2007 Abschied. Heising hatte das geistige Klima der „Gießener Schule“ der Psychoanalyse und seiner Anwendungen (wie etwa der tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie, und der Gruppentherapie oder der Paar- und Familien- und Sozialtherapie) entscheidend mitgeprägt.

Professor Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter stellte in einer bewegenden Rückschau den Werdegang seines langjährigen Weggefährten dar und charakterisierte dessen Denken im Kontext biographischer Erfahrungen: 1928 in Saarbrücken geboren, erlebte Heising in seiner Kindheit die wechselseitige Toleranz seiner Eltern, deren politische Zugehörigkeit sich dabei jedoch als äußerst gegensätzlich erwies: Während seine Mutter als radikal-sozialistische Lehrerin aktiv war, begegnete er in seinem Vater einem national-konservativen Kaufmann, so dass ihm als Sohn eine äußerst schwierige Integrationsaufgabe zufiel, nämlich diese Extreme zu einem eigenen Weg zusammenzubringen. Seine Gymnasialzeit wurde, als Angehörigem der sog. Flakhelfer-Generation, von 1944 bis 1947 durch Krieg und Gefangenschaft unterbrochen. Nach dem Abitur 1948 studierte er u.a. in Paris Humanmedizin, wurde 1953 Arzt und promovierte 1956 in Freiburg. Sein Interesse an der Psychoanalyse datiert bereits aus dieser Zeit.

Heising kam nach seiner Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neuro-

logie ab 1964 in die Funktion eines Oberarztes an die Psychosomatische Universitätsklinik nach Gießen. 1973 erfolgte seine Ernennung zum Professor für klinische Psychosomatik, und er blieb Gießen bis zu seiner Emeritierung 1993 treu: Für die akademische Welt schwer verständlich, aber der Treue zur Gießener Psychosomatik und seinem Analytischen Institut geschuldet, lehnte er 1974 einen Ruf auf eine C4-Professur für Gruppen- und Familientherapie an der Gesamthochschule Kassel ab. Für Richter war seine stets menschliche, immer verantwortungsvolle klinische Tätigkeit ein wichtiger Beitrag zum Erfolg des Zentrums für Psychosomatik insgesamt. Heising war neben seiner klinischen Expertise immer auch ein politischer Denker: Das für ihn biographisch bedeutsame Spannungsverhältnis zwischen faschistischem Deutschland und dem Frankreich der Résistance ließ ihn für allzu glatte und idealisierende Entwürfe in Politik wie Psychoanalyse kritisch werden. Verabsolutierende klinische Auffassungen mit den dabei entwickelten Gewissheiten waren ihm fremd: Ein früher Postmoderner.

Seine Erfahrungen aus den gesellschaftlichen Umwälzungen, die das Ende des Zweiten Weltkrieges mit sich brachte, bewirkten, so Dr. Bernd Hensel, dass seine Metapsychologie sehr weitreichend vom Gefühl des „Nach-Hause-kommens“ und der „Heimat“, als Ausdruck einer Internalisierung von ausreichend guten inneren Objektbeziehungen, geprägt war. So versuchte er der existentialistischen Verlorenheit des „In-die-Welt-geworfen-seins“ ein Modell entgegen zu setzen, in dem er den Objekten eine rettende Funktion zuschreibt.

Wie Hensel in seinem präzise theoretisch fundierten Beitrag zur inneren Objektwelt

in Gerd Heising's Schriften unterstrich, war die Faszination des erotisch hoch besetzten, jedoch schwer assimilierbaren „bösen Objekts“ (ein Begriff aus der britischen Objektpsychoanalyse) ein Kernstück seiner Theorien. Er gehörte ja zu den großen des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie in Gießen und beeinflusste viele Psychoanalytiker und Psychotherapeuten mit seiner Fähigkeit, Übertragungen anzunehmen, Gegenübertragung auszuhalten und dabei auch als reale Person immer vital und emotional reaktionsbereit zu bleiben.

„Papa Heising“, wie ihn viele nannten, war zudem ein Gruppenmensch; er lebte, arbeitete, behandelte in Gruppen, so Wolf-Detlef Rost in seinem lebendig-brillianten Beitrag: Gruppen waren ihm Lebenselixier und Anregung, sie machte er als zum Medium, ja zur Bühne ärztlicher Selbsterfahrung, die viele seiner Gruppenmitglieder oft über weite Perioden ihres Lebens in Anspruch nahmen.

In einem Videodokument des Geehrten zeigte sich, fast in Vorahnung der eignen Endlichkeit, Heising mit einer Reflexion über das Sterben, die er in Anlehnung an den Existenzphilosophen Heidegger formulierte: Er entwarf das Bild einer sich von den Flammen im Wind verzehrenden Kerze: bei allen Versuchen, deren Verlöschen aufzuhalten, werde man schließlich mit der Vergeblichkeit, diesen Prozess aufhalten zu wollen, konfrontiert. So ließ er „seine“ Zuhörer, ein letztes Mal, gedankenverloren in einem memento mori zurück.

*Professor Dr. med. Burkhard Brosig
Institut für Psychoanalyse und
Psychotherapie e. V., Gießen*



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gudrun von der Heydt-Fladung, Kassel, am 20. Januar,
Dr. med. Jürgen Meske, Kassel, am 27. Januar,
Dr. med. Eva Heiming, Kassel, am 28. Januar.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Carlos Thomas, Marburg, am 21. Januar.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Rosemarie Albrecht, Neu-Isenburg, am 27. Januar.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Mohammad Agha-Kazem Schirazi, Wiesbaden, am 17. Januar,
Dr. med. Gerd Kanzler, Wiesbaden, am 31. Januar.

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

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Wolfgang Schaper, Bad Nauheim, am 7. Januar.

Lösung des Medizinischen Kreuzworträtsels von Seite 676, Ausgabe 11/2007

KNIEGELENKERGUSS



Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Irmgard Bangert, Darmstadt
* 20.1.1923 † 20.5.2006

Dr. med. Adolf Eckhardt, Großalmerode
* 17.3.1948 † 11.6.2007

Dr. med. Gerd Engel, Frankfurt
* 27.2.1923 † 18.9.2007

Dr. med. Franz Feix, Elz
* 17.11.1909 † 6.9.2007

Dr. med. Karl Garhammer, Darmstadt
* 26.2.1922 † 11.10.2007

Dr. med. Berthold Groß, Wiesbaden
* 18.2.1912 † 20.3.2007

Regine Halfmann, Frankfurt
* 12.1.1950 † 22.9.2007

Dr. med. Hans-Joachim Hartenstein, Birstein
* 7.6.1928 † 15.8.2007

Dr. med. Helmut Heusinger, Darmstadt
* 29.5.1924 † 24.2.2006

Dr. med. Friederike Albertina Lahmer, Groß-Umstadt
* 30.11.1954 † 1.10.2007

Professor Dr. med. Bernhard Leinweber, Wettenberg
* 9.6.1934 † 15.10.2007

Professor Dr. med. Walter Lerche, Wiesbaden
* 7.1.1934 † 23.9.2007

Dr. med. Paul Lilie, Oitzberg
* 22.10.1910 † 14.8.2007

Oberfeldarzt i.R. Dr. med. Wolfgang Ludwig, Dieburg
* 2.6.1913 † 5.10.2007

Dr. med. Rudolf Niesel, Wiesbaden
* 21.11.1916 † 15.8.2007

Dr. med. Guenter Pasewald, Wiesbaden
* 1.5.1926 † 25.9.2007

Dr. med. Thomas Peter, Kassel
* 20.6.1949 † 13.8.2007

Professor Dr. med. Klaus-Dieter Schulz, Marburg
* 13.4.1937 † 26.9.2007

Dr. med. Hildegard Steuer, Kassel
* 13.11.1922 † 21.9.2007

Dr. med. Hans Georg Winckler, Wald-Michelbach
* 3.1.1923 † 17.12.2005

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum der Landesärztekammer Hessen

veranstaltet am

Sonntag, dem 13. Januar 2008, um 11 Uhr

im Hotel MARRIOTT

Raum Königstein I-III,
Hamburger Allee 2-10, 60486 Frankfurt am Main

eine

Autorenlesung - Matinee -

mit

Prinz Asfa-Wossen Asserate

Prinz Asserate liest aus seinem Buch
**„Ein Prinz aus dem Hause David.
Und warum er in Deutschland blieb.“**

Prinz Asfa-Wossen Asserate, Unternehmensberater, Bestsellerautor „Manieren“, lehrt uns mit seiner fesselnden Autobiographie unser Land mit neuen Augen zu sehen. Deutschland wurde Dr. jur. Asserate zur Heimat, Äthiopien bleibt sein Vaterland. Nach dem Putsch 1994 verlor er seinen Vater, den Neffen des Kaisers Haile-Selassie. Asserate trug Verantwortung für seine Familie, die bis zu 15 Jahren im Gefängnis blieb.

Nach glanzvoller Jugend am Äthiopischen Kaiserhof, Besuch der Deutschen Schule in Addis Abeba, Studien in Cambridge und Tübingen ist Dr. Asserate heute in vielfältiger Mission für sein Land, Förderung von Kultur und Wirtschaft tätig. Heimweh hat er in New York nach Frankfurt, wo er, im Westend wohnend, viele Freunde fand. Als Prinz aus einem Herrscherhaus mit 3.000 Jahren Tradition hofft und kämpft er für die bessere Zukunft von Äthiopien.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Arzthelfer/innen / Medizinische Fachangestellte am 5.3.2008

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte am 5. März 2008 teilnehmen wollen, sind in dem Zeitraum vom

28. November bis zum 5. Dezember 2007

unter Einreichung des für die Anmeldung erforderlichen Anmeldeformulars bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Es wird gebeten, das Anmeldeformular rechtzeitig und vollständig ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2008 nicht garantiert werden kann.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der **ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes** spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Landesärztekammer Hessen

Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS-W-71/02, ausgestellt am 23.5.2002, für Dr. med. Caroline Becker, Mainz,

Arztausweis Nr. HS/F/10584, ausgestellt am 19.2.2002, für Dr. med. Moamer Brkic, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/11230, ausgestellt am 5.2.2003, für Dr. med. Jutta Dieter, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/F/10994, ausgestellt am 24.9.2002, für Dr. med. Katharina Erb, Hanau,

Arztausweis Nr. 076757, ausgestellt am 11.2.2000 durch die Ärztekammer Nordrhein, für Dr. med. Barbara Hallett, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/8969, ausgestellt am 27.1.1999, für Andreas Koch, Wächtersbach,

Arztausweis Nr. 99/477, ausgestellt am 20.8.1999 durch den Ärztlichen Kreisverein Aschaffenburg und Bereitschaftsdienstausweis Nummer 005544, ausgestellt am 19.7.2007, für Nikolai Ufnarovskij, Offenbach,

Bereitschaftsdienstausweis Nummer 004265, ausgestellt am 9.5.1995, für Dr. med. Hans-Dieter Kubitzka, Frankfurt,

Bereitschaftsdienstausweis Nummer 006438, ausgestellt am 25.6.2004, für Gabriele Sandig, Bensheim,

Stempel Nummer 4077575, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Königstein (Ulrike Kalisch, Kronberg).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Nina Kempf, tätig bei Dr. med. H. Major, Groß-Zimmern

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

Karin Becker, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. A. Mader, Heppenheim

Michaela Horschler, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. A. Mader, Heppenheim

Christine Hutter, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. H. Lehinant, Friedberg

Angelika Schranz, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. A. Mader, Heppenheim

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

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

Annette Schultheis, tätig bei Dres. med. H.J. Hobeck, R. Helmer und K. Kersberg, Fulda

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

Kurs für „Ärzte mit Leitungsaufgaben in der präklinischen und klinischen Gefahrenabwehr“

Zielsetzung des Kurses: Der seit 2003 jährlich von der Landesärztekammer Hessen veranstaltete Kurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ wurde im Laufe der letzten Jahre zunehmend auch von Ärztinnen und Ärzten besucht, die Leitungsaufgaben im Bereich der Notfallmedizin oder mit Bezug zur Rettungsmedizin wahrnehmen oder anstreben.

Diesem zunehmenden Interesse durch „Nicht-ÄLRD“ trägt der inhaltliche Ausrichter des Kurses, der „Arbeitskreis Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Hessen“ nunmehr auch durch eine andere Namensgebung Rechnung.

Gleichwohl ist der Kurs weiterhin für Ärztinnen und Ärzte geeignet, die die „klassische“ ÄLRD-Qualifikation außerhalb oder innerhalb Hessens anstreben. Hierzu ist formal bereits der Besuch der ersten drei Kurstage ausreichend, der als Modul I den Vorgaben des ÄLRD-Curriculums der Bundesärztekammer entspricht und daher als ÄLRD-Qualifikationsnachweis bundesweit anerkannt wird.

Die letzten beiden Tage fokussieren thematisch auf den Bereich „Krankenhaus“. Einen besonderen Schwerpunkt nimmt die Fortschreibung bzw. Erstellung des Krankenhaus-Einsatzplans ein: Mit Erlass vom 12. Juni 2007 hat das Hessische Sozialministerium eine neue Struktur vorgegeben, mit der sich Kliniken auf Betriebsstörungen, interne und externe Gefahrenlagen vorbereiten müssen. Hierzu zählen – im Gegensatz zur bisherigen Vorgabe – insbesondere auch infektiologische Lagen wie das Management bei Verdachtsfällen hochkontagiöser Erkrankungen oder die Influenza-Pandemieplanung. Bis zum 31.12.2008 muss jedes Krankenhaus seine diesbezügliche Planung abgeschlossen und seiner zuständigen Aufsichtsbehörde – dem Gesundheitsamt – vorgelegt haben. Im Kursmodul II sollen hierzu Hilfestellungen gegeben und zudem zu einer interprofessionellen Abstimmung in allen Phasen der Abwehrplanung angeregt werden.

Die inhaltliche „Schnittmenge“ beider Kursmodule wird am 29.2. vermittelt.

27. – 29. Februar 2008

Kursmodul I: Rettungsdienst und seine Schnittstellen*

Themen: Organisation des Rettungsdienstes; Aufgaben des Rettungsdienstträgers; Notärztliche Leitungserbringung; Rettungsdienstträger und öffentlicher Gesundheitsdienst; ÄLRD und Leitstelle; ÄLRD und LNA; Verwaltungslehre; Qualitätsmanagement; Rechtsgrundlagen; Historische Entwicklung; Interne Organisationsmodelle; Arbeitsschutz und Hygiene; Führung- und Kommunikation; Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Konflikt, Fehler- und Beschwerdemanagement; Behördenübergreifende Strategien zur Gefahrenabwehr; interne und externe Öffentlichkeitsarbeit; Fortbildungskonzepte

Zielgruppe: Ärztliche Leiter Rettungsdienst; Ärztliche Leiter von Notarztstandorten; Ärztliche Leiter von Notaufnahmen; Leitende Notärzte; Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst; Ärzte in Krankenhausleitungen

* Das Kursmodul I entspricht dem ÄLRD-Curriculum der Bundesärztekammer

29. Februar und 1. März 2008

Kursmodul II: Gefahrenabwehr im Krankenhaus

Themen: Nahtstelle Rettungsdienst – Klinik; Nahtstelle Klinik – Öffentlicher Gesundheitsdienst – Allgemeine Gefahrenabwehr; Versorgungskapazität und Versorgungspflicht; Betriebsstörungen/interne Gefahrenlagen; Externe Gefahrenlagen; Infektiologische Lagen; Krisenkommunikation/Führungsstruktur; Gefährdungsanalyse/Abwehrplanung; Die Klinik als „kritische Infrastruktur“

Zielgruppe: Ärzte in Krankenhausleitungen; Ärztliche Leiter von Notaufnahmen; Mitglieder von Krankenhaus-Einsatzleitungen; Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst; Leitende Notärzte; Ärztliche Leiter von Notarztstandorten; Ärztliche Leiter Rettungsdienst
TN-Beitrag auf Anfrage

Tagungsort:

Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung / Auskunft: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fax 06032 782229; veronika.wolfinger@laekh.de

Erfolgreiche Abschlüsse in der Fortbildung für Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte „Onkologie“

Zunahme der Teilnehmerzahlen im Jahr 2007



Absolventinnen des Qualifizierungslehrgangs am 22.9.2007 (alphabetisch): Maria Dilg, Martina Grimm, Melanie Huber, Ulrika Lösch, Angelika Rein, Melanie Strache, Caroline Weckner, Wina Wolf

Bild: Elvira Keller

In einem jeweils 15-minütigen Fachgespräch haben die Teilnehmerinnen der Fortbildung für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte in der Onkologie ihr Wissen unter Beweis gestellt. Die qualifizierten Abschlussgespräche wurden unter der Leitung von PD Dr. Martin Graubner, Dr. Volker Beck und Mirko Laux durchgeführt. Nach den Gesprächen unterstrich PD Dr. Martin Graubner, „dass die Teilnehmerinnen über eine hohe Fachkompetenz und teilweise sogar über ein herausragendes, exzellentes Wissen verfügen.“

Die Carl-Oelemann-Schule hat im Jahr 2007 erstmalig drei Fortbildungskurse in der Onkologie durchgeführt. Die bisher 120-stündige Fortbildung wurde nach intensiver Beratung mit den Fachdozenten auf 130 Stunden erhöht. Die Erweiterung der Lerninhalte ergab sich durch den Bedarf, Lerninhalte im Bereich der Kommunikation zu erweitern, um die Handlungskompetenzen der Mitarbeiterinnen in den Praxen noch stärker zu fördern. Im Rahmen der Neukonzeption und Aktualisierung der Lerninhalte fand auch das neu entwickelte Modulsystem der Carl-Oelemann-Schule Anwendung. Hierbei wurden u.a. die Lerninhalte

des Curriculums „Onkologie“ mit dem 2006 neu eingeführten Qualifizierungslehrgang „Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis“ überprüft und Lerninhalte in gemeinsamen Lerneinheiten zusammengefasst. Dadurch entstanden Module/Bausteine, die es den Teilnehmer/innen zukünftig ermöglichen, einzelne Module in beiden Qualifizierungslehrgängen anerkennen zu lassen. Weiterhin ermöglicht das neue System interessierten Teilnehmer/innen die Möglichkeit, Lerneinheiten im Rahmen der Anpassungsfortbildung zu besuchen.

Auskünfte und Informationsmaterial zur Fortbildung: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim oder telefonisch bei Elvira Keller, 06032 782-185. Schauen Sie auch auf unsere Homepage unter www.carl-oelemann-schule.de



Absolventinnen des Qualifizierungslehrgangs am 27.10.2007 (alphabetisch): Martina Allmann, Nicole Bühringer, Simone Kerstin Daub, Franka Deringer, Susanne Elbin, Julia Ertl, Anna Janssen, Barbara Kramer, Anja Laumer, Barbara Mahrholdt, Andrea Maier, Melanie Michel, Katrin Muhr, Jennifer Neufeld, Katharina Repp, Susanne Salzmänn, Stefanie Schradin, Michaela Schuster, Katja Tschevtschik

Bild: Silvia Happel

Aktuelles zur Kammerwahl 2008

Folgende Frage zur Kammerwahl ist bei uns eingegangen:

Können die Wahlvorschläge per E-Mail oder Fax an das Wahlbüro gesendet werden?

Antwort: Ein Wahlvorschlag kann leider nicht per E-Mail an das Wahlbüro übermittelt werden. Die in der Wahlordnung vorgeschriebenen Unterschriften von Bewerbern und Unterstützern sind grundsätzlich nicht über E-Mail zu gewährleisten. Eine Voraussetzung hierfür wäre eine qualifizierte digitale Signatur aller derjenigen, die unterschreiben müssen.

Wir möchten Sie daher bitten, die Unterlagen in Originalform zu übersenden, bzw. zu überreichen. Eine Übermittlung per Fax ist nur dann fristwahrend möglich, wenn alsbald die Originalunterlagen nachgereicht werden. Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn am Tag der Übersendung der Unterlagen per Fax die Originalunterlagen in den Briefkasten eingeworfen werden.

Frankfurt am Main, den 2. November 2007

Der Wahlleiter, Holger Tanzki

Ferngesteuerte Röntgenanlagen: Kollisionsrisiko bei vertikalen Aufnahmetechniken

Im Zusammenhang mit einer ferngesteuerten Röntgenanlage ereignete sich in einem Krankenhaus in Deutschland ein tödlicher Unfall, der auch in der Presse veröffentlicht wurde. Während einer Routineuntersuchung hatte sich die Stativsäule mit dem Röntgenstrahler unbeabsichtigt in Bewegung gesetzt und war innerhalb des bei Maximalgeschwindigkeit gegebenen Zeitfensters von ca. 4 s abwärts gefahren. Das anwesende Klinikpersonal konnte nicht mehr rechtzeitig einen Notstopp-Schalter an der Nahbedienung oder dem Fernbedienpult betätigen und die bettlägrige Patientin wurde erdrückt.

Die anschließenden Untersuchungen und die Risikobewertung des BfArM führten zu dem Ergebnis, dass viele ferngesteuerten Röntgenanlagen im Hinblick auf die Sicherungssysteme zur Reduktion des Risikos einer Kollision von bewegten Teilen mit Patienten oder Anwendern vergleichbar konzipiert sind. Während diese Anlagen aus heutiger Sicht im Fall horizontaler Aufnahmetechniken ausreichenden Personenschutz gewährleisten, identifizierte das BfArM fehlende Schutzvorkehrungen unter den Bedingungen, dass der Anlagentisch für vertikale Aufnahmetechniken, wie z.B. Bettaufnahmen, aufgekippt und die Strahlblende um 90° gedreht wird. Die vorhandenen Sicherheitsvorkehrungen nur bestehend aus Notstopp-Schaltern und Hinweisen in der Gebrauchsanweisung reichen aus Sicht des BfArM mit Hinblick auf die verbleibende Reaktionszeit im

Falle einer unbeabsichtigten Gerätebewegung nicht aus. Das BfArM forderte die Hersteller daher auf, die betroffenen Anlagen durch korrektive Maßnahmen konstruktiver Art nach dem Prinzip der integrierten Sicherheit zu modifizieren. Mittlerweile sind seitens der Hersteller unterschiedliche Lösungen für diese Problematik entwickelt worden und entsprechende Nachrüstätze stehen teilweise schon zur Verfügung.

Das BfArM weist darauf hin, dass es die Umsetzung dieser korrektiven Maßnahmen für zwingend notwendig erachtet, um zukünftig Unfälle mit ernsthaften Folgen auszuschließen.

Bei etwaigen Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abteilung Medizinprodukte

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

Telefon: 0228 207-5306 (Aktive Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika)

Telefax: 0228 207-5300

E-Mail: medizinprodukte@bfarm.de

www.bfarm.de

Bücher

C. Fredriksson: **Die Ermächtigung – Expedition zum Glück**. R. Manhan Verlag. 2005. ISBN 3-938396-05-9. Euro 19,90.

Der Weg zum Glück führt nicht über den Konsum, nicht über Best-Practice-Beispiele und gelingt auch nicht durch Abgrenzung des Guten vom Bösen. Der Pakt mit dem Teufel geht schief: Beim Versuch, ihm für das eigene Glück, die Seele zu verkaufen, winkt dieser müde ab. An Macht oder gar Herrschaft über ein Heer von Möchtegernbetrügnern, Mitläufern, Heuchlern und Scheinheiligen ist der Teufel nicht interessiert. So bleibt dem Autor nur, den eigenen Weg zu suchen. Eine der zentralen Aussagen von Fredriksson ist, das der „freie Wille paradoxerweise eine Frage des Wollens“ ist. Und was will Fredriksson? Er will eine Neuausrichtung seiner geistigen Ordnung, Wahrhaftigkeit und Zufriedenheit; mit einem Wort: er will alles! Keine leichte Expedition zum Glück, die Fredriksson unternimmt. Aber der Weg dahin ist ungewöhnlich. Und die Erfahrung, die Meilensteine des eigenen Lebens einmal aufzuholen, umzu-drehen und nachzuschauen, ob die Unterseite nicht schöner ist, wirkt ansteckend.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Roger Willemsen: **Die schönsten Tiergeschichten aus Brehm's Tierleben**: S. Fischer Verlag Frankfurt. 960 Seiten, gebunden. 2006. ISBN 13: 978-3-10-992101-7. Euro 39,90.

Alfred Brehm wird vorgeworfen, er hätte die Tiere „vermenschlicht“, in dem er ihnen mensch-

liche Charakterzüge verliehen hätte. Andererseits verstand es kein anderer Tierforscher wie er, die Tierwelt farbenfroh, anschaulich und lebendig zu schildern. Der abenteuerlustige Tierforscher schrieb für ein breites Publikum, keinesfalls nur für Gelehrte, obwohl er selber einer war! Die Ende des 19. Jh. erschienene, mehrbändige Ausgabe von „Brehm's Tierleben“ wurde sofort ein Bestseller. Es ist sein großer Verdienst, dass sich seit dieser Zeit Menschen für die Tierwelt interessieren und engagieren.

Roger Willemsen, nicht weniger abenteuerlustig, vielseitig und belesen, hat aus dem mehrbändigen Werk eine Auswahl der Originaltexte zusammengestellt. Das altertümlich anmutende Deutsch dieser Zeit hat er beibehalten. In jedem Kapitel wird Brehm's Faszination gegenüber der Tierwelt deutlich: Löwe, Eichhörnchen, Regenwurm, für alle kann er sich und andere begeistern.

Brehm und Willemsen sind Enthusiasten und ihre Begeisterung für die Sache merkt man ihnen an. Last but not least ergänzen Klaus Ensikats wunderbare Zeichnungen die Tiergeschichten auf kongeniale Weise.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Lancelot und Ginover (Prosalancelot): übersetzt, kommentiert und herausgegeben von Hans-Hugo Steinhoff, Insel-Verlag 2005, ISBN: 3-458-17188-6. Euro 40,80.

Neben Gawain ist Lancelot der berühmteste der zwölf Ritter der Tafelrunde von König

Artus: Der schöne und hintergründige Lancelot ist von eleganter Erscheinung, ein kühner Reiter und ein fast unbesiegbarer Kämpfer. Auch die gegnerischen Ritter rühmen seine Tapferkeit und seinen Edelmut. Frauenherzen fallen ihm zu, umso mehr als seine unerfüllte Liebe zu Ginover ihn unnahbar und tragikumwittert macht. Lange bevor der historische Roman als Genre moderner Prosa Einzug in die Bücherregale hält, war die Lancelot-Sage weit verbreitet und wurde bis in das 20. Jahrhundert immer wieder bearbeitet. Es handelt sich gewissermaßen um die Mutter aller historischen Romane. Auch im Original ist der mittelalterliche Stoff heute genauso spannend zu lesen wie vor 700 Jahren; schließlich geht es um alles: um Liebe, Freundschaft und Verrat.

H.-H. Steinhoff übersetzt und kommentiert die Heidelberger Handschrift aufs Feinste: Neben dem mittelhochdeutschen Originaltext findet sich Seite für Seite die moderne Übersetzung. Damals wie heute gewinnt die Handlung durch die Schlichtheit der Sprache. Diesem Heldenstoff trägt der Insel-Verlag Rechnung: Das zweibändige Werk ist leinengebunden und wird in einer prächtigen Kassette präsentiert, die mit einer Miniatur aus der Handschrift des altfranzösischen Prosatextes geschmückt ist. Ein rundum gelungenes Werk!

Dr. Nelly Riemann, Frankfurt

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 25. Oktober 2007 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nunmehr auch in den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt:

Landkreis Bergstraße	Nervenärzte	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	Urologen	ÜV
Odenwaldkreis	Radiologen	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	Kinderärzte	ÜV
Vogelsbergkreis	Orthopäden	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	HNO-Ärzte	ÜV
Darmstadt-Stadt	ärztliche Psychotherapeuten	ÜV
Offenbach-Stadt	ärztliche Psychotherapeuten	ÜV

- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die mit „ÜV“ gekennzeichneten Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen wird die Zulassungsbeschränkung gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 23 der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte mit der Auflage aufgehoben, dass Zulassungen nur in dem (in Klammern ausgewiesene Anzahl von Ärzten) angegebenen Umfang erfolgen dürfen:

Darmstadt-Stadt	(1)	Hausarzt
Frankfurt/M.-Stadt	(5)	Hausärzte
Frankfurt/M.-Stadt	(1)	ärztlicher Psychotherapeut

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von sechs Wochen nach Erscheinen dieser Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., zu senden. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern soll die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung in Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden.

Hinweis: Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4 SGB V).

Redaktioneller Hinweis: Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 25. Oktober 2007 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder der für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Bezirksstelle über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

DER VORSITZENDE
Dr. jur. Johannes Kerth

Frankfurt/M., 25. Oktober 2007

Planungsbereich	Haus- ärzte	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chir- urgen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Haut- ärzte	fach- ärztl. tätige Inter- nisten	Kinder- ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päd- en	Psychotherapeuten		Radio- logen	Urologen
												ärztliche	psychol.		
Darmstadt-Stadt	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Frankfurt-Stadt	(5)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV
Offenbach-Stadt	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wiesbaden-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(12)	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(7)	ÜV	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(4)	ÜV	ÜV
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(11)	ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	(5)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Kassel-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Fulda	(13)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	(1)	ÜV	(1)	ÜV	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV

neu gesperrte Planungsbereiche (siehe I)

neu geöffnete Planungsbereiche (siehe III)

weiter geöffnete Planungsbereiche

ÜV – gesperrte Planungsbereiche

offene Planungsbereiche

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	Ärztliche Psychotherapeutin/ Ärztlicher Psychotherapeut
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Heppenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Heppenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Viernheim	Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau	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 Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt/M.-Fechenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Nordend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eschborn	Urologin/Urologe
----------	------------------

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Dreieich-Buchschlag	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Dreieich-Sprendlingen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Obertshausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Obertshausen	Frauenärztin/Frauenarzt
Dietzenbach	Radiologin/Radiologe (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hanau/M.-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Hanau/M.-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Gelnhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – Internistin/Internist – fachärztlich –
------------	--

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie
Gießen	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –
Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Pohlheim	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Wetteraukreis

Gedern	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
--------	--

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

Planungskreis Landkreis Fulda

Fulda	Internistin/Internist – fachärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
-------	---

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Haunack	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
---------	--

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Augenärztin/Augenarzt
Kassel	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Kassel	Fachärztin/Facharzt für Urologie

Planungsbereich Landkreis Kassel

Bad Karlshafen	Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)
----------------	--

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Korbach	Frauenärztin/Frauenarzt
Bad Wildungen	Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Neurologin/Psychiaterin/
Neurologe/Psychiater
Hessisch-Lichtenau Kinderärztin/Kinderarzt

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 Waldeck-Frankenberg

Battenberg 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 Limburg-Weilburg

Hadamar Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde
Weinbach Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie
Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Wiesbaden Hausärztinternistin/Hausarztinternist

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.

Bücher

Markus Tillmanns: **Tödliche Verse.**

Ein Weimar-Krimi. mdv 2006,
ISBN-10: 3-89812-396-0. Euro 9,90.

Stefan Haffner: **Lerchen und Löwen.**

Ein Leipzig-Krimi. mdv 2006,
ISBN-10:3-89812-395-2. Euro 9,90.

Aus dem skurrilen Detektivroman à la Agatha Christie hat sich ein Genre des modernen Gesellschaftsromans entwickelt. Gute Kriminalromane ergründen Lebenswelten: In dem Weimar-Krimi „Tödliche Verse“ von Markus Tillmanns bilden die Gedichte Goethes den Hintergrund einer Mordserie an Schülern. In dem historischen Leipzig-Krimi „Lerchen und Löwen“ von Stefan Haffner werden die Völkerschlacht und Fontane miteinander verbunden. Der Mitteldeutsche Verlag hat mit der Reihe „Tatort Ost“ Anschluss an die Kriminalroman-Klassiker gefunden. Die Fiktion der Gewalt steht vor einem realen Hintergrund. Eine spannende Collage aus traditionellen Bildungswerten,

Verbrechensanalyse und dem Wunsch nach Gerechtigkeit.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Andri Jürgensen: **Die Künstlersozialabgabe, Neues Prüfverfahren – Checklisten – Umsetzungshilfen.** Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG, München. 2007. DIN A4, 160 S., broschiert. ISBN 978-3-448-08674-5. Euro 39,80.

Wer kennt die Künstlersozialkasse? Wohl kaum ein niedergelassener Arzt. Und wer ist sich seiner Abgabepflicht bewusst? Rechtsanwalt Jürgensen nimmt die 3. Novelle des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 15. Juni 2007 zum Anlass, alle Kriterien der Beitragspflicht systematisch darzustellen. Werben Sie im Internet für Ihre Praxis und pflegt ein Bekannter Ihre Website gegen ein paar Euro? Dann sind Sie wohl abgabepflichtig. Wenn Sie also in der nächsten Zeit Post

mit einem Erhebungsbogen von der Künstlersozialkasse erhalten: prüfen Sie Ihr Herz sorgfältig!

Die 3. Novelle des KSVG bringt die Deutsche Rentenversicherung als Prüfer der Künstlersozialabgabe ins Spiel für Unternehmen, die Angestellte beschäftigen. (Wobei der Begriff „Unternehmen“ weit gefasst ist und alle Aktivitäten erfasst, die „publizieren“ – auch Eigenwerbung!)

Das Buch ist verständlich geschrieben und übersichtlich gestaltet. Ich gehe nicht so weit, es jedem Arzt zu empfehlen, aber Ihr Steuerberater sollte es kennen – spätestens, wenn Sie Post aus Bremen erhalten oder eine Prüfung der DRV anberaumt ist. Geschäftsführern von MVZ oder Vorständen von (Fach-) Gesellschaften und -Vereinigungen sollten es schon einmal lesen. Denn Beiträge können rückwirkend für fünf Jahre erhoben werden, und da läppert sich leicht einiges zusammen.

Dr. Rainer Stumpe, Leipzig

Hessisches Ärzteblatt



Einfach per Fax oder Post an:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH

Frau Livia Kummer, Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig

Telefon: 0341 71003992, Fax: 0341 71003974, E-Mail: livia.kummer@leipziger-verlagsanstalt.de

Folgender Text soll unter der Rubrik erscheinen:

- Stellenangebote 3,60 € pro mm Höhe (1spaltig s/w) oder 6,95 € pro mm Höhe (2spaltig s/w)
- Stellengesuche 2,70 € pro mm Höhe (1spaltig s/w) oder 5,20 € pro mm Höhe (2spaltig s/w)
- 3,60 € pro mm Höhe (1spaltig s/w) oder 6,95 € pro mm Höhe (2spaltig s/w)

Veröffentlichen Sie meine Anzeige:

- mit kompl. Anschrift
- mit Telefonnummer
- mit E-Mail
- unter Chiffre (Gebühr: 10,00 €)

Alle Preise gelten zzgl. ges. MwSt.

Bitte deutlich lesbar in Blockschrift ausfüllen!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte vollständig ausfüllen:

.....
Vorname/Name

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon/Telefax/E-Mail

.....
Datum

.....
Rechtsverbindliche Unterschrift

Fröhliche Weihnachten



Harmonie



Glück

Freude



Erfolg



Wir danken Ihnen für die erfolgreiche Zusammenarbeit und wünschen Ihnen und Ihrer Familie einen schönen Jahresausklang sowie einen guten Start ins Jahr 2008.

Ihr Team der Leipziger Verlagsanstalt GmbH