Hessisches Ärzteblatt

2/2008
Februar 2008
69. Jahrgang

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim *(Bild pop)*

Auch im Internet:
www.laekh.de

Außerordentliche Delegiertenversammlung zum Versorgungswerk

Themenheft: Fortbildung

Der chronische Handgelenksschmerz

Kilimandscharo Höhen- und Sportmedizin am höchsten Berg Afrikas

Neues Gesundheitsdienstgesetz

Ärztliche Verantwortung heute

Mit amtlichen Mitteilungen der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Impressum

Herausgeber:
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):
Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
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
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
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 Schwemmle, 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
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 710039-74 u. -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung:
Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:
Livia Kummer
Tel. 0341 710039-92
E-Mail: livia.kummer@leipziger-verlagsanstalt.de

Druck:
Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30
01277 Dresden

zzt. ist Anzeigenpreisliste
Nr. 4 vom 1.1.2008 gültig.

Bezugspreis/Abonnementspreise:
Der Bezugspreis im Inland beträgt 100,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 100,50 €
zzgl. Versand.
Kündigung des Bezugs
3 Monate vor Ablauf des Abonnements.
Für die Mitglieder der Landesärztekammer
Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

2 / 2008 ▪ 69. Jahrgang

Editorial Liebe Kolleginnen und Kollegen! 68

Landesärztekammer Hessen
Außerordentliche Delegiertenversammlung zum Versorgungswerk 70
Resolution der Delegiertenversammlung vom 24. November 2007 72
Ärztliche Fortbildung – Aufgaben und Ziele der Akademie 73
Von dem Privileg, Mitglied in der Akademie zu sein 75
Freude an der Qualität von Fortbildungsveranstaltungen 75
Fortbildung in der Akademie ist mehr als ihren Preis wert! 76
Marktplatz Fortbildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen 77
Interdisziplinarität in der ärztlichen Fortbildung – Chancen und Auftrag 78
Fortbildung für Arzthelfer/innen/Med.Fachangestellte in der ambulanten und stationären Versorgung 80
Aufbereitung von Medizinprodukten in ärztlichen Praxen 82
Freiwilliges Akademie-Zertifikat oder Pflichtzertifikat der LÄK 84
Fortbildungspunktekonto – Online! 85
CME – continuous medical education – Lebenslanges Lernen oder bloßer „run“ auf Punkte 86
Freude haben an der Fortbildung: Psychosomatische Grundversorgung 88
Die neue Weiterbildungsordnung – Personalgespräche und Logbuch 90

Fortbildung
Der chronische Handgelenksschmerz – Diagnostik und Möglichkeiten der Therapie 92
Sicherer Verordnen 96

Aus der Berufsgerichtsabteilung
Honorarwucher 97

Arzt- und Kassenarztrecht
Honoraranspruch bei kurzfristig abgesagtem Termin? 102

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 103
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 109

Fortbildung
Kilimandscharo 111

Aktuelles
Neues Gesundheitsdienstgesetz 117
Der Kodex der Mitglieder des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“ 118

Medizinethik aktuell Ärztliche Verantwortung Heute 120

Mit meinen Augen Reformen, Reformen 125

Satire Der Betriebskarneval 126

Humoristisches Nach Tarif 126

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 127

mit Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 135

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung überträgt der Autor das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. 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 der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.Ende.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Dr. med. Ursula Stüwe
bild: pop

Der Februar ist der Monat der Narren, und des Mummenschanzes! Mit bunten Kostümen stellen sich Menschen in einer frei gewählten Rolle dar! Damit sollen andere Menschen erschreckt und verwirrt werden – ehe dann am Aschermittwoch „alles vorbei“ ist.

Nur die Probleme bei der Versorgung der Kranken in unserem Lande – die bleiben!
„Was aber haben denn Narren und Mummenschanz damit zu tun?“, werden Sie fragen!

Schauen Sie einmal auf die sich entwickelnden Möglichkeiten von Vertragsgestaltungen, die neuen „Freiheiten“ (ohne Anspruch auf Vollständigkeit!):

- **Hausarztverträge:** jede Kasse hat eigene Vorstellungen davon, wie ein solcher Vertrag zu gestalten ist. Hier stehen sich ja nur Kassen und Hausärzte, evtl. noch Apotheker gegenüber, Fachärzte und Krankenhäuser nehmen in aller Regel nicht teil. Mal sind Patienten Teilnehmer an den Hausarzt-Verträgen, mal nicht. „Was darf ich denn wem verordnen?“ fragen sich Ärztinnen und Ärzte in den Praxen...
- **Integrierte Versorgungsverträge:** daran kann prinzipiell Jeder teilnehmen, der im System eine Leistung für Patienten erbringt. Jeder Vertrag ist kassenindividuell gestaltet – ob Patienten daran teilnehmen, ist gesondert zu erfragen!
- **Versorgungsvertrag des VdAK und MVZ in Kassel:** auch hier sind bislang viele Fragen ungeklärt, wie z.B. die Versorgung im Notfall. Aber auch hier die Frage: nehmen Versicherte daran teil oder nicht? Arztwechsel? Kassenwechsel? Wie ist Kooperation mit Ärzten außerhalb des Vertrages möglich? Menschen, die krank sind und der ärztlichen Unterstützung und Hilfe bedürfen, sollen (und müssen!) sich nun mit einem neuen System befassen, welches sie in aller Regel überhaupt nicht interessiert. Ob sie die „Nebenwirkungen“ gleich erkennen (können)? Man darf gespannt sein auf die weitere Entwicklung im Norden Hessens!

Die Neuerungen dienen bestimmt nicht dazu, den bürokratischen Aufwand in Klinik und/oder Praxis zu reduzieren, ganz im Gegenteil! Der „Verwirrung“ ist Tür und Tor geöffnet! Und ich bin sicher: Laien werden diese Diskussionen als „Mummenschanz“ empfinden!

Schauen wir aber über unsere Landesgrenzen hinweg:

- **Baden-Württemberg:** Vertragsmodell zwischen der dortigen AOK und dem Hausarztverband und Medi. Und von der AOK BaWü liest man gerade jetzt von finanziellen Problemen. Da wird es doch kaum zu erwarten sein, dass die neuen Verträge mit richtig viel Geld ausgestattet werden... Fragen, die wir zu Kassel gestellt haben, sind auch hier noch nicht beantwortet worden.
- **Bayern:** die dortige AOK hat ihren Vertrag mit der KV Bayern gekündigt. Wie wird ab 1. April 2008 die Versorgung der AOK-Patienten aussehen? Abrechnung nach GOÄ und Kostenerstattung bei der AOK Bayern? Neuer Vertrag zwischen AOK und KV? Wenn ja, dann bestimmt nicht mit mehr Geld für die Niedergelassenen! Der Grund für diese Kündigung ist sicherlich nicht die Möglichkeit, den Niedergelassenen im neuen Vertrag mehr Geld für die Patientenversorgung zuzugestehen! Auch dort werden sich die Versicherten wundern, wie ihre Versorgung zukünftig gestaltet werden soll.

Bei allen Veränderungen habe ich noch nie etwas gelesen, welche „Risiken und Nebenwirkungen“ mit derartigen Veränderungen verknüpft sind. Das halte ich jedoch für eine maßgebliche Entscheidungsgrundlage, wenn man sich auf ein neues Terrain begibt. Wo ist die Kosten-Nutzen-Bewertung, insbesondere unter ärztlicher und Versicherten-Sicht? Verbessert sich die Versorgung der Versicherten wirklich? Ist das Ziel all dieser Veränderungen wirklich die Sicherstellung der Versorgung der kranken Versicherten, oder sollen hier nur weitere Gelder für die Kassen eingespart werden?

Eine der unerfreulichsten Nebenwirkungen ist die Spaltung der Ärzteschaft – aufgrund der zunächst evtl. günstigeren finanziellen Möglichkeiten. Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass Verbesserungen nur kurzfristig gehalten wurden: kaum ist eine neue Versorgungsform etabliert, werden die Kosten gedrückt. (Ambulantes Operieren!) Je kleiner die Gruppe, die am Vertrag beteiligt ist, desto einfacher sind Veränderungen (nach unten!) umzusetzen, weil Protest kaum Eindruck machen wird – viele Ärzte können stärkeren Protest ausüben und haben viel größere Macht gegenüber ihren Vertragspartnern!

Sage noch jemand, das, was derzeit geschieht, sei kein „Mummenschanz“?
Die Landesärztekammer Hessen bemüht sich gerade wegen dieser unruhigen und verwirrenden Zeiten um klare Strukturen, die Ihnen als Kammermitglied Orientierung geben sollen und hoffentlich auch können.
Dieses Hessische Ärzteblatt ist der Fortbildung gewidmet, damit Sie – neben den unzähligen Problemen innerhalb von Vertragsgestaltungen – Ihr medizinisches Wissen aktuell halten. Auch

werden wir Ihnen im Laufe des Jahres einige Fortbildungseinheiten anbieten, die Teilnahme daran wird Ihnen leicht gemacht. Darüber hinaus können Sie sofort den Zugang zu Ihrem elektronischen Punktekonto beantragen – schauen Sie auf die Website: www.laekh.de, dann: online-Portal anklicken!
Praxisbegehungen und -prüfungen der für die Aufbereitung von Medizinprodukten zuständigen Aufsichtsbehörden besonders im Bereich eines Regierungspräsidiums (RP) hatten vor wenigen Monaten in vielen Praxen zu Unruhe geführt! Die LÄKH hat in sehr konstruktiven Gesprächen mit dem Aufsichtsministerium, HSM, erreicht, dass zunächst keine Sanktionen den Praxen gegenüber ausgesprochen werden. (Vgl. Artikel „Aufbereitung von Medizinprodukten in ärztlichen Praxen“, siehe Seite 82). Die vorhandene Infrastruktur der Carl-Oelemann-Schule erlaubte es uns, kurzfristig in Abstimmung mit dem HSM Spezialkurse vorzubereiten, um den Erfordernissen des aktuellen Medizinprodukterechtes zu genügen. Die vorgesehene Übergangsfrist von drei Jahren sollte von allen Betroffenen genutzt werden – schauen Sie auf die Angebote, diese Kurse werden von den Überwachungsbehörden im Zuständigkeitsbereich des HSM anerkannt! Das Modularsystem des Unterrichts erleichtert Ihnen die Planung! So entgehen Sie evtl. Sanktionen!

„Narren“ und „Mummenschanz“ können wir in der Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht gebrauchen – wir brauchen klare, einfache Strukturen, die es uns erlauben, sich intensiv um Diagnostik und Therapie der Erkrankten zu kümmern. Das ist nämlich die Kernaufgabe des Gesundheitssystems – und nicht „Alaaf“ und „Helau“ mit all seinen Nebenwirkungen!

Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

Außerordentliche Delegiertenversammlung zum Versorgungswerk

Ausschuss Versorgungswerk, ja oder nein? In kontroversen Debatten setzten sich die Ärztevertreter mit dieser Frage zu Beginn der Außerordentlichen Delegiertenversammlung (DV) am 19. Dezember 2007 auseinander. Auf der Grundlage eines Antrages, den der von der Delegiertenversammlung im Frühjahr 2007 einberufene Arbeitsausschuss Versorgungswerk und der Vorstand des Versorgungswerkes bereits auf der DV am 24. November und nun erneut vorgelegt hatten, sollten die Delegierten über die Einrichtung eines Ausschusses Versorgungswerk entscheiden. Aufgabe dieses Ausschusses sollte es sein, die Beschlüsse der Delegiertenversammlung nach § 4 der Satzung des Versorgungswerkes vorzubereiten und seine Beratungsergebnisse als schriftlichen Bericht dem Ärzteparlament vorzulegen. Es gehe darum, den Delegierten Vorschläge zu ergänzenden Regelungen zu unterbreiten und sie zu beraten, erläuterte Dr. med. Christian Piper die inhaltliche Funktion des Ausschusses.

Mit dem Einwand, er sehe nicht ein, warum ein zweiter Ausschuss vorgeschlagen werde, eröffnete Dr. med. Wolf Andreas Fach die Diskussion. Es müssten Doppelstrukturen vermieden werden. Fach bezeichnete die den Delegierten von der Vorstandsvorsitzenden des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende angebotenen Informationsveranstaltungen zu Fragen des Versorgungswerkes als ausreichend für die Darstellung und Klärung von Sachverhalten. Eine Argumentation, der sich Dr. med. Siegmund Drexler anschloss. Es sei selbstverständlich ein fundamentales Prinzip, dass sich ein Laienparlament kundig machen müsse. Hierzu können jedoch jederzeit Fachleute hinzugezogen werden.
Dr. med. Piper bezeichnete den Ausschuss hingegen als Ausdruck einer „balance of power". „Wenn wir einen Vorstand mit so weitreichenden Befugnissen ausstatten – mehr als fünf Milliarden Euro müssen in unser aller Interesse verwaltet werden – dann ist ein begleitender Ausschuss notwendig." Es handele sich um einen beratendenden Ausschuss, nicht um ein Kontrollorgan. Auch Dr. med. Raoul Hecker sprach sich für den Ausschuss aus. Nicht jeder Delegierte könne Experte auf jedem Gebiet sein. Außerdem sei es wichtig, den ärztlichen Nachwuchs in das Versorgungswerk zu bringen, um auch unter den jungen Mitgliedern Experten heraus zu bilden. „Es gibt offensichtlich ein Generationenproblem in der DV." Dr. med. Hecker wurde von Dr. med. Gabriele Rauch unterstützt. Wie zahlreiche andere Delegierte, unter ihnen Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Klaus Uffelmann, kritisierte sie, dass die Ausführungen des Versorgungswerkes auf den Delegiertenversammlungen in der Regel die Kenntnisse eines BWL-Studiums erforderlich machten, über die nicht jeder verfüge. Während sich u.a. Dr. med. Ulrich Lang, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Frank-Ruediger Zimmeck für den Ausschuss aussprachen, wandte sich Dr. med. Uffelmann allerdings aus Kostengründen dagegen.

Entscheidung gegen Ausschuss

Doch die Kritiker gewannen in den Debatten die Oberhand. Wenn man den Ausschuss in der Satzung verankere, habe man den Ausschuss eines Ausschusses, kritisierte PD Dr. med. Andreas Scholz. Rainer Ibing befürchtete, dass ein solcher Ausschuss den jetzigen gut arbeitenden Vorstand paralysiere und Dr. med. Sabine Olischläger wandte sich gegen das Argument, der Ausschuss sei ein Generationenthema. „Wollen wir den Ausschuss?", fragte die Präsidentin der Landesärztekammer Dr. med. Ursula Stüwe, das Ärzteparlament. Mit großer Mehrheit (42 Nein-Stimmen, 19 Ja-Stimmen und 6 Enthaltungen) lehnten die Delegierten die Einführung des Ausschusses und damit diesen Teil der Satzungsänderung ab.

Neue Sterbetafeln

Der Antrag von Dr. med. Hans-Martin Hübner und Dr. med. Jürgen Martin auf Nichtbefassung mit dem Vorschlag des Versorgungswerkes zur Finanzierung der neuen Sterbetafeln wurde von den Delegierten als Ausdruck des Misstrauens gegenüber dem Versorgungswerk gewertet und eindeutig abgelehnt. An ihren Vortrag auf der Delegiertenversammlung am 24. November anknüpfend, ging die Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende in ihrem Bericht auf die Gründe ein, die das Heranziehen der neuen Sterbetafeln notwendig machten. Ohne die Tabellenänderung verspreche das Versorgungswerk allen viel mehr, als man sich leisten könne – den Jüngeren und den Älteren sowieso. Es würde bedeuten, dass eine Finanzierungslücke entstehe, die jährlich um mehr als 20 Mio. Euro ansteige. Die Verlängerung der Lebensdauer wirke sich umso stärker aus je jünger ein Mitglied sei. „Wollen wir heute sagen: das Problem lösen wir später?", fragte Dr. med. Ende die Delegierten. Die zugesagten Leistungen seien nur erfüllbar, wenn das Äquivalenzprinzip weiterhin erfüllt sei. „Wir kennen unsere Rentner von morgen. Auch sie erwarten, dass sie eine lebenslange Rente erhalten." Eingriffe in die laufenden Renten wolle das Versorgungswerk weder den derzeitigen noch den zukünftigen Rentnern zumuten.

Brigitte Dreßel, Partnerin bei der Wirtschaftprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) erläuterte die Auswirkungen der neuen Sterbetafeln und

ihre bilanzielle Beurteilung. Das Finanzierungskonzept des Versorgungswerkes sei durch die Satzung bestimmt und durch das Äquivalenzprinzip und ein modifiziertes Anwartschaftdeckungsverfahren geprägt. Die Vorschriften der Hessischen Haushaltsordnung machten eine Rückstellung in Höhe des Betrages, der nach vernünftiger kaufmännischer Betrachtung erforderlich ist, notwendig. Weiterhin gelte das Vorsichtsprinzip. Da die neuen Sterbetafeln im März 2007 veröffentlicht worden seien, sei es zwingend gewesen, sie im Jahresabschluss 2006, der nach diesem Zeitpunkt erstellt wurde, zu berücksichtigen. Der aus den neuen Tafeln resultierende zusätzliche Finanzierungsbedarf belaufe sich auf 485 Mio. Euro, 58 Mio. Euro könnten aus Erträgen von 2006 finanziert werden. Zusätzlich wurden in den Vorjahren bereits 74 Mio. Euro in Vorbereitung auf die neuen Sterbetafeln zurückgestellt. Ohne diese Vorsorge würde der Finanzierungsbedarf sogar 559 Mio. Euro betragen. Wenn man nun zur Finanzierung des Restbetrages der Tabellen Rückstellungen und die Verlustrücklage auflösen würde, könne man später nicht auf mögliche Schwankungen auf dem Kapitalmarkt reagieren und müsste letztlich eine Minderung der Erträge aufgrund der dann reduzierten Risikotragfähigkeit verzeichnen. Daher sei neben einer Verteilung des Restbetrages von 197 Mio. Euro auf fünf Jahre ein Eingriff in die Beitrags- und Leistungstabellen (Entlastung 230 Mio. Euro) anzuraten, um dem Äquivalenzprinzip und damit einer generationengerechten Umsetzung der Längerlebigkeit zu entsprechen.

Alle übrigen Alternativen hätten sich nach Handelsrecht und Beachtung versicherungsmathematischer Grundsätze als nicht empfehlenswert erwiesen. „In allen Fällen wären zusätzliche Eingriffe nötig, die dann schärfer wären, als die bisherigen“, sagte Dreßel. Eine Dynamisierung von Anwartschaften und Renten sei bei anderen angedachten Lösungen auf absehbare Zeit nicht mehr möglich gewesen. Auch der Versicherungsmathematiker Hartmut Karras bestätigte, dass sich alle durchgerechneten Alternativen als unbefriedigend erwiesen hätten. An dem Tabellenwechsel komme man nicht vorbei.

Äquivalenzprinzip

Einige Delegierte übten Kritik daran, dass die gesamten 485 Mio. Euro im ersten Haushaltsjahr veranschlagt werden sollen, da es sich um eine langfristige Entwicklung handele. Dr. med. Uffelmann forderte, die Rente ab 67 zu diskutieren, oder die Rückstellungen aufzulösen. Dr. med. Ende erklärte, dass das hessische Ärzteversorgungswerk eines der wenigen Versorgungswerke ohne Umlagenanteil sei. Die Tabelle weise fest zugesagte Eurobeträge aus und keine Punktzahlen. Damit könne sich jeder Einzahler ausrechnen, was er in 10, 20 oder 30 Jahren für seine eingezahlten Beiträge als feste Zusage herausbekomme. Wer bis 67, also zwei Jahre länger einbezahle, müsse danach auch entsprechend mehr Rente erhalten; den Mehrfinanzierungsbedarf der neuen Tabellen könne man im hessischen Ärzteversorgungswerk damit nicht finanzieren.

„Wir können entweder die Renten senken, oder, wie vorgesehen, die Dynamisierung hinausschieben.“ Dr. med. Alfred Möhrle wies darauf hin, dass sich jeder eingezahlte Euro verzinse. „Dieser Renteneuro wird gestreckt und länger gezahlt – sofern Sie länger leben. Die Renten werden durch die Länge also nicht gekürzt sondern gestreckt.“ Die neuen Tabellen gelten jedoch nur für die künftigen Rentenbeiträge, nicht für die bereits bis 31. Dezember 2007 gezahlten. „Wer länger lebt, muss auch mehr zahlen. Durch Rendite allein lässt sich das auf dem Kapitalmarkt nicht zusätzlich erwirtschaften. Alles andere ist ein Risiko“, ergänzte Dr. med. Harald Bär-Palmié. Mit überwältigender Mehrheit (60 Ja-Stimmen, 1 Nein-Stimme und 2 Enthaltungen) wurde der Antrag angenommen. Dr. med. Ende bedankte sich für das Abstimmungsergebnis. Sie werde die Anregungen zur weiteren Verbesserung der Informationspolitik sehr ernst nehmen.

In ihrem Bericht zum Jahresabschluss 2006 ging die Vorstandsvorsitzende auf das seit 1. Januar 2005 in Kraft getretene Alterseinkünftegesetz, Kindererziehungszeiten, Hinterbliebenenrente für eingetragene Lebenspartnerschaften, Erwerbstätigenversicherung, Sockelrente und Rente mit 67 ein. Außerdem erläuterte Dr. Ende auf einer Folie die Vorteile einer freiwilligen Höherversicherung im Rahmen der steuerlichen Möglichkeiten des Sonderausgabenabzuges gegenüber Angeboten der Versicherungswirtschaft („Rürup-Rente“) im Versorgungswerk. Dr. med. Ende kritisierte Zwangslösungen über Ländergesetze. Der Antrag von Dr. med. Siegmund Drexler, einen erneuten Vorschlag zur Änderung der Satzung betreffend der Einbeziehung der Hinterbliebenen von eingetragenen Lebenspartnerschaften in der DV März 2008 einzubringen, wurde von der Delegiertenversammlung mit knapper Mehrheit angenommen; ein entsprechender Antrag des Vorstands war im März 2007 mit Nichtbefassung beschieden worden.

Jahresrückblick

Dr. Ende berichtete über das zurückliegende Jahr im Versorgungswerk seit Erlangungen der Teilrechtsfähigkeit. Probleme aus der Vergangenheit, z.B. hinsichtlich den Abläufen im Beschwerdemanagement, Informationsdefiziten der Mitarbeiter, Aktenführung und Vier-Augen-Prinzip im Personalbereich, extremem Überstunden- und Urlaubsüberhang von Mitarbeitern und einiges mehr seien gelöst worden. Auch habe man sich in gegenseitigem Einvernehmen von dem ehemaligen Geschäftsführer Klaus Selch getrennt. Die Vorstandsvorsitzende stellte den Delegierten das mit allen Mitarbeitern erarbeitete neue Leitbild und die Führungsgrundsätze des Versorgungswerkes (Motto: „Wir führen mit Respekt“) vor. Man werde eine Informationsbroschüre herausgeben, den Internetauftritt und die Öffentlichkeitsarbeit verstärken. Ende Dezember 2007 werde ein neuer Geschäftsführer Versicherungsbetrieb eingestellt. Bei allen Mitarbeitern des Versorgungswerkes be-

dankte sie sich für die geleistete Arbeit und die exzellente Unterstützung des Vorstandes.

Ergebnisse und Perspektiven

Was die Versorgungsempfänger anbelange, so steige deren Zahl, berichtete die Vorstandsvorsitzende. Die vorgezogene Altersrente werde sehr gut angenommen; der Trend liege bei 60 oder 62 Jahren. Die Inanspruchnahme des Kinderzuschusses zu den Renten sei deutlich gestiegen. Im Immobilienbereich habe das Versorgungswerk zulegen können. „Wir sind im Wesentlichen im grünen Bereich", sagte Dr. med. Ende: „Die laufende Durchschnittsverzinsung lag 2006 mit 5,34 % (Nettoverzinsung 5,50 %) in einer Größenordnung, die zur Finanzierung der Rechnungsgrundlagen gut ausreicht." Das operative Controlling liege nach wie vor bei den Geschäftsführern, die strategische Planung jedoch seit der Teilrechtsfähigkeit bei dem Vorstand.

Keine Rentenerhöhung

Dr. Ende berichtete, dass 53 Mio. Euro Gewinn aus 2006 der Verlustrücklage zugeführt werden sollen, die damit satzungsgemäß 5 % der Deckungsrückstellung beträgt. Das Versorgungswerk schlage keine Erhöhung der Anwartschaften und Renten vor. Nachdem Brigitte Dreßel, PwC, die Ergebnisse des Prüfberichtes präsentiert hatte, entspann sich rund um den Antrag der Liste Älterer Ärzte auf eine Erhöhung der Renten um 5 % eine kontroverse Diskussion. Dreßel erläuterte, dass die Rentenerhöhung aus der Rückstellung für Überschussbeteiligung finanziert werde. Für eine Erhöhung von 5 % wären 89 Mio. Euro notwendig, die jedoch nicht eingestellt seien. Dr. Ende ergänzte, dass man das Geld in der derzeitigen Situation, in der allein die Längerlebigkeit der jetzigen Rentnergeneration ca. 32 Mio. Euro Rückstellung erfordere, nur dann aufbringen könne, wenn man es einer Gruppe – den Älteren oder den Jüngeren – wegnähme. Der Antrag wurde mit Nichtbefassung beschieden. In der anschließenden Abstimmung sprachen sich die Delegierten mit überwältigender Mehrheit dafür aus, die Renten nicht zu erhöhen und keine Dynamisierung der Anwartschaften zum 1. Januar 2008 vorzunehmen. Verwaltungsrat, Vorstand und Aufsichtsrat wurden entlastet. Auch stimmten die Delegierten dafür, die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC mit der Prüfung des Jahresabschlusses 2007 zu beauftragen.

Katja Möhrle

Anlässlich der Delegiertenversammlung der LÄK Hessen am 24. November 2007 wurde folgende Resolution der Delegiertenversammlung verabschiedet:

Resolution

Die Ärzteschaft fordert die hessische Sozialministerin auf, unverzüglich die verfassungsgerichtliche Überprüfung der Gesetze zu betreiben, die den skandalösen „Regress"-Forderungen zugrunde liegen, damit die angeschlagene Rechtsstellung hessischer Ärztinnen und Ärzte durch Wiederherstellung des für alle Bürger üblichen Grundrechtsschutzes repariert werden kann.

Die Inhaftungnahme von Ärztinnen und Ärzten für Verordnungen von Heilmitteln, wie sie im Juli 2007 in Hessen versucht wurde, verunsichert Ärztinnen und Ärzte und gefährdet durch Existenzbedrohung die Patientenversorgung.

Die Delegierten der LÄK Hessen

Ärztliche Fortbildung
Aufgaben und Ziele der Akademie

Den Traumberuf Arzt, wie sich ihn viele vorstellen, gibt es z.Zt. wohl nur noch in den fast täglich ausgestrahlten Fernseh-Serien.
Bedingt durch die in den letzten Jahren staatlich erlassenen Gesundheitsstrukturgesetze hat sich dieser „Traum" eher in einen Albtraum verwandelt. Die mögliche Zeit, sich den Patienten zu widmen, wird leider zunehmend beim Arzt für die Erledigung von vorgeschriebenen Schreibarbeiten in Anspruch genommen. Dieser Wandel im Arzt/Patientenverhältnis hat auch nicht bei der Fortbildung Halt gemacht.

Bedingt durch die Einflussnahme des § 95d, Abs. 1 des SGB V (2003) wurde aus der gerade in Hessen so gut angenommenen freiwilligen ärztlichen Fortbildung die Fortbildungspflicht für Vertrags- und Fachärzte in den Kliniken eingeführt.
Die Folge war, ein fast unüberschaubares Angebot von Fortbildungsveranstaltungen unterschiedlicher Anbieter. Dabei spielten leider auch finanzielle Interessen eine Rolle. Es wurde für den einzelnen Kollegen immer schwieriger aus dieser Informationsflut das für ihn geeignete Angebot der zertifizierten Veranstaltungen heraus zu suchen.
Plötzlich war ein Fortbildungsmarkt entstanden, dem sich auch die Akademie stellen und dementsprechend reagieren musste, um für unsere Kollegen weiter attraktiv und anerkannt zu sein.

Spielte früher die Frontalveranstaltung die Hauptrolle in der Fortbildung, entwickelten wir sehr erfolgreich die strukturierte Fortbildung begleitet von kleinen Einzelseminaren zu Spezialthemen in den einzelnen großen Fachgebieten Innere Medizin, Frauenheilkunde, Pädiatrie und Jugendmedizin sowie Chirurgie.
Dabei passen wir den aktuellen Wissensstoff der einzelnen Fachgebiete entsprechend der Zeit der jeweiligen Fachweiterbildung an.
Um praxisnah zu bleiben, werden auch interdisziplinäre Aspekte durch Einbeziehen anderer Fakultäten wie Pathologie, Pharmakologie, Mikrobiologie u.a. Rücksicht genommen. Auf diese Weise wird unser Angebot auch für Kolleginnen und Kollegen aus Spezialkliniken, die sich dort in Weiterbildung befinden, besonders interessant.
Gleichzeitig führt dies zu einem wichtigen Gedankenaustausch zwischen ausbildenden Kliniken und in dem in der Praxis tätigen Kollegen. Ein in diesem Sinne gestalteten Kurs zur Wiedereingliederung von Ärztinnen, die aus familiären Gründen ihre Berufstätigkeit unterbrochen hatten, fand große positive Resonanz. Gleiches galt für den ersten Teil des Curriculums „Gesundheit & ethnisch-kulturelle Vielfalt".
Der angesprochene Wertewandel spiegelt sich ebenfalls bei den Patienten wider. Sie werden älter und in der Konsequenz dadurch multimorbider. Dazu kommt dann noch ein übersteigertes Anspruchdenken. Damit sind die Kollegen in den Einzelpraxen häufig überfordert. Sie versuchen sich mit anderen Kollegen entweder in Gemeinschaftspraxen zusammen zu schließen oder Praxisnetze zu gründen, um ihren Patienten trotzdem eine umfassende Versorgung, Diagnose und Therapie zu bieten. Durch die zunehmende Information auch über das Internet nehmen dabei zwangsläufig Patientenaufklärung, eine oft falsch verstandene selbst bestimmte Krankheitsbewältigung und vor allem die Selbstmedikation zu.
Erreicht dann der Patient sein selbst gestecktes Ziel nicht, muss der jetzt zu Rate herangezogene Arzt möglichst umgehend eine Lösung finden.
Um all den Veränderungen gerecht zu werden, weist insbesondere die Kassenärztliche Vereinigung auf die sich wandelnden organisatorischen Aufgaben hin, während sich die Akademie fachlich wissenschaftlichen Dingen widmet, ohne dabei erforderlich ökonomische Belange aus den Augen zu verlieren. Dieser angesprochene Strukturwandel hat letztlich dazu geführt, dass jetzt der Begriff „Gesundheit" sich in die Auffas-

sung „Lebensqualität“ umformiert hat. Dies gilt es ebenso bei der Fortbildung zu berücksichtigen, wie die sich verändernde Altersstruktur der praktizierenden Ärzteschaft.
Die jüngeren Kollegen sind mehr und mehr mit den neuen elektronischen Medien vertraut, so dass wir von der reinen Präsenzveranstaltung auf ergänzende elektronische Informationen, die Vor- und Nachbereiten zur Verfügung gestellt werden, übergehen. Diese Kombination, dass sogenannte Blended Learning wird gerne angenommen. Gleichzeitig erlaubt es dem Anwender seine sowieso begrenzte Freizeit günstiger zu gestalten. Gerade zum Erwerb von Zusatzbezeichnungen setzen wir diese Lernmöglichkeit gerne ein. Dabei kann auch die kritische Distanz zur Pharmaindustrie bewahrt werden. Bei Besprechungen von Innovationen in Diagnose und Therapie suchen wir jedoch immer gemeinsame Wege.
Die Kehrseite der zertifizierten Fortbildungen darf aber bei allen Vorteilen nicht verschwiegen werden. Die Punktevergabe führte in manchen Fällen dazu, dass die Kollegen einer Veranstaltung mit höherer Punktezahl eher den Vorzug gaben, als einem fachlich qualitativ besser anzusehenden Inhalt. Doch aufgrund der knappen Freizeit ist dies verständlich. Denn meist – von der Öffentlichkeit völlig unbekannt – werden die Fortbildungen von den Kollegen in ihrer Freizeit wahrgenommen. Hier ist der Senat der ärztlichen Fortbildung der BÄK bemüht, eine vergleichbare Beurteilung zu schaffen, um die Unterschiede der Bepunktung in den einzelnen Kammern für die gleiche Veranstaltung zu harmonisieren.

Die Akademie wird den eingeschlagenen Weg der strukturierten Fortbildung fortsetzen, zumal einige wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände dieses Konzept imitiert haben. Wir werden aber bemüht sein, die in den DMP-Programmen vorgeschriebenen Fortbildungsveranstaltungen gemeinsam mit der KV oder den Kassen zu veranstalten, um den Kollegen eine gleichbleibende Qualität zu gewährleisten. Dies werden wir auch erreichen, weil in Zukunft bei den Akademieveranstaltungen nicht nur die Teilnehmer gebeten werden Evaluationsbögen über die Veranstaltung auszufüllen, sondern auch die Referenten ihre Zuhörer beurteilen sollen. Bei einer Längsschnittuntersuchung gleicher Kurse und Seminare mussten wir feststellen, dass gleiche Referenten sehr unterschiedliche Beurteilungen im Laufe der Zeit erhielten. Aus der Diskussion mit den Referenten darüber ergab sich dann diese Erweiterung der Evaluation. Man war der Meinung, dass sich das Wissen bzw. die Vorkenntnisse der Teilnehmer deutlich verändert haben und deshalb die vorgetragenen Inhalte sich dieser Situation anzupassen haben.
Darüber hinaus wollen wir durch Schwerpunktthemen unter anderem Wundmanagement, Notfallmedizin, Betreuung onkologischer Patienten u.a. dem Praxisteam mehr Fortbildung bieten. Damit werden wir auch dem Gedanken unseres Fortbildungszentrums der Carl-Oelemann-Schule für die medizinischen Fachangestellten und die Akademie für die Ärzte insgesamt gerechter.
Ein weiterer Fortschritt wird das Online-Portal unserer Kammer sein (www.laekh.de).
Für alle Kammermitglieder besteht jetzt die Möglichkeit sich über das eigene Punktekonto zu orientieren. Gleichzeitig können die angebotenen Fortbildungsveranstaltungen der Akademie kennen gelernt werden und es besteht die Möglichkeit sich für bestimmte Veranstaltungen sofort anzumelden. Dabei werden auf dem einzelnen Punktekonto auch die in anderen Bundesländern erworbenen Zertifizierungspunkte erfasst. Voraussetzung dafür aber ist, dass der Kollege seine Arztnummer (EFN-Barcode) angegeben hat. Bestehen bleibt in Hessen die Aufgliederung der unterschiedlichen angebotenen Veranstaltungen und ihre Begrenzung zum Erwerb des Fortbildungszertifikats. Wir meinen dadurch eine höhere Qualität zu erzielen, denn gerade Präsenzveranstaltungen führen unwillkürlich zu interkollegialen Gesprächen, wie es auch in den Qualitätszirkeln gewährleistet ist. Allein durch Erwerb der erforderlichen Punktezahl durch Lesen kann deshalb unsere in Hessen für die zertifizierte Fortbildung ausgegebene Plakette nicht erworben werden. Auch dies wird auf dem elektronischen Punktekonto in Zukunft berücksichtigt.
Diese Beurteilung gilt aber nicht für die von SGB V 95 d geforderten 250 Punkte, die bis zum 30. Juni 2009 für die Vertragsärzte der KV nachgewiesen werden müssen. Bei allen Berechnungen unberührt bleiben die jährlich gutgeschriebenen zehn Punkte für das Literaturstudium.
Ferner ist beabsichtigt, auf Wunsch alle Kollegen individuell über die sie interessierenden Themen und Veranstaltungen der Akademie per E-Mail zu informieren. Dies führt dann automatisch für den Einzelnen zu einer nicht unerheblichen Zeitersparnis zum Aussuchen geeigneter Veranstaltungen.

Beim Kostenrahmen für die einzelnen Veranstaltungen versuchen wir eine reine Kostendeckung zu erzielen, um den Zuschussbedarf der Kammer so niedrig als möglich zu halten. Wir sehen davon ab mit der Industrie ein zu großes Sponsoring einzugehen, um dadurch auch die Kollegen wertfrei unterrichten zu können.
Wir werden weiter bemüht sein, unsere Aufgaben für die Fortbildung der Kolleginnen und Kollegen unabhängig von der Fachrichtung zu erfüllen. Wir sehen es als ein erstrebenswertes Ziel an, die für das gesamte Gebiet der europäischen Union in den einzelnen Staaten etablierten CME-Systeme zu harmonisieren. Damit können dann unabhängig vom Veranstaltungsort in den einzelnen EU-Staaten die CME-Anrechnungseinheiten für die Kollegen elektronisch erfasst und angerechnet werden. Damit bestätigen wir gleichzeitig das Fortbildungsmotto der hessischen Ärzteschaft: **Wer aufhört besser zu werden, hört auf, gut zu sein.**

Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch
Vorsitzender der Akademie

Von dem Privileg, Mitglied in der Akademie zu sein

Jeder Arzt hat das Privileg, Mitglied in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung werden zu können. Derzeit nehmen diese Möglichkeit etwa 7.000 Ärzte war. Die aus den Mitgliedsbeiträgen resultierenden Einnahmen werden dazu verwandt, um Fortbildungsveranstaltungen zu finanzieren. Auch erschließt sich hieraus die Möglichkeit, Veranstaltungen, die nicht kostendeckend durchzuführen sind, frei von den Interessen Dritter anbieten zu können.

Im letzten Jahr wurde nun das Konzept der Akademiemitgliedschaft im Rahmen einer Neuausrichtung der Akademie überarbeitet.

Die Akademie hat sich zum Ziel gesetzt, zukünftig weitere **Mehrwerte** für ihre Mitglieder zu schaffen.

Bisher war der einzige Vorteil der Akademie der einer Ermäßigung für Teilnahmebeiträge der Kurse um 10 % und der Sektionsveranstaltungen von bis zu 50 %. Außerdem war es bisher nur Ärztinnen und Ärzten möglich, Mitglied zu werden.

Mit dem Ziel, zukünftige Kolleginnen und Kollegen früher an die Fortbildung heranzuführen, wurde auf Vorschlag der Akademie in der Delegiertenversammlung am 24. November 2007 beschlossen, dass ab 2008 dieser Personenkreis um Medizinstudenten/innen erweitert wird. Diese Mitglieder haben die gleichen Privilegien wie jedes andere Akademiemitglied.
Bis zum Abschluss des Studiums ist diese Mitgliedschaft kostenfrei. In der Weiterbildung beträgt der jährliche Mitgliederbeitrag dann 45,- Euro und später als Facharzt oder niedergelassener Arzt 90,- Euro.
Neben den bisherigen Vorteilen der Mitgliedschaft sind zukünftig **zusätzliche spezielle Angebote für Akademiemitglieder** geplant. Hierzu gehören z.B. only-member-Veranstaltungen, kostenfreie Sektionsveranstaltungen und ein spezieller E-Mail-newsletter. Mittelfristig sind Sonderkontingente für Veranstaltungen, Foren und Chatrooms vorgesehen.

Weitere Informationen über die Akademie sind auf der homepage der Landesärztekammer unter www.laekh.de abrufbar.

Sigrid Blehle
Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch

Freude an der Qualität von Fortbildungsveranstaltungen

– ein ständiger Ansporn für die Akademie –

Die Qualität einer Fortbildungsveranstaltung ist für die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung dann hoch, wenn der Teilnehmer sagt, „da habe ich wirklich etwas für meine tägliche Arbeit gelernt“ und „das empfehle ich gerne weiter“.

Nun, die Qualität einer Veranstaltung besteht aus vielen Faktoren. Auf der einen Seite sind zum einen die Auswahl der Referenten sowie die gewählten didaktischen Methoden entscheidend. Auf der anderen Seite spielen Rahmenbedingungen wie z.B. Qualität des Tagungsraums, Qualität und Menge der Verpflegung, Parkplatzsituation vor Ort u.Ä. eine wichtige Rolle. Die besondere Herausforderung besteht darin, all dies zu für die Kollegen realisierbaren Teilnahmebeiträgen anzubieten.

In der Akademie wird **ständig** die **Qualität kontrolliert,** indem jede Veranstaltung in der Akademie **evaluiert** wird. Auch die Evaluation als solche wird regelmäßig überarbeitet. So wurde im März 2007 die bis dahin bestehende auf der Basis einer Promotionsarbeit überarbeit und wird seitdem eingesetzt.

Was passiert nun mit den Ergebnissen der Evaluation?
Die Ergebnisse werden, nachdem diese von der Geschäftsführung eingesehen wurden, den Kursleitern zur Verfügung gestellt und mit diesen diskutiert. **Ziel ist es, Verbesserungspotentiale zu identifizieren und möglichst zeitnah umzusetzen.**

Auf diese Art und Weise stellt das Ergebnis eines jeden Fragebogens ein kleiner Baustein für kontinuierlich hohe Qualität der Fortbildungsveranstaltungen dar. Dies entspricht dem von der Akademie selbst gewählten Qualitätsanspruch.

Auch zukünftig wird die Akademie weiterhin daran arbeiten, dass Teilnehmer die von ihnen verfolgten Ziele bei dem Besuch einer Veranstaltung erreichen. So wird nun im Frühjahr 2008 in ausge-

suchten Veranstaltungen im Rahmen einer Diplomarbeit, die in Zusammenarbeit mit der Hochschule Heilbronn erstellt wird, zum ersten Mal der R.O.I. (return on investment) bezogen auf Fortbildungsveranstaltungen (R.O.I. Methode nach Phillips) ermittelt. Danach wird es erstmalig möglich sein, einen messbaren Mehrwert der Fortbildungen anhand eingangs formulierter Ziele aufzuzeigen. Auch diese Erkenntnisse werden in die zukünftige Arbeit einfließen.

Es könnte ja dann vielleicht einmal in der Zukunft heißen:
„Die Akademie weiß, was Teilnehmer wünschen."

Sigrid Blehle

Fortbildung in der Akademie ist mehr als ihren Preis wert!

– Finanzierungsstrukturen der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung –

Im Jahr 2006 hat unter der Annahme einer Vollkostenrechnung ein Tag für die Teilnahme an einer Veranstaltung ca. 149,- Euro gekostet. Teilnehmer der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung werden bei genauem Nachrechnen feststellen, dass sie deutlich geringere Preise für einen Tag Fortbildung in der Akademie bezahlen.
Und dafür werden qualitativ hochwertige Veranstaltungen angeboten. Hinzu kommt, dass sich die Akademie zum Ziel gesetzt hat, Veranstaltungen produktneutral und industrieunabhängig anzubieten.

Wie ist dies nun möglich?

Die Finanzierungsstruktur der Akademie und die Tatsache, dass die Akademie keine Gewinnerzielungsabsichten hat, machen es möglich, dass Veranstaltungen zu deutlich günstigeren Teilnahmebeiträgen angeboten werden können. Es stammen lediglich etwa 44 % der Akademieeinnahmen aus Teilnehmerbeiträgen.

Ca. 24 % der Einnahmen werden aus Mitgliedsbeiträgen (Anmerkung: es handelt sich hierbei um eine freiwillige Mitgliedschaft) generiert. Die Landesärztekammer Hessen bezuschusst 29 % (dies entspricht einem Anteil von 4,3 % der vereinnahmten Kammerbeiträge, die hiermit im Sinne eines jeden hessischen Arztes nämlich für die Fortbildung verwandt werden).

Besonders interessant ist, dass über ähnliche Finanzierungsstrukturen – die Kombination aus Pflichtbeiträgen für Fortbildung und Kammerzuschuss – auch in anderen Landesärztekammern nachgedacht wird.

Wofür wird nun dieses Geld ausgegeben?

2006 war der größte Anteil an den Ausgaben die Personalkosten mit 32 %. Trotz der Lohnentwicklungen in den letzten Jahren ist dieser Kostenblock eher gesunken als gestiegen. Ursache hierfür ist, dass es gelungen ist, Betriebsabläufe ökonomischer und einfacher zu organisieren. Dort, wo es sinnvoll ist, werden moderne Medien eingesetzt. So ist z.B. in Zukunft geplant, die Anmeldung von Teilnehmern online abzubilden. Hierdurch würden intern Personalkapazitäten freigesetzt werden, die für die Organisation von weiteren Veranstaltungen eingesetzt werden könnten.
Etwa 25 % aller Ausgaben werden für Referentenhonorare investiert. Hierbei ist es eine Aufgabe der Akademie und manchmal auch eine Herausforderung, gute Referenten zu vertretbaren Honoraren zu engagieren.
14 % werden für Raumkosten ausgegeben. Hierin enthalten ist z.B. die Bereitstellung entsprechender Technik und Equipment. Außerdem sorgt ein Techniker dafür, dass die Technik funktioniert.
Nicht zuletzt werden sämtliche Veranstaltungen in der Akademie incl. Verpflegung angeboten. Hierfür werden etwa 12 % der Einnahmen ausgegeben. Dies ist deutlich mehr als noch vor einigen Jahren. Doch mit dieser Mehrausgabe war ein erheblicher Qualitätssprung in der Versorgung verbunden. Für die Akademie sind eben auch solche Rahmenbedingungen einer Veranstaltung wichtig. Es zählt der zufriedene Teilnehmer und hierzu gehört auch eine entsprechende Verpflegung.

Um weitere Optimierungspotentiale zu erschließen, werden auch neue Wege beschritten.
So z.B. konnte im November 2007 mit der Akademie einer anderen Landesärztekammer für einen modular aufgebauten Kurs eine Kooperationsvereinbarung geschlossen werden. Die Inhalte sind so aufeinander abgestimmt, dass Teilnehmer gleiche Module wechselseitig besuchen können. Somit konnte auf der einen Seite für Teilnehmer mehr Flexibilität erreicht werden und auf der anderen Seite werden bei etwa gleichen Einnahmen nur etwa die Hälfte der Kosten anfallen.
Solche und ähnliche Ansätze werden auch für weitere Veranstaltungen geprüft.
Prospektiv wird sich die Akademie auch weiterhin zum Ziel setzen, Veranstaltungen von hoher Qualität zu einem vernünftigen Preis-/Leistungsverhältnis anzubieten.

Sigrid Blehle

Marktplatz Fortbildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen

– Angebotsvielfalt in der Akademie –

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung gehört zu den führenden Bildungsanbietern im Bereich der ärztlichen Fortbildung in Hessen. Bundesweit hat die Akademie Vorbildcharakter. Bei der Themenfindung ist es das erklärte Ziel, Veranstaltungen interdisziplinär auszurichten. Darüber hinaus sollen diese industrieunabhängig und produktneutral angeboten werden.

Im letzten Jahr hat die Akademie im Rahmen einer strategischen Neuausrichtung ihre Kernkompetenzen analysiert. Diese bestehen in

- der Organisation und Veranstaltung von ärztlicher Fortbildung,
- der Verfügbarkeit und Qualifizierung von Referenten (Referentenpool von ca. 1.600 Referenten)
- der Sicherstellung der Qualität von ärztlicher Fortbildung
- einem hohen Qualitätsstandard mit eigenem Markenzeichen (blaue Plakette)

Das Ziel des Angebots ist, den Teilnehmern entsprechende **Mehrwerte** anzubieten.
Um weiterhin zukunftsfähig zu bleiben, ist es notwendig, die **Produktpalette** der Akademie **regelmäßig zu überarbeiten und zu aktualisieren.**
Außerdem werden bestehende Angebote durch neue Formen des Lernens ergänzt. So werden dieses Jahr die ersten **blended learning Angebote** (Kombination aus e-learning und Präsenzlernphasen) angeboten.
Die Akademie war bundesweit der erste Veranstalter, der die neue strukturierte curriculäre Fortbildung **Umweltmedizin** im Jahr 2006/2007 organisiert hat.

Ein großer Erfolg war der Kurs **„Zurück in den Arztberuf“** im August/September 2007. Den Teilnehmern wurde im Rahmen dieses Kurses z.B. ein notfallmedizinisches Training, eine Auffrischung im Strahlenschutz und ein Hospitationstag geboten. Dieser wird im Jahr 2008 wiederholt.

Außerdem wurde im letzten Jahr zum ersten Mal der Kurs **Reisemedizin** veranstaltet. Auch dieser Kurs erfreute sich eines hohen Zuspruchs und wird in 2008 erneut angeboten.

Durch den zunehmenden Anteil von Patienten mit Migrantenhintergrund – in einer pädiatrischen Praxis z.B. trifft dies für 60-70 % aller Patienten zu – besteht die Nachfrage nach einer Fortbildungsmaßnahme. Ein solches Angebot existierte bisher nicht. Aus diesem Grunde wurde das bundesweit erste **Curriculum „Gesundheit & Ethnisch-kulturelle Vielfalt“** in Zusammenarbeit mit der Landeskammer der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen mit Unterstützung des hessischen Sozialministeriums entwickelt. Dieser Kurs ist modular aufgebaut und hat zum Ziel, den Teilnehmer interkulturelle Kompetenz für ihren ärztlichen Alltag zu vermitteln.

Für 2008 ist zum ersten Mal eine **Sommerakademie** im Sinne einer Fortbildungswoche geplant. Dort können Fortbildungen absolviert werden, die z.B. regelmäßig aktualisiert werden müssen (z.B. Aktualisierungskurs im Strahlenschutz) oder bei denen praktische Kenntnisse aufgefrischt werden können (z.B. notfallmedizinisches Training u.Ä.). Gleichzeitig soll es möglich sein, beim kompletten Besuch der Sommerakademie der jährlichen Fortbildungspflicht nachzukommen. Und damit der Partner nicht zu Hause bleiben muss, wird parallel ein entsprechendes Rahmenprogramm angeboten.

Zukünftig wird es auch die Möglichkeit geben, Kurse zum Erwerb von **softskills** besuchen zu können.
So wird im Frühjahr ein Kurs **Rhetorik für Mediziner** angeboten. Hierfür konnte ein hochqualifizierter Trainer verpflichtet werden. Dieser Kurs findet in einer kleinen Gruppe mit max. zwölf Teilnehmern statt.
Des Weiteren ist für dieses Jahr das **Curriculum Führung** nach den Vorgaben der Bundesärztekammer geplant. Hierin sollen Führungskompetenzen für Ärzte in Leitungsfunktionen vermittelt werden.

Als weiteres neues Produkt wird der Weiterbildungskurs **Akupunktur** mit 200 Stunden angeboten, hierfür konnten wir ein erfahrenes Referententeam verpflichten. Diese Veranstaltung wird voraussichtlich im Herbst starten.

Ein neues Themengebiet, das die Akademie erschließt, ist das Gebiet der **Ökonomie.** So entsteht z.B. derzeit eine Neukonzeption eines Seminars für die Niederlassung in ärztlicher Praxis.

Darüber hinaus werden **freie Veranstaltungen zu aktuellen Themen in den einzelnen medizinischen Fachgebieten** angeboten. Die Ausrichtung der Themen dieser Fortbildungsveranstaltungen ist interdisziplinär. Als highlight ist hier z.B. das jährlich stattfindende **Bad Nauheimer Symposium**

der klinischen Hämostaseologie anzuführen.
Außerdem wird das Angebot dieses Jahr komplettiert durch die traditionellen **Frühjahrs- und Herbstkongresse.**
Es darf jedoch an dieser Stelle nicht versäumt werden, all die bisher seit Jahren erfolgreich stattfindenden Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu erwähnen. Hierzu gehören z.B. die **Kurse Arbeitsmedizin, der Kurs psychosomatische Grundversorgung, die Kurs-weiterbildung Allgemeinmedizin, das notfallmedizinische Fortbildungsprogramm** und vieles mehr. Diese werden auch weiterhin bei entsprechender Nachfrage stattfinden.

Wie sehen nun die **Pläne für die Zukunft** aus?
Zunächst einmal hat sich die Akademie zum Ziel gesetzt, mittelfristig **sämtliche Curricula der Bundesärztekammer** anzubieten. Außerdem werden in Zusammenarbeit mit der Carl-Oelemann-Schule Veranstaltungen entwickelt, in denen ganze Praxisteams geschult werden können.

Abschließend muss erwähnt werden, dass neue Veranstaltungen ohne das hohe Engagement zahlreicher Kursleiter und Referenten nicht möglich wäre. An dieser Stelle bedankt sich die Akademie für diesen außerordentlichen hohen Einsatz bei allen Beteiligten und hofft auf eine fruchtbare Zusammenarbeit in der Zukunft.

Sigrid Blehle

Interdisziplinarität in der ärztlichen Fortbildung Chancen und Auftrag

Die Notwendigkeit einer kontinuierlichen, berufs-, ja lebensbegleitenden Fortbildung dürfte jedem Arzt selbstverständlich sein.

Debatten über Freiwilligkeit oder Pflicht in der Fortbildung prägten, teilweise mit heftigen Argumenten, Kongresse und Ärztetage. Bis heute ist die Konsequenz einer unzureichenden Fortbildung nicht ausgesprochen. Szenarien einer reduzierten Vergütung oder der (verweigerten?) Rezertifizierung kennzeichnen den immer stärkeren Griff des Staates in das Gesundheitswesen hinein, in die bisher geltenden Prinzipien einer ärztlichen Selbstverwaltung mit der Selbstverpflichtung zur Fortbildung.

Der Gesetzgeber hat, sowohl im Heilberufsgesetz, als auch im Sozialgesetzbuch die Pflicht zur Fortbildung festgehalten.

Die Landesärztekammer Hessen betrachtet es als ihre Pflicht, Fortbildung zu fördern und zu organisieren. Sie gehört zu den ersten Einrichtungen der Bundesrepublik überhaupt, die eine Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung gegründet hat und eine zentrale Einrichtung schuf, welche sich ausschließlich den Zwecken der Fortbildung widmete. Dafür wurde ein personeller Apparat geschaffen, der sich den wandelnden Anforderungen immer wieder neu stellen musste. Die heutige Fortbildungssituation unterscheidet sich jedoch erheblich von der Situation in der Vergangenheit.

Eine Flut von Trägern bietet Fortbildungsveranstaltungen an. Fachverbände, Krankenhäuser, die Industrie, Akademien unterschiedlicher Herkunft, ärztliche Kreisvereine bieten Fortbildungsabende, Tagungen, Wochenend-, oder Wochenveranstaltungen an.
Allein die Zertifizierungsstelle für Fortbildungen bei der Landesärztekammer hat mehr als 10.000 Einzelfortbildungen im Jahre 2006 zertifiziert, die Zahl der Anträge auf Zertifizierung im Jahre 2007 lag noch deutlich darüber.

Es gibt nur eine vage Vorstellung über die Antwort auf die Frage, was eine gute ärztliche Fortbildung sei. Viele Ansprüche und Interessen begegnen sich in der Planung: Das Interesse an der Wissenserweiterung im eigenen Fach, das Kennenlernen der Nachbarfächer, der wissenschaftlichen oder der ethischen Grundlage. Aber auch das Erweitern des eigenen Arbeits- und Abrechnungsspektrums zeichnen nur unscharf die Anforderungen.

Instrumentarien zur Beurteilung einer Fortbildung sind kompliziert, die Evaluation führt nicht immer zu eindeutigen Ergebnissen. Ist ein Vortrag gut, wenn der Inhalt wissenschaftlich korrekt war – und die Vermittlung verständlich? Nicht mit Bildern überladen, nicht von Referenten vorgetragen, denen es, vielleicht unbewusst, nur um die persönliche Anerkennung ging, oder um Patientenakquisition. Wann führt die Teilnahme an einer Fortbildung zu einer Änderung der ärztlichen Arbeit mit dem Patienten?
Es scheint einen breiten Konsens zu geben über den Bedarf einer **Interdisziplinären** Fortbildung, von der Konzeption bis zur Durchführung.

Bei genauem Hinterfragen dieses Begriffs tauchen Fragen auf, was das eigentlich sein kann, und welche Konsequenzen aus dem Gedanken einer Interdisziplinarität sich für die praktische Durchführung von Fortbildungen ergeben könnten.

Immer stärker prägt ein „Röhrenblick“ den medizinischen Alltag in nahezu allen Fächern. Kaum eine Klinik, kaum ein einzelner Arzt vermag die gesamte Breite seines Faches in seinem Berufsalltag anzuwenden. Stärkere Organbezogenheit und stärkere Bezogenheit auf einzelne Aspekte prägen die Realität. Wir nehmen zur Kenntnis, dass auch an großen stationären Einrichtungen die Weiterbildung im Fachgebiet nicht die gesamte Breite des Faches vermitteln kann und dieses, obwohl mehrere Abteilungen gleichen Faches miteinander kooperieren. Diesem Aspekt folgend hat bereits vor Jahren die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung bei der Landesärztekammer Hessen Angebote zur curricularen Weiterbildung in ihr Programm aufgenommen, die auch erfreulicherweise sehr gut angenommen wurden. Zur großen Freude der Akademie wurden die curricularen Weiterbildungsseminare nicht nur von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, als Vorbereitung zur Facharztprüfung belegt, sondern auch von Ärzten, die längst im Berufsalltag stehen und diese Gelegenheit zur Fortbildung und zum Kennenlernen des Standes ihres Faches als Chance wahrnehmen.

Interdisziplinäre Arbeitsweise umfasst das Einbeziehen mehrerer voneinander unabhängiger Fachgebiete, die jeweils mit unterschiedlicher wissenschaftlicher Fragestellung und unterschiedlichen Methoden miteinander kooperieren. Es werden Methoden zwischen den Disziplinen vermittelt und damit auch Lösungsstrategien gefunden, die sich nicht nur durch Austausch unterschiedlicher Ergebnisse ergeben. Interdisziplinarität bedingt das Zusammenführen unterschiedlicher Teilaspekte und unterschiedlicher Sichtweisen, unterschiedlicher Denkkonzeptionen aus einem Nebeneinander zu einem gemeinsamen, und dies ist wichtig, kontrovers und konstruktiv diskutierten neuen Vorgehen.

Interdisziplinarität entsteht bereits beim Zusammenarbeiten z.B. von Urologen und Gynäkologen oder Pathologen. Interdisziplinarität ist auch notwendig bei der Einbeziehung anderer Fächer, z.B. von Biologen, Chemikern, Physikern, Ethikern, Philosophen, Theologen zu einzelnen Fragestellungen.

Insbesondere wichtig ist das Integrieren der medizinischen Disziplinen, die in jedem Fach eine besondere Gewichtung haben. Dies sind unter anderem Labormedizin, Pathologie, Psychosomatik, Bild gebende Verfahren und klinische Pharmakologie.

Die Stärkung der naturwissenschaftlichen, biologischen, biochemischen Kenntnisse, des Wissens um pathologisch-anatomischen Zusammenhänge, neuen Wissens über molekularbiologische Zusammenhänge, über das Funktionieren der DNA erlangen im medizinischen Alltag eine immer stärkere Gewichtung.

In der Auseinandersetzung mit den konkreten, in der Regel sehr komplexen, Problemen von Patienten im klinischen Alltag sind auch Aspekte über das rein medizinisch-naturwissenschaftliche Wissen hinaus ebenfalls von großer Wichtigkeit.

Das soziale Sein und der Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt ist für den Kranken von zunehmender Bedeutung. Die Realität der sozialen Isolation der Menschen, die Aspekte einer Vereinsamung, von „Single-Existenz“, aber auch von Armut und der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit verpflichten, sich mit den Auswirkungen von sozialem Sein und gesundheitlichen Folgen zu befassen. Mit „rein“ medizinischem Denken wird der Arzt den Fragestellungen nicht gerecht werden können. Eine Auseinandersetzung mit Philosophen, Juristen, Theologen, Ethikern, mit Sozialarbeitern und Psychologen befruchtet den eigenen Arbeitsaspekt, erweitert Horizonte und fördert Teamfähigkeit.

Interdisziplinarität ist also mehr als nur das Austauschen von Ergebnissen unterschiedlicher Fächer. Im erfolgreichen Fortbildungskonzept bedeutet Interdisziplinarität auch befruchtende Diskussionen und das Ergebnis des Erzielens neuer Denk- und Handlungsweisen.

Interdisziplinarität hilft auch aus dem Dilemma der „Bilderfalle“. Die Möglichkeiten der Bild gebenden Diagnostik sind so gut wie nie zuvor. Die Qualität der Bilder in der Diagnostik durch MR-, CT-Untersuchungen, durch Ultraschall, durch kathetergesteuerte Diagnostik sind besser als je zuvor. Dieses findet zweifellos auch seinen Niederschlag in Fortschritten in der Therapie.

Die Sehnsucht nach immer schöneren Bildern und nach immer verfeinerter

Diagnostik spiegelt jedoch auch ein Problem wider: Den immer stärkeren Verlust klinischen Denkens zugunsten der Hoffnung, durch „Bilder“ klinische Probleme lösen zu können. Frank Praetorius hat auf die dramatischen Folgen des Verlustes einer „klinisch denkenden Medizin“ hingewiesen (F. Praetorius, Ärztliche Diagnose: Bilder machen oder Gedanken, Merkur, 493, Jg. 44, S. 206-217, 1990, komplette Arbeit unter: www.frank-praetorius.de).

Je besser die Möglichkeiten der Bild gebenden Diagnostik, umso stärker sollte auch das klinische Denken und Arbeiten gefördert werden. Angesichts immer besserer Bilder drohen die Techniken der unmittelbaren diagnostischen Arbeit am Patienten, der körperlichen Untersuchung, an Bedeutung zu verlieren.
Ist ein Arzt ohne Stethoskop und ohne den Gebrauch seiner Sinne als „Arzt“ gewollt und vorstellbar? Macht sich die Medizin selbst überflüssig?

Ärztliche Tätigkeit zeichnet sich aus durch den Erwerb von Wissen, von Können, und spezifisch medizinischer Erfahrung und Verhalten.

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung leistet mit dem Ansatz der Interdisziplinarität einen bewussten Beitrag zum Erhalten einer klinischen und den Ansprüchen einer modernen Gesellschaft gerecht werdenden ärztlichen Heilkunst in allen Bereichen, in der Praxis, in den Betrieben, in den Krankenhäusern aller Versorgungsstufen.

Zum Aspekt der Interdisziplinarität gehört auch die Beachtung der Qualität der Fortbildung, die Schulung der Referenten und die Verbesserung der Vortragstechnik. Fortbildungsangebote für Referenten und Programme der Evaluation, die Beachtung pädagogischer Erkenntnisse verbessern die Qualität und den Erfolg der Fortbildung.

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung ist sich ihrer Aufgabenstellung bewusst und wird auch in der Zukunft mit attraktiven, wo es geht interdisziplinären Fortbildungsangeboten die Qualität der ärztlichen Fortbildung kontinuierlich ausbauen. Das Wissen um die Halbwertszeit ärztlichen Wissens und die Erkenntnis der Notwendigkeit einer „lebenslänglichen, berufsbegleitenden“ Fortbildung verpflichtet zum Handeln.

Die Beschlüsse der politisch im Bund Handelnden lässt wenig Raum für Hoffnungen. Die Interessen der Kranken und Versicherten werden nicht durch überbordende Bürokratie geschützt. Freiwillige und qualitativ hochstehende Fortbildung ist wirksamer Patientenschutz! Sich fortzubilden erhöht darüber hinaus die Freude an der Berufsausübung.

Dr. med. Mark Siegmund Drexler
Mitglied des Vorstandes der Akademie

Fortbildung für Arzthelfer/innen/ Medizinische Fachangestellte in der ambulanten und stationären Versorgung

Die vielfältigen Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern eine kontinuierliche Anpassung und Erweiterung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten. Das Aufgabenspektrum der Arzthelfer/innen und Medizinischen Fachangestellten ist von dieser Entwicklung ebenso betroffen wie die Tätigkeitsgebiete aller im Versorgungssystem mitwirkenden Personen. Durch die Teilnahme an Anpassungsfortbildungen und Qualifizierungslehrgängen können die Mitarbeiter/innen der Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung ihre Handlungskompetenzen dem Aufgabenbereich ihrer jeweiligen Stelle entsprechend anpassen und erweitern. Eine enge Abstimmung mit der verantwortlichen Ärztin bzw. dem Arzt an der Teilnahme der Fortbildung sichert im Anschluss eine zielorientierte, zeitnahe und in den betrieblichen Ablauf integrierbare Nutzung des Wissens. Eine unmittelbare Umsetzung von Wissen und die Erweiterung von Handlungskompetenzen steigert die Motivation und fördert die Grundhaltung zum „lebenslangen Lernen“.

Fundiertes Wissen und Kompetenz im Praxis- oder Krankhausteam trägt zur Verbesserung der Patientenversorgung bei. Entsprechend ihrer beruflichen Profession sind Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte ebenfalls wichtige Bindeglieder und Ansprechpartner in der Patientenbetreuung/-versorgung. Die Handlungsfähigkeiten sind in der Verordnung zur Berufsausbildung beschrieben (Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006, durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung). Somit können gut ausgebildete Mitarbeiter/innen bereits im Anschluss an die erfolgreiche Teilnahme an der Abschlussprüfung wichtige Aufgabenbereiche zur Unterstützung der

Ärztin/des Arztes übernehmen. Durch strukturierte und qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung sind Wissen und Fähigkeiten stetig zu erweitern.

Das Fortbildungsangebot der Carl-Oelemann-Schule wurde mit dem Programm 2008 erheblich erweitert. Die Landesärztekammer Hessen hat damit ein deutliches Signal zur Unterstützung und Entlastung der Ärztinnen/Ärzte gesetzt. Zielsetzung dieser Maßnahmen „Erweiterung des Bildungsangebotes" ist (im Gegensatz zu den kritischen Stimmen): im Rahmen der **ärztlichen Verantwortung** und Aufsicht sowie durch das persönliche Ermessen der/s Ärztin/Arztes, Aufgaben und Tätigkeitsbereiche an Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte, die an qualifizierten Fortbildungen teilgenommen haben, delegieren zu können.
Der Vorstand der Carl-Oelemann-Schule überwacht und koordiniert das Bildungsangebot der Schule. Somit wird sichergestellt, dass ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen berufenes Gremium im Sinne der Ärzteschaft Hessens, Fortbildungen für die Arzthelfer/innen und Medizinischen Fachangestellten anbietet.

Das Fortbildungsangebot 2008 beinhaltet Themenbereiche sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung. Neben den Angeboten von Anpassungsfortbildungen, die in der Regel ein, zwei oder drei Tage umfassen, bietet die Schule insgesamt 14 Qualifizierungslehrgänge an, die mit einem Zertifikat der Landesärztekammer Hessen abschließen. Die Qualifizierungslehrgänge werden überwiegend als Wahlteil in der Aufstiegsfortbildung zur Arztfachhelfer/in anerkannt (Pflichtteil 280 Stunden und Wahlteil 120 Stunden). Hierbei wird sowohl der ambulante als auch der stationäre Versorgungsbereich in den Themenschwerpunkten der Lehrgänge berücksichtigt.

Zum Beispiel wird für den stationären Bereich der 120-stündige Qualifizierungslehrgang „Klinikassistenz" angeboten. In diesem Lehrgang werden folgende Fortbildungsinhalte vermittelt:

- Kenntnisse der wichtigsten Prozeduren sowie deren Verschlüsselung und Dokumentation;
- Kenntnisse der Organisationsstrukturen und rechtlichen Grundlagen von Krankenhäusern;
- Dokumentation von Befunden einschließlich Diagnosenverschlüsselung und Verwaltung von Patientenakten;
- Abrechnungen für ambulante und stationäre Patienten sowie Privatliquidationen;
- Aufbau- und Ablauforganisation und Prozesse eines Krankenhauses (z.B. Aufnahme, Verlegung und Entlassung von Patienten, Kernprozesse der medizinischen Diagnostik und Therapie, ausgewählte Supportprozesse wie Leistungserfassung und -abrechnung);
- Mitwirkung bei der interdisziplinären und abteilungsübergreifenden Administration;
- Kommunikation mit den verschiedenen Gesprächspartnern im Krankenhaus;
- berufs- und krankenhausspezifische Software;
- Kenntnisse krankenhausspezifischer Hygiene;
- medizinische Tätigkeiten nach Anordnung des Arztes.

Auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de oder www.carl-oelemann-schule.de) können Veranstaltungs- und Lehrgangsinformationen der Schule abgerufen werden. Zusätzlich bietet die Schule das jährliche Fortbildungsprogramm als Druckversion an. Durch das neue Fortbildungskonzept (siehe Artikel im Hessischen Ärzteblatt 12/2007) haben interessierte Teilnehmer/innen zukünftig mehr Möglichkeiten, einzelne Fortbildungsveranstaltungen auch innerhalb von Qualifizierungslehrgängen anerkennen zu lassen. Die Mitarbeiterinnen der Schule geben gerne Auskunft und beraten bei Fragen der Anerkennung.

Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ist eine „berufsethische Verpflichtung" der Arbeitnehmer/innen. Die Teilnahme an Bildungsmaßnahmen erfordert die Unterstützung von den Arbeitgebern insbesondere in der Motivation sowie der Förderung und der Forderung eines beruflich aktuellen Wissens.

Im Dezember 2007 wurde der Manteltarifvertrag für Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte von der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelfer/innen/Medizinischen Fachangestellten und dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. neu vereinbart. Im Vertrag wurde im § 17 Arbeitsbefreiung Abs. 1h festgelegt: „Teilnahme an berufsbezogenen Fortbildungsmaßnahmen bis zu drei Arbeitstagen im Kalenderjahr. Die Bestätigung über die Teilnahme und deren Ergebnis ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Arbeitstage im Sinne dieser Befreiungsvorschriften sind alle Kalendertage mit Ausnahme der Samstage, Sonntage und gesetzlicher Feiertage. Soweit landesrechtliche Regelungen zum Bildungsurlaub vorhanden sind, finden diese ausschließlich Anwendung." Die Bedeutung und Notwendigkeit der Teilnahme an Bildungsveranstaltungen, wird durch diese aktuellen Vertragsabschlüsse (Manteltarif- und Gehaltstarifvertrag) ebenfalls verdeutlicht.

Als verantwortliche Personen in der stationären und ambulanten Versorgung tragen Ärztinnen und Ärzte Mitverantwortung für die Kompetenz ihrer Mitarbeiter/innen. Deshalb ist es sinnvoll, bereits zum Jahresbeginn in einer Teambesprechung die durchzuführenden Fortbildungsmaßnahmen zu besprechen und diese in der betrieblichen Organisationsplanung des Jahres aufzunehmen. Somit ist die Planung transparent und verdeutlicht im Mitarbeiterteam die Wertigkeit von Fortbildung.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Vorsitzender des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule

Aufbereitung von Medizinprodukten in ärztlichen Praxen

Lucia Voegeli-Wagner*, Angela Wirtz*, Oliver Peichl*, Silvia Happel** und Roland Kaiser**

Fast alle ärztlichen Praxen verwenden Medizinprodukte und sind somit verpflichtet, auch die einschlägigen umfangreichen und für den einzelnen Arzt nur schwer überschaubaren Vorschriften und Richtlinien zu beachten. Bei den Begehungen von Praxen durch die zuständigen Gesundheitsämter – vgl. dazu auch [1] – stellen diese nicht selten diesbezügliche Mängel fest. Als besonders problematisch erwies sich dabei in den letzten zwei Jahren die Aufbereitung bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommender Medizinprodukte und die Qualifikation damit befasster Praxismitarbeiter dar. Um für diesen Bereich ...

- eine möglichst landeseinheitliche und für die Ärzte in Praxen transparente und berechenbare Vorgehensweise der Überwachungsbehörden zu erreichen,
- sicherzustellen, dass geltende Vorschriften beachtet und in einer mit dem Praxisalltag vereinbaren Weise umgesetzt werden
- und schließlich für Arzthelfer/innen bzw. Medizinische Fachangestellte geeignete Fortbildungen anbieten zu können,

haben sich das Hessische Sozialministerium und die Landesärztekammer Hessen in einem sehr konstruktiven Dialog auf die unten beschriebene gemeinsame Vorgehensweise geeinigt. Ziel dieses Beitrages ist es deshalb, einerseits allgemein verständlich die einschlägige Rechtslage für ärztliche Praxen darzustellen und andererseits, die vereinbarte zukünftige Vorgehensweise vorzustellen.

* *Hessisches Sozialministerium*
** *Landesärztekammer Hessen*

Aufbereitung von Medizinprodukten – Verankerung im Medizinproduktegesetz (MPG)

Der Begriff der Aufbereitung bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommender Medizinprodukte ist in § 3 Nr. 14 MPG [2] definiert. Durch diese Definition wird klargestellt, dass zur Aufbereitung nicht nur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation einschließlich der damit zusammenhängenden Arbeitsschritte, sondern auch die Prüfung und ggf. Wiederherstellung der technisch-funktionellen Sicherheit gehören. Weiter wird in § 14 MPG gefordert, dass das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten nur nach Maßgabe der MPBetreibV erfolgen darf. Medizinprodukte dürfen nicht betrieben und angewendet werden, wenn sie Mängel aufweisen, durch die Patienten, Beschäftigte oder Dritte gefährdet werden können.

Genaue Anforderungen an die Aufbereitung in den §§ 2 und 4 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) [3]

Allgemeine Anforderungen

Die Aufbereitung hat gemäß § 2 Abs. 1 nach den Vorschriften der MPBetreibV, den allgemein anerkannten Regeln der Technik sowie den Arbeitsschutz- und Unfallverhütungs-Vorschriften – vgl. dazu auch [1] - zu erfolgen.
§ 4 Abs. 2 Satz 1 schreibt als wichtigste Anforderung vor, dass die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen ist, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird.
Eine ordnungsgemäße Aufbereitung nach Satz 1 wird vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Nachfolgend als RKI-BfArM-Empfehlung bezeichnet.) zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird [4].

Spezielle Anforderungen an die Qualifikation des mit der Aufbereitung beschäftigten Personals:

Die Aufbereitung darf nur entsprechend qualifiziertem Personal übertragen werden. Die § 2 Abs. 2 und § 4 Abs. 1 formulieren grundsätzliche Anforderungen an die Qualifikation der mit der Aufbereitung befassten Personen und an die dafür erforderliche sächliche Ausstattung. Nach § 4 Abs. 3 sind die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt, wenn die mit der Instandhaltung Beauftragten ...

1. auf Grund ihrer Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderlichen Sachkenntnisse bei der Instandhaltung von Medizinprodukten und ...
2. über die hierfür erforderlichen Räume einschließlich deren Beschaffenheit, Größe, Ausstattung und Einrichtung sowie über die erforderlichen Geräte und sonstigen Arbeitsmittel verfügen.

Nach der Wartung oder Instandsetzung an Medizinprodukten müssen die für die Sicherheit und Funktionstüchtigkeit wesentlichen konstruktiven und funktionellen Merkmale geprüft werden, so-

weit sie durch die Instandhaltungsmaßnahmen beeinflusst werden können (§ 4 Abs. 4). Die mit den Prüfungen Beauftragten müssen ebenfalls die entsprechenden Voraussetzungen (nach Absatz 3) erfüllen und in ihrer fachlichen Beurteilung weisungsunabhängig sein (§ 4 Abs. 5).

Probleme nach den Erfahrungen der Behörden bei Überwachungsmaßnahmen

Beim Vollzug der Medizinprodukte-Betreiberverordnung betreffend die ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten zeigten sich immer wieder Probleme hinsichtlich der Anforderungen an die Sachkenntnis mit der Durchführung der Aufbereitung betrauter Personen. Während es in den zentralen Sterilgutversorgungsabteilungen der Krankenhäuser aufgrund der Aufgabenspezialisierung der dort Beschäftigten selten Anlass zu Diskussionen über diese Anforderungen gibt, gestaltet sich die Situation in Praxen niedergelassener Ärzte differenzierter. Für die Praxismitarbeiter ist die Aufbereitung von Medizinprodukten nur ein Teilgebiet ihres Aufgabenspektrums. Zudem differieren die Anforderungen je nach medizinischer Fachdisziplin ebenso wie aufgrund des unterschiedlichen Ausbildungsstandes dieser Personen. Aber auch in Arztpraxen ist die ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten mit Blick auf deren funktionelle und hygienische Anwendungssicherheit eine wichtige Vorraussetzung ärztlichen Behandlungserfolges und ein Gebot des Patienten- und Anwenderschutzes. Für eine ordnungsgemäße Aufbereitung ist neben den dafür notwendigen apparativen Vorraussetzungen das Wissen um die ordnungsgemäße Durchführung essentiell.

Gemeinsamer Lösungsansatz des Hessischen Sozialministeriums und der Landesärztekammer Hessen

Die zuständigen Fachreferate im HSM haben gemeinsam mit der Landesärztekammer die Ist-Situation im Bereich ärztlicher Praxen analysiert und zusammen mit der Carl-Oelemann-Schule (COS) ein Fortbildungsprogramm erarbeitet, um derzeit noch bestehende Defizite in der Sachkunde des Praxispersonales (mit einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten oder Arzthelfer/Arzthelferin) für die Aufbereitung von Medizinprodukten bis einschließlich der Risikogruppe „Kritisch B“ nach RKI-BfArM-Empfehlung [4] der vertragsärztlichen Situation angepasst und innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens zu lösen. Angesichts der relativ großen Zahl der diese Qualifikation benötigenden Personen und der zur Verfügung stehenden Schulungskapazitäten ist die Umsetzung über einen **Drei-Jahres-Zeitraum ab 1. Januar 2008** vorgesehen. **Spätestens ab 1. Januar 2011 muss dann in jeder steril anzuwendende Medizinprodukte aufbereitenden Praxis mindestens ein/e Mitarbeiter/in über die notwendige Sachkenntnis verfügen.** Vorgesehen sind dafür unter anderem folgende Maßnahmen:

(1) **Arzthelfer/innen/medizinische Fachangestellte mit abgeschlossener Berufsausbildung, die keine Fortbildung „Ambulantes Operieren“ absolviert haben,** können (Sofern sie in einem Eingangstest ausreichende einschlägige Grundkenntnisse nachweisen.) die zur Aufbereitung von Medizinprodukten erforderliche Sachkenntnis in einem 30 Stunden Kurs der COS mit einer fachtheoretischen und fachpraktischen Lernerfolgskontrolle erwerben. Nach erfolgreicher Absolvierung des Kurses erhalten sie darüber ein vom Hessischen Sozialministerium und der Landesärztekammer gemeinsam getragenes Zertifikat.

(2) **Arzthelfer/innen/medizinische Fachangestellte, die bereits eine Fortbildung „Ambulantes Operieren“ an der COS absolviert haben,** können durch einen 14 Stunden Kurs der COS die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten hinzu erwerben. – Lernerfolgskontrolle, Zertifikat etc. wie unter (1)

(3) **Zukünftige Kurse „Ambulantes Operieren“ der COS** werden 80 Stunden umfassen und die Sachkenntnis zur Aufbereitung mit einschließen.

(4) Für die weitere Zukunft ist beabsichtigt, dass die erforderliche Sachkenntnis betreffend die Aufbereitung von Medizinprodukten bereits im Rahmen der Ausbildung zur/zum medizinischen Fachangestellten automatisch mit deren Abschluss ohne zusätzliche Fortbildung erworben wird.

Im Hinblick auf den Vollzug des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie des Infektionsschutzgesetzes sind die Vollzugsbehörden über das dargestellte Vorgehen informiert und werden dies im Rahmen ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Überwachungstätigkeit in eigener Zuständigkeit und nach eigenem Ermessen beachten.

Literatur

1. *Heudorf, U., Herholz, H. Kaiser, R. Hygiene in der Arztpraxis – Teil 3 Instrumentenaufbereitung und Checkliste „Hygiene in der Arztpraxis“, Hessisches Ärzteblatt, 11/2007, 659 - 663*
2. *Medizinproduktegesetz (MPG) 2. August 1994 in der Neufassung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3147) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung medizinprodukterechtlicher und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066)*
3. *Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV) in der Neufassung vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3397) zuletzt geändert durch Artikel 386 der Neunten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)*
4. *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten Bundesgesundheitsblatt 2001 (44), 1115 - 1126*

Korrespondenzadresse

Dr. med. Roland Kaiser
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt

Freiwilliges Akademie-Zertifikat oder Pflichtzertifikat der Landesärztekammer – welches ist das Richtige für mich?

Am Anfang stand die freiwillige Zertifizierung

Schon 1999 haben sich die hessischen Ärzte und Ärztinnen zunächst in einem Modellprojekt dafür ausgesprochen, die freiwillige Zertifizierung ihrer Fortbildungsaktivitäten in ihrem Kammerbezirk einzuführen. Von Anfang an hat das freiwillige Zertifikat der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen großen Zuspruch bei den Kolleginnen und Kollegen gefunden; im Laufe der Jahre konnte unsere Akademie mehr als 10.000 Urkunden inkl. der blauen Plaketten vergeben.

Das freiwillige Akademie-Zertifikat ist mittlerweile durch eine bundesgesetzliche Vorgabe eingeholt worden: 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 Bundesausschuss den ersten Fortbildungszyklus von 2006 bis 2011 bestimmt.

Worin unterscheidet sich das freiwillige Akademie-Zertifikat von dem Pflichtzertifikat?

Trotz der nun bestehenden Nachweispflicht über die Fortbildungsaktivität möchte die Landesärztekammer Hessen aus Qualitätsgründen an dem freiwilligen Akademie-Zertifikat festhalten. Damit das Nebeneinander von freiwilligem Akademie-Zertifikat und Pflichtzertifikat nicht zu Verwirrungen führt, sollen an dieser Stelle die Unterschiede dargestellt werden.

Das freiwillige Akademie-Zertifikat unterliegt strengeren Anerkennungsvoraussetzungen als das Pflichtzertifikat. So sind beispielsweise die Kategorie D „strukturierte, interaktive Fortbildung“ und die Kategorie B „mehrtägige Kongresse im In- und Ausland“ in ihrer anerkennungsfähigen Gesamtpunktzahl begrenzt. Mit Ausnahme der zehn Punkte pro Jahr für das Selbststudium (Kategorie E) kennt das Pflichtzertifikat keine Limitierungen. Jede Ärztin und jeder Arzt ist im Hinblick auf das Pflichtzertifikat frei zu wählen, ob sie ihre Fortbildungsverpflichtung durch elektronische Medien oder durch Präsenzveranstaltungen nachkommen möchte. Somit kann den individuellen Vorlieben und der Form des Lernverhaltens Rechnung getragen werden.

Mit der jüngst novellierten Satzung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung wurden lediglich die Rahmenbedingungen für das Akademie-Zertifikat dem Pflichtzertifikat angepasst: Auch für das Akademie-Zertifikat wird nun ein Fünf-Jahreszeitraum zugrunde gelegt, in dem 250 Punkte nachgewiesen werden müssen; die Gewichtung der Bewertungskriterien bleibt jedoch erhalten.

Gelten die Fortbildungspunkte für beide Zertifikate?

Das Nebeneinander von freiwilligem Akademie-Zertifikat und Pflichtzertifikat muss nicht zwangsläufig zu einer Entscheidung „entweder-oder“ führen. Vielmehr ist die Wahl zwischen „gut“ und „besser“ möglich, denn der gemeinsame Datenpool für beide Zertifikate ist das individuelle Arzt-Punktekonto. Sind in einem Fünf-Jahreszeitraum mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht, kann in jedem Fall das Pflichtzertifikat ausgestellt werden, um z.B. der Meldepflicht bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen genüge zu tun.

Dank eines intelligenten, edv-gestützen Rasters kann die Zusammensetzung der Fortbildungspunkte geprüft werden. Sofern die strengeren Voraussetzungen für das freiwillige Akademie-Zertifikat erfüllt sind, kann dieses zusammen mit dem „Gütesiegel“ der Akademie, der blauen Plakette, ausgestellt werden.

Die hessischen Ärztinnen und Ärzte müssen sich also nicht für das eine und gegen das andere Zertifikat entscheiden. Sie können beides haben!

Dr. Susan Trittmacher

Fortbildungspunktekonto – Online!

Seit November 2007 können hessische Ärztinnen und Ärzte jederzeit Einsicht in ihr individuelles Punktekonto nehmen und den Stand ihrer Fortbildungspunkte verfolgen.

Der Zugang zum Punktekonto erfolgt über ein Online-Portal auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (siehe Beispiel). Der erste Registrierungsvorgang löst zum einen eine Bestätigungs-E-Mail und zum anderen einen Postbrief aus, der Ihnen ein Passwort mitteilt. Sobald Sie das Passwort erhalten haben, können Sie sich das erste Mal zum Punktekonto anmelden: Beim Login können Sie nun Ihr Benutzerkennwort und das zugesandte Passwort verwenden. Bei der ersten Anmeldung werden Sie aufgefordert, das zugesandte Passwort durch ein persönliches Passwort zu ersetzen, so dass nur noch Sie in das Punktekonto einsehen können.

Dr. Susan Trittmacher

1. Schritt:
Über die Homepage der Landesärztekammer Hessen gelangt man zum Online-Portal: www.laekh.de

2. Schritt:
Wenn Sie noch kein Passwort haben, klicken Sie auf „Registrieren“

3. Schritt:
Geben Sie Ihre Daten in das Anmeldeformular ein.

4. Schritt:
Klicken Sie auf Registrieren. Wenn alles gut gelaufen ist, erhalten Sie eine Bestätigungs-E-Mail an die von Ihnen eingetragene E-Mail-Adresse. Ihre Anmeldung löst in der Kammer einen Postbrief aus, der Ihnen ein Passwort zukommen lässt.

CME – continuous medical education
Lebenslanges Lernen oder bloßer „run“ auf Punkte

Wohl kaum ein anderer Berufsstand als der der Ärzte praktiziert seit eh und je – und zwar auf freiwilliger Basis und der ganz persönlichen Einsicht in diese Notwendigkeit folgend – das lebenslange Lernen. Immerhin schließt sich an eine lange Mindeststudienzeit eine fast nicht minder lange Weiterbildungszeit an. Dem nicht genug, folgen meist mehrere Zusatzqualifikationen und zahlreiche Fortbildungen und zwar ohne dass diese in irgend einer (Weiterbildungs-)Ordnung vorgeschrieben wären oder zusätzliches Honorar versprechen. Diese Fortbildungen betreffen sowohl die Aktualisierung im Fachgebiet, als auch neue oder vertiefende Kenntnisse in interdisziplinären Schnittstellenbereichen.
Bildung und lebenslanges Lernen tragen dazu bei, den persönlichen Horizont zu erweitern und die fachliche und/oder soziale Kompetenz zu steigern. Durch neue Erkenntnisse und den Wissensaustausch mit anderen Menschen werden immer wieder neue Optionen eröffnet, das eigene persönliche und berufliche und das allgemeine gesellschaftliche Leben neu zu überdenken und die Gestaltung dessen mit zu beeinflussen und ggf. zu verändern und zu verbessern.

Diese hohe Bereitschaft zum lebenslangen Lernen gehört zum Selbstverständnis des Arztes, der traditionell – und allen Unkenrufen zum Trotz - seit jeher mehr als nur das pekuniäre Interesse im Auge hat, sondern vielmehr die Verantwortung gegenüber den ihm anvertrauten Patienten. Durch seine Berufswahl ist der Arzt in ein (Gesundheits-)System eingebettet, für dessen Funktionieren er zum Wohl des Einzelnen und der gesamten Gesellschaft grundsätzlich bereit ist, Verantwortung zu übernehmen und persönliche Opfer zu bringen.
Das bloße Auffüllen des Kontos mit Punkten ist innerhalb der Ärzteschaft sicherlich nicht der vorrangige Beweggrund, eine Fortbildungsveranstaltung zu besuchen und macht auch nicht wirklich Sinn.
Es ist aber dennoch eine Freude und eine kleine aber schöne Geste der Anerkennung, wenn man eines Tages sein Fortbildungszertifikat oder gar die gute alte Fortbildungsplakette in den Händen halten kann. Da wird einem dann wieder klar, was man in den vergangenen Jahren so alles zusätzlich noch gemacht hat – und darauf kann man stolz sein.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Bildungsmaßnahme und die Erwartungen an Bildungseinrichtungen

Fort- und Weiterbildung ist Dienstleistung und richtet sich mit seinen Angeboten zunächst am Bedarf und den Bedürfnissen der Teilnehmer aus.
Gute administrative und technische Organisation im Vorfeld der Veranstaltung und vor Ort sind ebenso wichtig wie Serviceleistungen, die – wo immer möglich – zu Annehmlichkeiten der Teilnehmer beitragen können. Hierzu gehört selbstverständlich auch personelle Präsenz und eine entgegenkommende, hilfsbereite und freundliche Art der Kommunikation.
Teilnehmer, die sich willkommen fühlen, wie liebe Gäste, sehen über ggf. bauliche oder räumliche Mängel eher hinweg und verzeihen einem vielleicht auch leichter die eine oder andere Panne.
Der schönste Erfolg einer Bildungseinrichtung ist es, wenn die Teilnehmer immer wieder und immer wieder gerne kommen.

Fort- und Weiterbildungseinrichtungen für das Gesundheitswesen sind nicht nur Dienstleister für den Einzelnen, sondern tragen neben einer allgemeinen gesellschafts- sozial- und gesundheitspolitischen Verantwortung, auch die Zuständigkeit für eine nachhaltige Handlungskompetenz derer, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind.
Somit misst sich bei den hierfür Verantwortlichen der Erfolg einer Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme nicht allein daran, wie gut die Veranstaltung den Teilnehmern „gefallen“ hat, sondern vielmehr auch daran, in wie weit die Teilnehmer dazu motiviert und in die Lage versetzt worden sind, das Gelernte in die Praxis umzusetzen.
Das Ziel und somit der Sinn und Zweck einer erfolgreichen Fort- oder Weiterbildung im Gesundheitswesen ist somit nicht nur die persönliche Förderung des jeweiligen Teilnehmers, sondern vielmehr die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der jeweiligen „Endzielgruppe“ welcher letztlich das Thema der Fortbildung gewidmet war.
Der größte Erfolg eines Bildungsanbieters im Gesundheitswesen ist dadurch gekennzeichnet, wenn sich die Maßnahme erfolgreich am „Endverbraucher“ also bei der Versorgung von Patienten widerspiegelt.

Um diesem hohen Anspruch näher zu kommen oder ihn gar erfüllen zu können, ist es unerlässlich, jeden Kursteilnehmer dort abzuholen, wo er im Moment mit seinem Wissen steht. Die Einschätzung des individuellen Kenntnisstandes eines jeden Teilnehmers und das Hinführen zum gemeinsamen Ziel ist immer wieder eine große Herausforderung an die thematische und didaktische Konzeption und an die Auswahl der Referenten.
Hierzu ist es unter anderem auch erforderlich dass der Konzeptionierer der Bildungsmaßnahme bzw. die Leiter der Maßnahme Sorge dafür tragen, dass die theoretische Planung auch in der praktischen, faktischen Umsetzung durch die jeweiligen Referenten ihren Niederschlag findet. Nicht zielgruppenspezifisch oder am Thema vorbeigeredet ist hierbei eben-

so kontraproduktiv wie Frontalvorlesung, die keinen Raum für Diskussion oder gar Mitarbeit der Teilnehmer zulassen.
Gemeinsame Zielerreichung und ein einigermaßen einheitlicher und vergleichbarer Kenntnisstand kann dort besonders gut gelingen, wo die Teilnehmer nicht nur passive Zuhörer sind, sondern vielmehr die Möglichkeit haben, durch ihren persönlichen und professionellen „input" zu aktiven Mitgestaltern der Fortbildungsmaßnahme zu werden.

Moderne Medien und die fast ausschließlich verwendete und mittlerweile nicht mehr wegzudenkende „PowerPoint-Präsentation" sind hierbei nicht immer das Mittel der Wahl, vor allen Dingen dann nicht, wenn sie den aktiven Dialog und den Erfahrungsaustausch mit und zwischen den Teilnehmern ausschließen. Die Faszination der neuen Technik täuscht heute keinen Teilnehmer mehr über eventuelle derartige Mängel hinweg.
Andererseits sind es gerade die neuen Medien (einschließlich PowerPoint), die z.B. durch Visualisierung des Gesagten, lernunterstützend und flexibel zur Auflockerung einer anspruchsvollen Fortbildungsveranstaltung eingesetzt werden können. Geschickt und sinnvoll eingesetzt sind sie eine durchaus wertvolle Ergänzung, ebenso wie Kleingruppenarbeit, Rollenspiele oder andere Fortbildungs- und Trainingstechniken.

Die Mitarbeiter einer Bildungseinrichtung bzw. der Leiter einer Fortbildungsmaßnahme hat somit im Vorfeld und bei der Vorbereitung neben der spezifischen Konzeptplanung und -entwicklung und den allgemeinen organisatorischen Notwendigkeiten auch die Verantwortung für die Auswahl der Dozenten und der zu referierenden Inhalte. Spätestens in der Veranstaltung wird der hierfür Verantwortliche wissen, ob er mit dem ausgewählten Referenten adäquat kommuniziert und den gewünschten Erfolg erreicht hat.
Am Urteil bzw. der Bewertung durch die Teilnehmer muss sich daher nicht nur der Referent messen lassen, sondern vielmehr auch derjenige, der die Auswahl und die entsprechenden Vorgespräche geführt hat.
Natürlich wird man immer bemüht sein, einmal ausgewählte Themen und Referenten möglichst zu behalten, um somit der Bildungsmaßnahme eine gewisse Ruhe und Zuverlässigkeit zu verleihen. Ständiger Wechsel führt nicht immer zu der gewünschten Verbesserung.
Um ein einheitliches und vergleichbares Bildungsniveau bei den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten gewährleisten zu können, ist nicht nur in der beruflichen Aus- und Weiterbildung, sondern idealer Weise auch in der Fortbildung eine größtmögliche Einheitlichkeit und Kontinuität der Maßnahme anzustreben bzw. erforderlich. Einheitlicher Titel mit einheitlichen Themen und definierten Inhalten und wenn möglich mit einem überschaubaren Expertenpool. Mit den von der Bundesärztekammer anerkannten Curricula wird diese Forderung auch in der Fortbildung bereits weitgehend umgesetzt.
Evaluierung ist in der Aus-, Weiter- und Fortbildung ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und zur Qualitätssteigerung. Aus diesem Grund ist es auch bei Fortbildungsmaßnahmen von ausgesprochen großer Bedeutung, dass sich möglicht alle Teilnehmer an den Bewertungsmaßnahmen beteiligen. Nur so ist es möglich, einen großen Überblick über beispielsweise die Teilnehmerzufriedenheit oder den Lernerfolg zu erhalten.
Je nach Veranstalter oder Veranstaltung werden unterschiedliche Evaluierungen durchgeführt. So kann zum Beispiel der Lernerfolg der Teilnehmer mit bestimmten Fragen zu Lerninhalten ermittelt oder der Veranstalter und die Veranstaltung selbst, im Hinblick auf die Organisation etc., bewertet werden.
Neuerdings und in zunehmendem Maße werden auch Dozenten aufgrund bestimmter Leistungskriterien von den Teilnehmern beurteilt, was ebenfalls dazu beiträgt, dass eine möglichst hohe Qualität in der Fortbildung erreicht wird.
Die Ermittlung und Feststellung, wie, in welchem Ausmaß und mit welcher Nachhaltigkeit die Bildungsmaßnahme letztlich in die Praxis umgesetzt wurde und in wie fern sie die „Endzielgruppe", also den Patienten erreicht hat, ist erheblich schwieriger und auch nur bedingt durch eine spätere Befragung oder Supervision der Teilnehmer möglich. Auch Befragungen und/oder Untersuchungen bei der „Endzielgruppe" können oftmals Aufschluss geben, sind aber je nach Maßnahme noch aufwändiger, langwieriger und oft erst nach Jahren ggf. messbar.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Bildungsmaßnahme

- angenehme Rahmenbedingungen – gute Organisation (Veranstalter)
- jeden Kursteilnehmer dort abzuholen, wo er im Moment mit seinem Wissen steht. (Referent)
- Verknüpfung von Theorie und Praxisbeispielen und -erfahrung (Referent)
- thematische und didaktische Konzeption mit zielgruppenspezifischen Inhalten füllen (Referent/Projektleitung)
- Verknüpfung von Fach- Spezial- und Allgemeinwissen – Entwicklung von Fach- und Sozialkompetenz (Referent/Projektleitung)
- größtmögliche Einheitlichkeit und Kontinuität der Fortbildungsmaßnahme – Einheitliches/vergleichbares Bildungsniveau (Projektleitung)
- Evaluierung auf verschiedenen Ebenen – Qualitätssicherung (Projektleitung)
- sanfte aber konsequente und kontinuierliche Anpassung der Bildungsmaßnahme an veränderte Gegebenheiten (Projektleitung)

Ein ausführlicher Muster-Fragebogen folgt in der März-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes

Anschrift der Verfasserin
Dr. med. Ursula Schreiber-Popović
Wiesenstraße 22
65817 Eppstein
ursula.popovic@web.de

Freude haben an der Fortbildung: Psychosomatische Grundversorgung

Bewegendes Seminar, Symptomzentrierung und Sinnfindung

W. Schüffel[1], W. Merkle[2], P. Frevert[3], L. Rackwitz[4], D. Atmanspacher[5], A. Schoeppner[6]

Felix Anschütz gewidmet, ehemals Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Darmstadt, ehem. Leiter der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH und begnadeter Puppenspieler

Freude soll die Fortbildung bringen, sie darf unmittelbar befriedigend sein, und sie muss sich langfristig durch Sinnfindung auszeichnen.

Dreifaches Ziel von Freude, Befriedigung und Sinnfindung

Freude heißt, z.B. einen Trauerprozess im Loslassen zu begleiten oder einen Hausbesuch mit vertieftem Einblick in ein Familiengeschehen abgeschlossen zu haben. Befriedigung heißt, die Bedeutung des Symptoms unmittelbar vermitteln zu können. Sinnfindung heißt, zum Teleologischen in der Medizin zurückfinden.

Wie wird dieses dreifache Ziel von Freude, unmittelbarer Befriedigung und Sinnfindung angestrebt und im geglückten Falle erreicht? Wie geschieht das innerhalb des Bewegenden Seminars (1) in Bad Nauheim?

Das formelle Angebot

Das Curriculum Psychosomatische Grundversorgung von Bad Nauheim ermöglicht, in sechs Blockveranstaltungen zu je zwanzig Stunden das Zertifikat „Psychosomatische Grundversorgung zu erwerben. Die Obergrenze der Teilnehmerzahl liegt bei 36.

Der Ablauf des erweiterten Bewegenden Seminars: Gruppenarbeit, Fallarbeit und der Rahmen

Die Gruppenarbeit: Hierbei wird das gruppendynamische Prinzip der halboffenen Gruppe verfolgt: Das Plenum der Teilnehmer/innen trifft sich freitags zu Balint-Großgruppenveranstaltungen mit Innen- und Außenkreis. Dieses Plenum wird am folgenden Samstag in drei Balintgruppen zu je zwölf Teilnehmer/innen aufgeteilt, um eine intimere Atmosphäre herzustellen. Hier wählt jede Gruppe ihre Sprecherin, die am Sonntagmittag am Evaluations- und Entwicklungsgespräch der Seminarleitung teilnimmt.

Die Fallarbeit: Pro Veranstaltungsblock à 20 Fortbildungsstunden werden sechs Fälle bearbeitet: Zwei Fälle in der *Balint-Großgruppe,* zwei Fälle in *Balint-Kleingruppen* und zwei Fälle im Plenum mit dem Patienten. Der Patient ist während eines Halbtages durchgehend im Plenum anwesend. – Die drei Formen der Gruppenarbeiten ermöglichen unterschiedliche Stufen der Intimität wie der Praxisspiegelung. Während die Großgruppen Einblicke in allgemeine Versorgungsbezüge durch Hessen, aber auch die Bundesrepublik bieten, fokussieren die Kleingruppen auf charakteristische Konfliktsituationen und deren Lösungsmöglichkeiten innerhalb der Zweierbeziehung. Die Plenargruppe stellt die denkbar schärfste Widerspiegelung einer Praxis-, Klinik- oder sonstigen Institutionssituation unter dem Aspekt konkreter verbaler (und averbaler!) Interventionsmöglichkeiten dar.

[1] *Prof. em., ehem. Leiter der Klinik für Psychosomatik, Zentrum Innere Medizin der Philipps-Universität Marburg*
[2] *Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hl. Geist Hospital Frankfurt*
[3] *FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Frankfurt*
[4] *FÄ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg;*
[5] *FÄ Anästhesie, Psychotherapie, Kassel*
[6] *Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin Burgebrach/Bamberg*

Zur Erläuterung von Fall- und Gruppenarbeit: In den beiden Plenargruppen läuft als Herzstück der Veranstaltung das eigentliche Bewegende Seminar (1) einschließlich der Bewegenden Anamnese ab. Dieses Seminar besteht aus sieben Abschnitten (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1

Bewegendes Seminar: sieben Abschnitte

1 Patientengespräch in Gegenwart des Behandelnden Arztes
2 20'-Pause und Interkollegialer Austausch
3 Vertiefung aus Psychosomatischer Perspektive
4 Deutung der Beziehungsproblematik aus Symptomperspektive
5 Entwicklung von Lösungsansätzen
6 Dokumentation; Nächster Schritt
7 Offene Fragen, insbesondere technischer Art; Ventilation der Gefühle Aller; Verabschiedung des Patienten

Symptomzentrierung: Einen *zentralen* Stellenwert nimmt die Auseinandersetzung mit dem Symptom innerhalb der Bewegenden Anamnese wie insgesamt innerhalb des Bewegenden Seminars ein. Das Symptom wird in seinen vier Bedeutungen gesehen, nämlich 1. Wünschen; d.h. etwas *bewusst* wünschen können; 2. Wegschieben: das Gewünschte wegschieben wollen, aus *unbewusster* Motivation; 3. Aufschieben: Spannungen aus den Konflikten zwischen Wünschen und Wegschieben, die zu einem u.U. jahrzehntelangen Aufschieben führen; 4. Auflösen: Spannungen der ungelösten Konfliktsituation wenigstens teilweise auflösen.

Innerhalb des *Bewegenden Seminars* und seines zweieinhalbstündigen Ablaufes ist der erste Abschnitt der Bewegenden Anamnese der zeitlich umfangreichste. Auch sie ist in sieben Phasen (Tabelle 2) unterteilt. Die erste und die letzte Phase sind die wichtigsten: Eingangs wird die *Doppelproblematik von Arzt und Patient in wörtlicher Form festgehalten* (2). Ausgangs geht es um die Benennung von Räumen, in denen sich der Patient (beginnend) rhythmisch bewegt. Diese Formulierung ist metaphernartig zu verstehen (s.u.).

Tabelle 2

Bewegende Anamnese: sieben Phasen

1 Symptomatik: Haupt- und Nebensymptome im Hier & Jetzt
2 Anamnese/Jetzt: auf Hauptsymptom bezogen
3 Narrativ/ lebensgeschichtlich entlang dem Hauptsymptom
4 Regisseur, d.h. Arzt in gestalterischer Kompetenz („Situations"- bzw. „Gestaltkreis")
5 Individuum: dessen Ressourcen
6 Bewegung (Stichwort „graziös" versus „verkrampft")
7 Rhythmik, die sich mit einem Nächsten Schritt verbindet.

Zum Rahmen des Bewegenden Seminars: Dieser besteht aus Einzelvorträgen und Übungen, die über alle drei Tage des Seminars interaktiv (u.a. interaktive Dreierkonstellationen nach L. Rackwitz) in das Programm eingebaut sind. Inhaltlich stellen sie eine Durchmischung krankheitsbezogener, entwicklungsmäßiger und interventionsmäßiger Themen dar. Die krankheitsbezogenen Themen sind überwiegend organorientiert (Herz, Lunge, Magen-Darm, Haut, gynäkologische Erkrankungen). Breiten Raum nehmen die somatoformen Störungen (s.u.) ein. Zu den entwicklungsmäßigen Themen gehört schwerpunktmäßig die psychische Entwicklung des Menschen und ihre Auswirkung auf späteres Verhalten einschließlich Krankheitsverarbeitung und Einwirkung auf Übertragung und Gegenübertragung. Zu den interventionsmäßigen Themen gehören Kurzeinführungen in Gruppen-, einschließlich Balintgruppenarbeit, Gesprächstechniken mit dem Schwerpunkt Gesprächsführung im Erstgespräch und Verlaufsgespräch, sowie Interventionen in Akutsituationen. Durchgehend werden Aspekte der *Salutogenese,* d.h. Aspekte des Kohärenzsinnes, dessen Entwicklung und dessen Bedeutsamkeit in Abgrenzung zu einer pathogenetischen Sicht gebracht.

Folgerungen: Somatoforme Störungen und Gemeinschaftliches Handeln

Wir hatten 1983 begonnen, vor Ort, d.h. regional bezogen Fort- und Weiterbildungszirkel für eine psychosomatische Grundversorgung einzurichten (3, 4). (Schüffel, Fassbender, 1983; vgl. auch Ankündigung im Hess. Ärzteblatt, 1983). Wir rückten den Gesichtspunkt der Motivation in den Vordergrund. In weitsichtiger Weise unterstützten die Akademievorsitzenden H. Kerger (5) und F. Anschütz (6, 7) bereits damals diese Bemühungen. Später geschah dies durch

E. G. Loch. Anschütz spricht von „Naturerkenntnis, Menschenkenntnis und Kunstfertigkeit“ (5), die eine Motivation zur Fortbildung begründen.

Ein Zusammentreffen dieser drei Qualitäten ermöglicht dem Arzt und nur diesem, das Symptom in der beschriebenen Weise zu deuten. In unserer Arbeit wurden wir durch die Einsichten sowohl J. von Uexkülls wie seines Sohnes T. von Uexküll zum Funktions- bzw. Situationskreis bestimmt (8). Das Wort „bestimmen“ wird als zentraler Begriff der Motivation betont. In unseren Arbeiten „merkten“ (entsprechend der „Merkwelt“ Uexküllscher Umwelten) wir, wie immer wieder bestimmte Grundmuster menschlichen Verhaltens und Wahrnehmens (in dieser Abfolge) bedeutsam wurden: Wir entdeckten die Bedeutung des Symptoms aus dem Verhalten. Noch später stellten wir fest, dass dies der Vorgehensweise der Anthropologischen Medizin (v. Weizsäcker, 1956; 1987(9)) mit ihrem Gestaltkreis und den pathischen Qualitäten entspricht. Der Weg zur Einführung des Subjektes in die Medizin als Grundforderung der Anthropologischen Medizin schien zurückgelegt (10). Doch wurden die Widerstände gegen eine derartige Form der Medizin zum Ausgang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts beträchtlich. Sie äußerten sich darin, dass die Teilnehmer nahezu einhellig begrüßten, auf den Patienten zu treffen – doch in ihren Praxen ließen sich für Bad Nauheim keine Patienten finden.

Erst in den letzten drei bis vier Jahren änderte sich die Einstellung. Heute wird deutlich, dass Ärztinnnen und Ärzte als Subjekte *miteinander und mit dem Patienten umgehen* wollen (11). Sie geben sich als traumatisch Geschädigte zu erkennen. Über Generationen hinweg (Schüffel, Pauli, 1992) waren Patienten als Krankheitsträger vorgestellt und damit zu Objekten einer Krankheitsdemonstration geworden. Unter den Bedingungen des Bewegenden Seminar hingegen traten sich Subjekte in ihrer Willensfreiheit und ihrer beiderseitigen Verantwortung (12) als Gesprächs- und Arbeitspartner gegenüber: Wachsend wurden Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen, somatoformen Störungen generell, Angst-, Depressions-, Adaptations- und Traumastörungen vorgestellt. Diese geistige Öffnung fällt mit dem Zeitpunkt zusammen, als ein Teilnehmer des ersten Curriculums von 1988 als Dozent und jetzt Mitautor (P.F.) der Arbeit sich an der Curriculumsentwicklung zu beteiligen begann. Unter Ärzten entstand das neue Bewusstsein, in der Arzt-Patienten-Beziehung eine Arbeitsbeziehung auf Wechselseitigkeit, eben auf einer demokratischen Basis zu sehen.

Hilfen zur Weiterentwicklung dieses Bewusstseins sind nötig. Hier werden wir einerseits auf entsprechende handlungsmäßig-pragmatisch angelegte Arbeiten zurückgreifen (13, 14, 15, 16, 17). Andererseits werden konzeptionelle Entwicklungsarbeiten unter Einbeziehung teleologischer Aspekte verbunden mit phänomenologischen erforderlich sein (18, 19).

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse
Professor Dr. med. Wolfram Schüffel
Kaffweg 17a, 35039 Marburg
www.schueffel.com
E-Mail: wolfram@schueffel.de

Die neue Weiterbildungsordnung – Personalgespräche und Logbuch

Mit der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung vom 1. November 2005 (1) sind in den Landesärztekammern bundesweit einheitlich jährliche Personalgespräche zum Stand der Weiterbildung und das Führen eines Weiterbildungslogbuchs verpflichtend eingeführt worden. Die Forderung danach stammte aus einzelnen Fachgesellschaften und von jungen Ärzten in Weiterbildung, die Kammern haben diese Forderung sehr positiv begleitet. So sollte einerseits ein Instrument zur Sicherung der Qualitätsniveaus des Facharztes geschaffen werden, andererseits auch eine Möglichkeit, offen, verbindlich und strukturiert den Stand der persönlichen erreichten Weiterbildung zu beurteilen und Änderungen frühzeitig vorzunehmen. Oft herrschen noch Unsicherheit und Unkenntnis, wie mit diesen Gesprächen und der Dokumentation zu verfahren ist. Diese Aspekte müssen aber gemäß der Berufs- und Weiterbildungsordnung jedem Arzt bekannt sein, der sich diese Kenntnisse aktiv anzueignen hat (2).

Die Weiterbildungs(-personal-)gespräche sind mindestens einmal jährlich zu führen (3) – häufigere Gespräche sind selbstredend möglich und sicher auch oft sinnvoll. Durch das persönliche Gespräch wird auch für große Abteilungen gewährleistet, dass sich Weiterbilder und Weiterzubildender mehr als nur oberflächlich mit den Berufszielen des Weiterzubildenden konkret befassen müssen. Da es sich um ein durchaus arbeitsrechtlich relevantes Personalgespräch handelt, empfiehlt sich die vertrauliche Form, d.h. das Vieraugengespräch zwischen Weiterbilder und Weiterzubildendem. Auch eine entsprechende Dauer ist damit selbstredend. Um einen möglichen späteren Dissens über die Inhalte

zu vermeiden, soll die Aufzeichnung des Gesprächs zwischen beiden Beteiligten konsentiert protokolliert werden, am einfachsten durch beider Unterschrift und ein gemeinsames Protokoll. Sollte ein Konsens nicht möglich sein, sollte ein klärendes Gespräch in der Kammer geführt werden. Die Protokollierung stellt sicher, dass auch bei späteren Streitfällen die Kammer diese Gespräche über und im Verlauf der Weiterbildung beurteilen kann. Somit spricht ein Fehlen solcher Gesprächsaufzeichnungen durchaus dafür, dass die Aufgabe der Weiterbildung nicht konsequent und systematisch wahrgenommen wurde.

Dieses (Personal-)Gesprächsprotokoll ist also mehr als das bloße „Abhaken" im Weiterbildungslogbuch, mit dem nur dokumentiert wird, dass es überhaupt ein Gespräch gegeben hat. Bei normal verlaufener Weiterbildung reicht für die Anmeldung zur Facharztprüfung die Dokumentation im Weiterbildungslogbuch. Bei Auffälligkeiten oder Beschwerden werden jedoch die detaillierten Protokolle angefordert.
Im Weiterbildungslogbuch sollen neben dem Personalgespräch Kenntnisse und Fertigkeiten dokumentiert werden. Hier muss ein Fortschritt im Verlauf erkennbar sein, z.B. kann damit die Weiterbildung nicht wesentlich erst in den letzten ein oder zwei Jahren erfolgen. Selbstverständlich können gemäß der Rotation oder auch des Stellenwechsels im Rahmen der Weiterbildung (z.B. Verbundweiterbildung) die Inhalte schwerpunktmässig abgeleistet werden, das endgültige Niveau muss aber auch so insgesamt weiterbildungszeitgerecht erreicht werden. Dies bedeutet bei strenger Rotation, dass in einem „Schwerpunkt" eines Gebietes/Fachs fortgeschrittene Inhalte frühzeitig erworben werden müssen, die einfacheren Inhalte in einem anderen „Schwerpunkt" aber erst später erlernt werden. Eine begleitende didaktische Strukturierung der Rotationen hat dies zu bedenken. Die entsprechenden Überlegungen werden beim Erstellen eines Curriculums stimuliert, das dann auch für den Antrag auf die Weiterbildungsbefugnis genutzt werden kann. Inzwischen gibt es verschiedene EDV-unterstützte Ansätze, das Weiterbildungscurriculum jedes Einzelnen zeitgerecht innerhalb einer Klinik zu gewährleisten (4, 5, 6).

Die Weiterbildungslogbücher der Kammern können kostenfrei im Internet heruntergeladen werden (7). Um diese Logbücher gibt es etwas Verwirrung, da verschiedene Fachgesellschaften und Berufsverbände eigene gegen Gebühr erhältliche Logbücher verfasst haben (8). Inhaltlich werden auch in diesen Logbüchern der Fachgesellschaften und Berufsverbände die Weiterbildungskataloge der Landesärztekammern wiedergegeben, jedoch ergänzt um weitere Möglichkeiten zur Darstellung des Berufswegs (z.B. akademische und wissenschaftliche Leistungen oder absolvierte Kurse verschiedener Anbieter). Grundsätzlich sind im Rahmen der Weiterbildung nicht vorgeschriebene Kurse auch kein Ersatz für den Erwerb von Inhalten an der eigentlichen Weiterbildungsstelle. Da diese Ergänzungen somit nicht verpflichtender Bestandteil des Weiterbildungsgangs zum Facharzt sind, ist diese Dokumentation von den Kammern auch nicht vorgeschrieben.

Im EU-Recht (9) wird geregelt, dass Weiterbildung grundsätzlich ganztägig stattfinden muss, bei anteiliger Ableistung verlängert sich die Weiterbildungszeit entsprechend. Die EU fordert – und demgemäß auch die deutschen Landesärztekammern bzw. Bundesländer in den entsprechenden Heilberufsgesetzen –, dass die vorgeschriebenen Inhalte der Weiterbildung erreicht werden müssen, um so eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gewährleisten. Damit kann eine Forschungsphase grundsätzlich nicht anstelle klinischer Weiterbildung am Patienten eingebracht werden, ausser sie hat genau zum Erwerb dieser Inhalte gedient. Der hohe Stellenwert einer zielgerichteten Forschungstätigkeit in Ergänzung zur Weiterbildung ist durch diese Regelung selbstverständlich nicht infrage gestellt. Diese EU-Vorgabe entspricht an dieser Stelle einer international häufig praktizierten Vorgehensweise, Zeiten der Forschung als zusätzliche, klar von der Weiterbildung abgetrennte Zeiten anzubieten.

Literatur

1. *http://www.baek.de/page.asp?his=0.8.5585 – von hier ausgehend können auch die Seiten aller einzelnen Landesärztekammern schnell gefunden werden*
2. *§ 2 (5) der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen: http://www.laekh.de/upload/x_Aerzte_Infomappe/03_Berufsordnung.pdf und § 5 der Weiterbildungsordnung: http://www.laekh.de/upload/Aerzte_Info/Fort_Weiterbildung/WB_Abteilung/WBO_2005/WBO_2005_10.pdf*
3. *§ 8 (2) der Weiterbildungsordnung der LAEKH: http://www.laekh.de/upload/Aerzte_Info/Fort_Weiterbildung/WB_Abteilung/WBO_2005/WBO_2005_10.pdf*
4. *Kersting, S, Saeger, H: Das e Logbuch zur strukturierten Facharztbildung. Der Chirurg BDC 3 ; 2005 ; 91 – 95*
5. *Said, S: Das neue elektronische Logbuch: Erste klinische Erfahrungen. Der Chirurg BDC 10 ; 2007 ; 341 – 344*
6. *Wölfl CG , Wentzensen, A , Wölfl, A , Staudt, A, Staudt, P: WDoku© – conmputerbasierte Dokumentation der Weiterbildungsinhalte Orthopädie und Unfallchirurgie. Der Unfallchirug 110; 2007; 995 – 999*
7. *für Hessen: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=1429*
8. *z.B. www.bdc.de unter: Junge Chirurgie / Logbuch*
9. *RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen; Amtsblatt der Europäischen Union; L 255/22 vom 30.09.2005 – http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/oj/2005/l_255/l_25520050930de00220142.pdf*

PD Dr. med. Elmar Lindhorst
Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

Der chronische Handgelenksschmerz – Diagnostik und Möglichkeiten der Therapie

M. Ruggaber, H. Menke

Einleitung

Chronische Handgelenksschmerzen stellen ein häufiges medizinisches Problem dar. Die langanhaltende Schmerzsymptomatik führt zu vielfältigen Einschränkungen im Alltag, vermehrten beruflichen Fehlzeiten oder gar Arbeitsunfähigkeit. Diagnostische Maßnahmen bleiben oftmals ohne konkreten Befund. All dies unterstreicht die hohe sozioökonomische Bedeutung des chronischen Handgelenksschmerzes. Eine regelrechte Funktionalität des Handgelenkes setzt ein ungestörtes Zusammenspiel der acht Handwurzelknochen und ihren bandhaften Verbindungen mit dem distalen Unterarm voraus. Dieser komplexe Aufbau bietet eine maximale Beweglichkeit, jedoch auch Anlass zu vielfältigen Störungen. Im folgenden stellen wir die häufigsten Ursachen und Behandlungsstrategien des chronischen Handgelenksschmerzes dar.

Diagnostik

Die Anamnese des Patienten erlaubt bereits eine Eingrenzung der Ursachen der oft unspezifischen Symptomatik. Von Bedeutung sind frühere, auch lange Jahre zurückliegende Unfälle als mögliche Ursachen für Bandverletzungen oder Pseudoarthrosen. Zu beachten sind auch besondere Belastungen durch berufliche oder sportliche Aktivitäten, aber auch Systemerkrankungen. Ältere Röntgenuntersuchungen ermöglichen Verlaufsbeobachtungen. Die Untersuchung erfasst den Bewegungsumfang der betroffenen Hand, sowie die Lokalisation und Bewegungsabhängigkeit des Schmerzes mit Klassifikation der Intensität und Art in deskriptiver Form. Bei entsprechendem Verdacht sind spezifische Funktionstests (z.B. Watson-Test) durchzuführen. Differentialdiagnostisch sind ausstrahlende Schmerzen und ihre Ursachen wie bei Synovitiden, Tendovaginitiden oder Nervenkompressionsbeschwerden zu berücksichtigen.

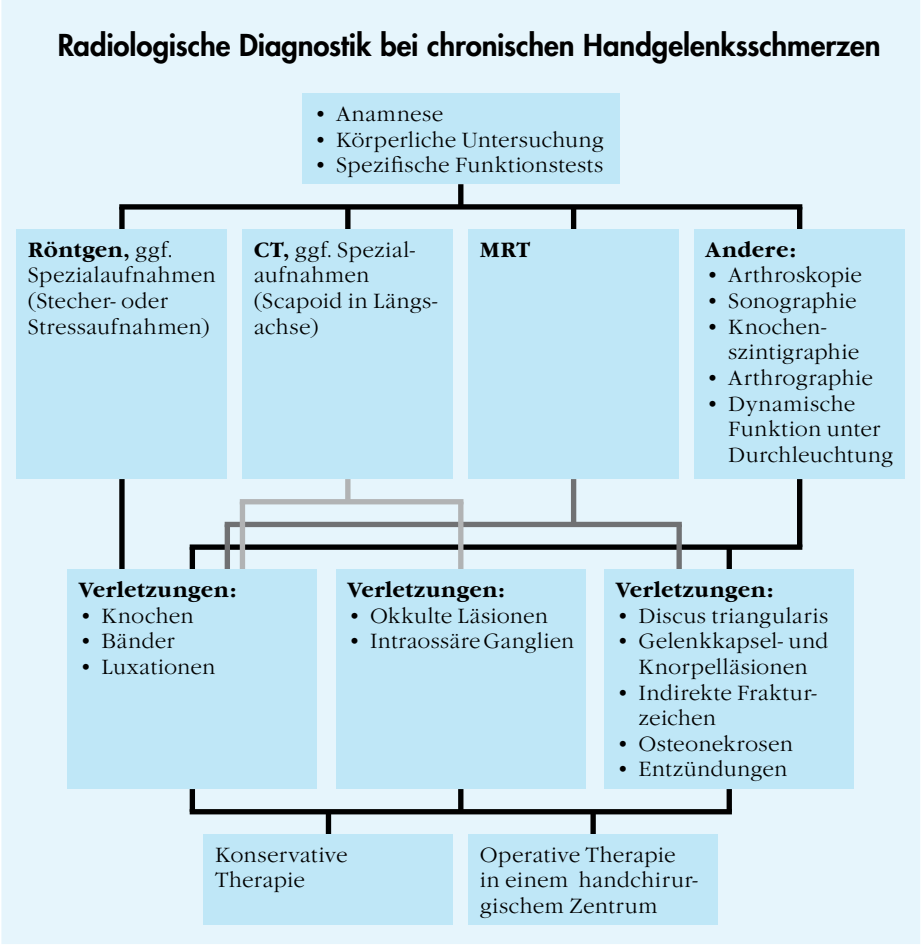


Abb. 1

Vorgehensweise

Diagnostisch sollte zuerst ein Röntgenbild in zwei Ebenen (ggf. in 45 Grad Schrägaufnahme und ggf. seitenvergleichende Aufnahmen) veranlasst werden. Es können hier ossäre Veränderungen wie Fehlstellungen, Arthrosen oder andere degenerative Umwandlungen erkannt werden. Leider sind die Anfangsstadien vieler Erkrankungen zu diesem Zeitpunkt, im konventionellen Röntgenbild, noch nicht sichtbar. Je nach Klinik und Verdacht sind weiterführende radiologische Untersuchungen anzuschließen (Abb. 1). Bei unklarem Röntgenbefund des Scaphoid ist ein CT – in Längsachse des Kahnbeins – mittlerweile Standard. Eine explorative Handgelenksarthroskopie erlaubt die Beurteilung bandhafter Verletzungen, Veränderungen im Bereich des TFCC (triangulärer fibrocartilaginärer Complex) oder das Erkennen des Ausmaßes degenerativer Veränderungen im Knorpelbereich. Die

Tabelle 1

Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Handgelenksschmerzen

Ursache	Beispiel	Folge	Therapieoptionen
Trauma			
– Knöcherne Verletzung	Scaphoid-pseudoarthrose	SNAC	PRC, Teilarthrodese („four corner fusion“)
– Bandhafte Verletzung	SL Ruptur	SLAC	HG-Arthrodese, Denervation
Vaskulär	Lunatumnekrose M. Kienboeck	SLAC	Vaskularisierter Knochenspan, STT-Arthrodese, HG-Arthrodese Denervation
	M. Preiser	SNAC	*siehe oben*
Degenerativ	TFCC Läsion	Arthrose Radio-carpalgelenk/DRUG	Teilarthrodese Denervation
Entzündlich	Rheuma PCP	Gelenkdegeneration	Primär konservativ Gelenkersatz Teilarthrodese Denervation

DRUG: *distales Radioulnargelenk;* ***four-corner-fusion:*** *Fusion von Os lunatum/Os triquetum/Os capitatum/Os hamatum;* ***PCP:*** *primär chronische Polyarthritis;* ***PRC:*** *proximal row carpectomie;* ***SL-Band:*** *scapholunäres Band;* ***SLAC:*** *Scapholunate advanced collapse;* ***SNAC:*** *Scaphoid nonunion advanced collaps;* ***STT-Arthrodese:*** *Fusion von Os scaphoideum/Os trapezium/Os trapezoideum;* ***TFCC:*** *Triangulärer fibrocartilaginärer complex*

Kernspintomographie bleibt besonderen Fragestellungen vorbehalten. Sie zeigt pathologische Veränderungen der ossären Vitalität, der Band- und Kapselstrukturen, des Dreiecksknorpels und kann indirekte Hinweise auf Frakturen geben. In Sonderfällen kann bei auffälligem Bewegungsmuster bzw. fraglichen Instabilitäten bestimmter Gelenke auf dynamische Funktionsprüfungen unter Bildwandlerkontrolle zurückgegriffen werden, um vorhandene Störungen zu erkennen.

Funktionelle Störungen des Handgelenkes unterschiedlichster Ursachen führen unweigerlich zu einer fortschreitenden Handgelenksarthrose. Ziel der therapeutischen Bemühungen ist es daher, möglichst frühzeitig in diese Entwicklung einzugreifen, pathologische Veränderungen zu beseitigen oder degenerative Prozesse mit Verlust der karpalen Höhe zumindest aufzuhalten, bei weitmöglichst schmerzfreiem Funktionserhalt des Handgelenkes. Diese sogenannten Rettungsoperationen sind den kompletten Arthrodesen im Handwurzelbereich vorgeschaltet, um zumindest eine Teilbeweglichkeit zu erhalten. Einen Überblick der häufigsten Ursachen und möglicher therapeutischer Ansätze gibt Tabelle 1.

SLAC- und SNAC-Wrist

Sehr häufig vorkommende und schwerwiegende Befunde im Handwurzelbereich sind arthrotische Veränderungen der benachbarten Handwurzelknochen im Sinne eines SLAC-Wrist oder SNAC-Wrist. Beide Veränderungen sind meist posttraumatisch bedingt und führen nach einigen Jahren zu einer ausgeprägten Knorpeldegeneration und stärksten Beschwerden im Handgelenksbereich.

a) SLAC-Wrist

Die proximale Handwurzelreihe bildet eine mechanisch sehr belastbare Struktur, die durch einen kräftigen Kapselbandapparat sowohl mit sich selbst, als auch mit den Unterarmknochen und der distalen Handwurzelreihe, verbunden ist. Kommt es in diesem Bereich zu einer Bandverletzung (meist scapholunäres-Band), resultiert eine funktionelle Instabilität der Handwurzelknochen. Unter normaler Belastung kippt das Os lunatum nach einiger Zeit nach dorsal, während das Os scaphoideum nach palmar rotiert. Dies lässt sich im streng seitlichen Röntgenbild gut darstellen. Die isolierte Verletzung des dorsalen SL-Bandes und der damit verbundenen palmaren Subluxationsstellung des Os lunatum wird als DISI (Dorsal-Intercalated-Segment-Instability) bezeichnet. Bei Verletzung des palmaren Bandsystems spricht man von einer PISI-Stellung (Palmar-Intercalated-Segment-Instability) des nach palmar gekippten Mondbeins.
Durch das Auseinanderweichen des Os scaphoideum und des Os lunatum entsteht eine kleine Lücke, in die sich das Os capitatum nach proximal vorschiebt. Durch das gegenläufige Gleiten der Handwurzelknochen kollabiert der Karpus und es kommt zum SLAC-Wrist (Scapholunate advanced collapse). Anfangs finden sich arthrotische Veränderungen im Bereich des Processus styloideus radii, später an der radiaocarpalen Gelenkfläche und schließlich im Mediocarpalgelenk (Abb. 2).

b) SNAC-Wrist

Ähnlich dem SLAC-Wrist kommt es beim SNAC-Wrist ebenfalls durch eine Instabilität im Bereich der proximalen Handwurzelreihe zu einer zunehmenden Arthrose der Handwurzelknochen. Die Statikverschiebung wird in diesem Fall jedoch durch eine Pseudarthrose des Os scaphoideum ausgelöst (Scaphoid nonunion advanced collaps). Bleiben

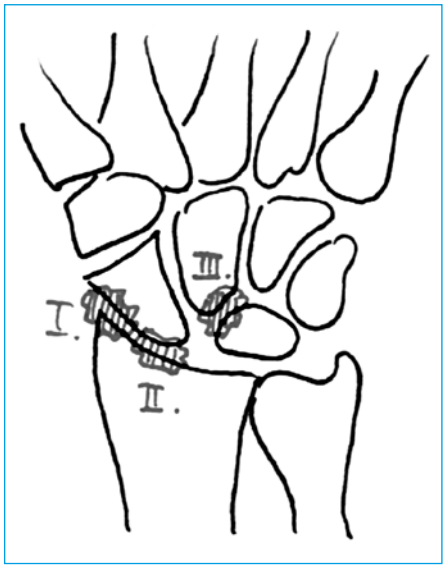


Abb. 2: Stadien SLAC-Wrist bzw. SNAC-Wrist

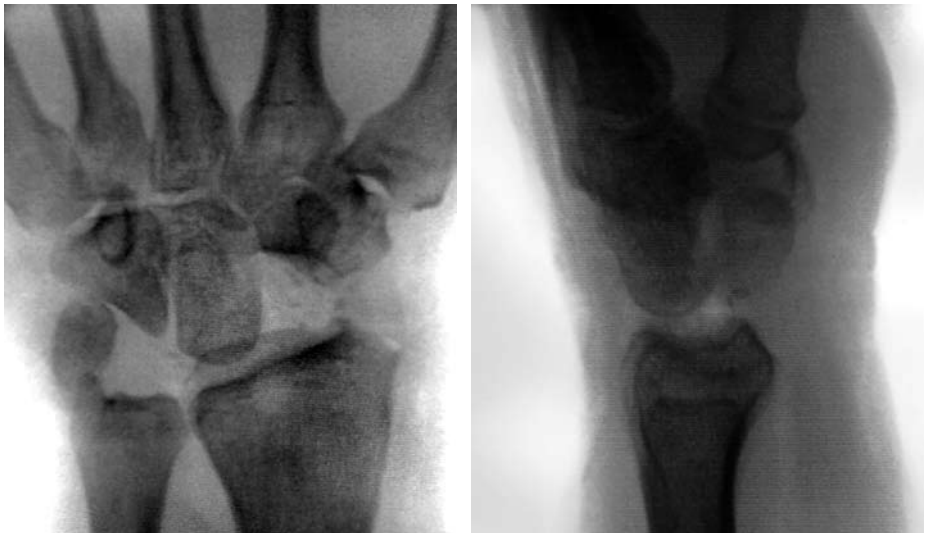


Abb. 3: Entfernung der proximalen Handwurzelreihe

proximaler und distaler Pol des Scaphoids mobil, kommt es wiederum aufgrund der Scherkräfte, sowie der Ligamentotaxis der proximalen Handwurzelreihe, zu ausgeprägten arthrotischen Veränderungen (Abb. 2).

Die Therapieoptionen des SNAC/SLAC-Wrist sind vergleichbar und stadienabhängig (siehe Tab.1). Ab den mittleren Schweregraden der Erkrankung (Stadium II) kann so die Entfernung der proximalen Handwurzelreihe empfohlen werden. Voraussetzung ist allerdings ein arthrosefreies Mediocarpalgelenk (vor allem des proximalen Pol des Os capitatum) und die Unversehrtheit der Fossa lunata (Abb. 3).

Bei SLAC + SNAC-Wrist Stadium III mit Mediocarpalgelenkarthrose wird eine partielle Arthrodese der Handwurzel im Sinne einer Four-Corner-Fusion favorisiert. Bei ebenfalls unversehrter lunoradialer Gelenkfläche erfolgt nach der Entfernung des Scaphoids die Fusion von Os lunatum, Os triquetum, Os capitatum und Os hamatum. Die spätere Bewegung des Handgelenkes findet anschließend zwischen Mondbein und Radius statt.
Als ultima ratio steht abschließend die Arthrodese des Handgelenkes zur Verfügung. Indikationen hierzu sind die fortschreitende Destruktion der gesamten Handwurzel, oder das Fehlschlagen von Eingriffen zur Teilversteifung im Handgelenksbereich. Operativ werden Radiokarpal-, Mediokarpal- sowie Karpometakarpalgelenk III fusioniert. Nach Abtragung der entsprechenden Knorpelareale wird eine vorgeformte Arthrodeseplatte aufgebracht und die Gelenkdefekte mit Beckenspongiosa aufgefüllt. Hierbei bleibt die Handfunktion natürlich erhalten, während die Handgelenksbeweglichkeit vollständig ausgeschalten wird. Diese Maßnahmen sind jedoch nur bei Spätzuständen von Veränderungen des Os scaphoideum oder der Handwurzel indiziert. Auf die vielen unterschiedlichen Rekonstruktionsmöglichkeiten des Kapselbandapparates oder des Os scaphoideum in früheren oder akuten Phasen, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Sonstige degenerative Veränderungen

Bei Degeneration der Fossa scaphoidea und Fossa lunata kann die Fusion von Radius, Os scaphoideum und Os lunatum (RSL-Arthrodese), durchgeführt werden. Es resultiert hier jedoch ein mittelgradiger Bewegungsverlust, so dass eine strenge Indikationsstellung besteht. Beobachtet wird diese Form der Panarthrose des proximalen Handgelenkes vorzugsweise als Folge einer Gelenkfehlstellung nach distaler Radiusfraktur.
Ist isoliert die Fossa lunata degeneriert, können Radius und Mondbein versteift werden (RL-Arthrodese – Chamay'sche Arthrodese). Beide zuvor genannten Teilarthrodeseformen im Handwurzelbereich sind in der Praxis eher selten und nur bei intaktem distalen Handwurzelgelenk durchführbar.

Lunatummalazie

Eine weitere Ursache für chronische Handgelenksschmerzen kann eine Veränderung des Os lunatum, im Sinne einer Lunatummalazie (aseptische Knochennekrose – Morbus Kienboeck), sein. Problematisch ist die Früherkennung dieser aseptischen Knochennekrose, die im konventionellen Röntgenbild kaum darstellbar wird. In diesem Fall sollte sich eine Kernspinuntersuchung anschließen, um die Vitalität des Mondbeins beurteilen zu können. Je nach Schweregrad und klinischer Ausprägung kommen mehrere Therapieoptionen in Frage. Zur Einteilung der verschiedenen Krankheitsstadien hat sich die Klassifikation nach Lichtmann et al. bewährt (Tab. 2).

Tabelle 2

Stadien der Lunatummalazie nach Lichtmann und al.

Stadium I	normale Knochenstruktur und Dichte, Frakturlinie sichtbar
Stadium II	unterschiedliche Knochendichte, Tiefenminderung des Mondbeins
Stadium III a	Konturverlust des Os lunatum
Stadium III b	siehe IIIa, jedoch mit karpalem Kollaps
Stadium IV	siehe III, jedoch zusätzliche perilunäre Arthrose

Ziel der Operation ist im Frühstadium eine Durchblutungsverbesserung des Mondbeins. Eine Verkürzungsosteotomie von Radius bzw. Ulna senkt den intraartikulären Druck und soll die ossäre Perfusion verbessern. Ebenso sind revaskularisierende Maßnahmen, wie die Einbringung von gefäßgestielten Knocheninterponaten, oder der Mondbeinersatz durch das vaskularisierte Os

Abb. 4: Gehobener Radiusspan mit versorgender A. interossea posterior

pisiforme, möglich. In unserer Hand hat sich besonders der Transfer eines vaskularisierten Radiusspanes in das Mondbein, bewährt (Abb. 4).

Bei Verlust der Kontur des Mondbeins (Stadium IIIa) erfolgt eine karpale Teilversteifung durch Fusion von Scaphoid, Trapezium und Trapezoideum (STT-Arthrodese). Die statische und dynamische Belastungszone im Karpusbereich wird so auf das radiale Handgelenk umgeleitet und das Os lunatum somit entlastet (Abb. 5).

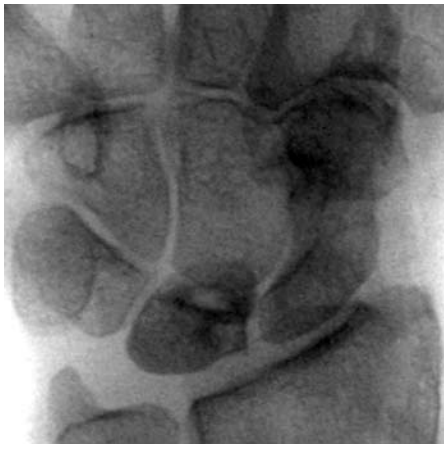


Abb. 5: STT-Arthrodese bei M. Kieboeck Stadium IIIa

Weitere Indikationen für eine STT-Arthrodese sind eine Arthrose im STT-Gelenk selbst oder eine Rotationsinstabilität des Os scaphoideum. Kontraindikationen sind eine Arthrose des proximalen Scaphoids sowie der Fossa scaphoidea. Bei diesem Eingriff wird die karpale Höhe bei unveränderter Kraft voll erhalten. Zusätzlich wird das weitere Zusammensinken der Handwurzel verhindert. Eine weitere Therapiealternative wäre auch hier die Entfernung der proximalen Handwurzelreihe (Abb. 3).

Der Ersatz des Mondbeins durch alloplastische Implantate hat sich nur in Einzelfällen bewährt und wird nicht als Standardmaßnahme empfohlen.

Eine ebenfalls aseptische Nekrose eines Handwurzelknochens ist die bereits Anfang des 19. Jahrhunderts von Preiser beschriebene und nach ihm benannte Degeneration des Scaphoids. Aufgrund der ausreichenden Gefäßversorgung und geringen mechanischen Belastung ist die Erkrankung eher selten, jedoch strikt von der Durchblutungsproblematik bei proximalen Kahnbeinfrakturen zu trennen. Operativ steht bis heute keine erfolgversprechende Standardtherapie zur Verfügung, eine mögliche Therapieoption wäre jedoch das Einbringen eines vaskularisierten Knochenspanes.

Handgelenksdenervation

Eine weitere, rein symptomatische Therapieoption ist die alleinige Handgelenksdenervation nach Wilhelm, mit dem Ziel, einer selektiven Ausschaltung der schmerzleitenden Nerven. Die Indikation besteht bei noch guter Bewegungsfunktion und fehlendem Ansatz zur Rekonstruktion bzw. vor notwendiger Handgelenksarthrodese, um diese hinauszuzögern. Die Denervation wird üblicherweise nach vorheriger Austestung der Wirksamkeit durch Blockade der entsprechenden gelenkinnervierenden Nerven mittels Lokalanästhetikum durchgeführt. Eine durch diese Maßnahme erzielte Schmerzreduktion – meist keine völlige Schmerzausschaltung – hält im Durchschnitt für ca. fünf bis sechs Jahre an. Der Progress der pathologischen Veränderungen des Handgelenkes, z.B. Verlust der karpalen Höhe, wird jedoch in keiner Weise aufgehalten.

Chronischen Handgelenksschmerzen liegt meistens eine Störung der karpalen Integrität zugrunde. Da eine kurative Vorgehensweise häufig nur noch selten möglich ist, können sogenannte Rettungsoperationen durch Erhalt der Funktion bei weitgehender Schmerzfreiheit zur Lebensqualität entscheidend beitragen.

Hierzu ist eine differenzierte Verfahrenswahl unumgänglich.

Korrespondenzadresse
Dr. med. M. Ruggaber
Ltd. Oberarzt
Klinik für Plastische,
Ästhetische und Handchirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte
Klinikum Offenbach GmbH
Starkenburgring 66
63069 Offenbach
mruggaber@klinikum-offenbach.de

Sicherer Verordnen

Bevacizumab

Off-Label-Use

Die beiden Inhibitoren des vaskulären endothelialen Wachstumsfaktors A (VEGF-A) Bevacizumab (Avastin®) und Ranibizumab (Lucentis®) sind pharmakologisch eng verwandt und sollten ein vergleichbares Wirkungsspektrum haben, zugelassen sind sie jedoch in unterschiedlichen Indikationen. Der kostengünstige Off-Label-Use des zur Therapie des Rektumkarzinoms zugelassenen Bevacizumab (circa 30fach billiger als Ranibizumab) in der Indikation „feuchte altersabhängige Makuladegeneration" dürfte aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichtes nicht von gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Diskussionen bis hin zur politischen, etwas unausgereiften Forderung nach einer „Zwangszulassung" dauern an. Bis zu einer Klärung – eventuell bis zum Vorliegen der Ergebnisse einer von Kassen und Ärzten initiierten Studie – muss darauf hingewiesen werden, dass beim Einsatz von Bevacizumab in oben genannter Indikation das Haftungsrisiko des nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs allein beim verordnenden Arzt liegt.

Überhöhte Preise von Ranibizumab und eine wenig praxisgerechte Packungsgröße (eine empfohlene einmalige monatliche Dosis von 0,5 mg steht einer Durchstechflasche mit 3 mg Wirkstoff gegenüber) lassen die gern vorgetragene Mär der gesundheitspolitischen Verantwortung großer Pharmakonzerne etwas zwielichtig erscheinen, ebenso wie die Mär der oft beschworenen Partnerschaft Arzt – Pharmaindustrie. Ganzseitige Anzeigen über ein Angebot, ab jährlichen Kosten von 315 Millionen Euro alle weiteren Kosten zu übernehmen, deuten jedoch darauf hin, dass den beiden miteinander kooperierenden internationalen Pharmaherstellern (Novartis und Roche) doch nicht ganz wohl in ihrer Haut zu sein scheint. Es wäre möglich, dass Ärzte angesichts vieler Parallelpräparate übertriebene Gewinnmaximierungsstrategien einzelner Konzerne nicht weiter hinnehmen.

Quelle: u.a. Dt. Ärztebl. 2007; 104(41): C 2378

Off-Label-Use

Kostenrisiko

Neben dem Haftungsrisiko eines Off-Label-Uses besteht für den Arzt noch das Kostenrisiko eines sog. „Sonstigen Schadens". Das Bundessozialgericht hat bereit 2006 festgestellt (Az: B 6 KA 53/05 B), dass das Recht einer Ausweitung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen nur bei der Kasse selbst liege. Ein Arzt oder Patient muss daher vor einer Anwendung die Auffassung einer Kasse zu einem Off-Label-Use erfragen. Die Sachbearbeiter einer Kasse müssen erklären, warum die Kasse z.B. die Kosten nicht übernimmt. Der oft gehörte bequeme Hinweis „Fragen Sie doch Ihren Arzt" ist nach Auffassung des BSG nicht mehr möglich.

Quelle: Internist 2007; 48(11): 1260

Piroxicam

Anwendungseinschränkungen

In einem Rote-Hand-Brief der Hersteller/Vertreiber Piroxicam-haltiger Arzneimittel (viele Generika) wird auf neue Anwendungseinschränkungen hingewiesen. Der europäische Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) hatte dieses nicht-steroidale Antiphlogistikum (NSAID) mit erhöhtem Risiko gastrointestinaler UAW und Hautreaktionen neu bewertet.

Piroxicam ist u.a.

- nur noch angezeigt bei aktivierter Arthose, rheumatoider Arthritis oder M. Bechterew
- kein Arzneimittel der ersten Wahl
- nur bis zu einer maximalen Tagesdosis von 20 mg, nur in niedrigst wirksamer Dosis in kürzest erforderlichem Zeitraum anzuwenden, Anwendung bei Patienten über 80 Jahren vermeiden
- nicht angezeigt bei bekannten Risikogruppen für NSAID, insbesondere bei bekannten schwerwiegenden allergischen Hautreaktionen in der Anamnese, in Kombination mit anderen NSAID (cave Selbstmedikation!) oder Antikoagulantien.

Anmerkung: Die aufgezählten Einschränkungen, Gegenanzeigen und Vorsichtsmaßnahmen lassen die Frage zu, ob Piroxicam angesichts einer Vielzahl verfügbarer NSAIDs noch eingesetzt werden sollte. Das Nutzen/Risiko-Verhältnis dieses Arzneistoffes ist grundsätzlich negativ zu bewerten, auch wenn unsere Überwachungsbehörde BfArM mit Schreiben vom 1. Oktober 2007 ähnliche, nicht ganz so weit gehende Änderungen im Beipackzettel und der Fachinformation der anderen nicht selektiven NSAIDs angeordnet hat.

Quellen: Rote-Hand-Brief, Dt.Apo.Ztg. 2007; 147: 4552

„Alternative" medikamentöse Verfahren

Migräneprophylaxe

In einer Übersicht wird der Einsatz „alternativer" medikamentöser Therapien in der Migräneprophylaxe diskutiert.

Wirksam in wenigsten zwei kontrollierten Studien:

- Mutterkraut
- Pestwurz
- Magnesium, 2 x 300 mg
- Akupunktur

Nicht wirksam nach Studienlage:

- Homöopathie

Neben vielen als unwirksam eingeschätzten Pflanzenextrakten wurden auch eine Vielzahl von nicht-medikamentösen Verfahren wie Hypnose, autogenes Training, hyperbare Sauerstofftherapie, Ozontherapie, Diäten, Frischzelltherapie, sog. „Darmsanierung" vermeintlicher Pilzinfektionen als ohne Wirksamkeitsnachweis eingeschätzt.

Quelle: Dtsch. Med. Wschr. 2007; 132: 2163

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 12/2007

Honorarwucher

Das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Kassel hat mit Urteil vom 6. Juni 2007 die gesetzlich höchstzulässige Geldbuße von 50.000,00 Euro gegen einen Arzt für Allgemeinmedizin verhängt in Verbindung mit einem Verweis und der Anordnung, dass die rechtskräftig gewordene Entscheidung in dem Mitteilungsblatt der Landesärztekammer Hessen zu veröffentlichen ist. Deswegen erscheint unter den amtlichen Bekanntmachungen in diesem Heft der Name des Beschuldigten und der Urteilstenor in der Weise, dass die Fotokopie der ersten Seite des Urteils mit dem Rechtskraftattest abgedruckt wird (siehe Seite 129). Dies ist eine Vollzugshandlung zur Vollstreckung des rechtskräftigen Urteils (§ 50 Abs. 5 Hessisches Heilberufsgesetz).

Die Urteilsgründe werden nachfolgend als Mitteilung aus der Berufsgerichtsabteilung veröffentlicht unter Anonymisierung, insbesondere aus Gründen der Verschwiegenheit zum Schutz des Patienten und dessen Verhältnisses zu dem beschuldigten und verurteilten Arzt.

Die Urteilsgründe lauten wie folgt

Gründe

I.

Der [redacted] in L[redacted] geborene Beschuldigte legte seine ärztliche Prüfung am [redacted]1980 in M[redacted] ab und erhielt die Approbation als Arzt am [redacted] vom Regierungspräsidenten in K[redacted]. Die Landesärztekammer Hessen sprach ihm [redacted]1997 die Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin aus.

Seit [redacted]1983 ist der Beschuldigte als niedergelassener Arzt in Einzelpraxis in K[redacted] tätig. Die Kassenzulassung besitzt er seit [redacted]1983.

Der Beschuldigte ist bereits berufsrechtlich in Erscheinung getreten. Mit Urteil des Berufsgerichts für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Kassel wurde er am 12. März 1992 mit einem Verweis belegt (Az.: 21 BG 11/91). Mit Beschluss vom 5. Juli 2004 verhängte das Heilberufsgericht beim Verwaltungsgericht Kassel eine Geldbuße in Höhe von 1.000,-- Euro (Az.: 21 BG 630/04). Gegenstand dieses Verfahrens war die Beanstandung von Patientenrechnungen.

II.

Der [redacted]1940 geborene Patient, Herr F[redacted] S[redacted], aus S[redacted] begab sich im März 2004 in die Behandlung des Beschuldigten. Der Patient F[redacted] S[redacted] litt unter „Supranukleärer Blickparese“, die in den Jahren 2002 und 2003 an den Universitäten E[redacted] und K[redacted] und an der [redacted] Klinik [redacted] D[redacted] in W[redacted] übereinstimmend diagnostiziert worden war. Da ihm die Schulmedizin offenbar nach eigenem Befinden keine wirksame Hilfe mehr leisten konnte, begab er sich in die Behandlung des Beschuldigten, da er alle Möglichkeiten ausschöpfen wollte. Im Rahmen eines naturheilkundlichen Behandlungskonzepts, bestehend aus Muskelaufbautraining, bioenergischer Therapie, Entwicklung sozialer Kompetenz und Training der Druckmuskulatur, Förderung der Eigeninitiative zur Befreiung aus eigener Isolation, führte der Beschuldigte in der Zeit vom 22. März bis 11. August 2004 an 63 Behandlungstagen nahezu arbeitstäglich unter Umständen vor- und nachmittags, gelegentlich aus samstags, seine Therapie durch.

Dazu führte der Beschuldigte „Bio-Terrain-Messung“ durch nach der Methode Bioelektrik nach „Vincent“. Er führte apparative Ganzkörperuntersuchungen mit einem Gerät namens AMSAT durch. Er wandte hochfrequente Ströme an einem Akupunkturpunkt an, den der erst suchen musste. Er setzte das Gerät AMT ein, das in Moskau hergestellt worden war. Das Verfahren nannte er Millimetertherapie. Die Behandlung dauerte mindestens 1,5 Stunden. Zur Inhalation verabfolgte er ionisierten Sauerstoff. Zur Therapie gehörten Punktbestrahlungen mit einem RIKTA-Gerät. Dabei benutzte der Beschuldigte besondere Augensonden. Diese Behandlung dauerte etwa eine Stunde. Ferner wurden Atemfeedback durchgeführt und Elektrostimulationen. Überdies nahm der Beschuldigte seinem Patienten Eigenblut zur Sauerstoffanreichung und Reinfusionen ab.

In dem Behandlungszeitraum vom 22. März bis 11. August 2004 erstellte der Beschuldigte Rechnungen über den Gesamtbetrag von 63.525,83 Euro.
Mit einem Schreiben vom 2. Oktober 2004 wandte sich die Ehefrau des Patienten an die Landesärztekammer Hessen und bat um Überprüfung der beigefügten Rechnungen. Sie führte aus, dass es im Befinden ihres Ehemannes nach anfänglicher Besserung wieder zu rückläufigen Entwicklungen gekommen sei, und der Beschuldigte ein Gespräch, um das sie nachgesucht hatte, abgelehnt habe.

Die daraufhin angestellten Ermittlungen der Landesärztekammer unter Einschaltung eines Gutachters ergaben, dass der Beschuldigte dem Patienten F[redacted] S[redacted] insgesamt einen Betrag von 38.460,82 Euro zu viel berechnet hatte. Das Präsidium der Landesärztekammer beschloss daraufhin am 5. April 2006 die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens.

Mit Anschuldigungsschrift vom 5. April 2006 schuldigte sie den Beschuldigten an, in K[redacted] in der Zeit vom 22. März 2004 bis zum 11. August 2004 entgegen dem Vertrauen, das einem Arzt bei der Berufsausübung entgegengebracht wird und entgegen der gebotenen Gewissenhaftigkeit seine therapeutischen Maßnahmen an seinem Patienten F[redacted] S[redacted] unter Ausnutzung von dessen Vertrauen, Unwissenheit, Leichtgläubigkeit und Hilflosigkeit angewandt zu haben und sich diese Leistungen nicht nur unangemessen, sondern in einem auffälligen Missverhältnis honorieren zu lassen.

Mit Beschluss vom 21. April 2006 eröffnete das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Kassel das vorliegende Verfahren.

III.

Aufgrund der vorliegenden Ermittlungsakte der Landesärztekammer Hessen und nach dem Ergebnis der Hauptverhandlung ergibt folgender Sachverhalt:
Der Beschuldigte hat zur Behandlung des Patienten F[redacted] S[redacted] ein Behandlungskonzept angewandt, das dem Grundsatz der Naturheilkunde entsprach. Die diagnostischen Verfahren sind in der Naturheilkunde üblich, die angewandten therapeutischen Maßnahmen bilden das Methodenspektrum, das beim vorgefundenen Krankheitsbild als erfolgreich angesehen wird. Negative Interferenzen der einzelnen Methoden sind nicht erkennbar, auch absolute Kontrainjektionen* einzelner Verfahren gegenüber der Diagnose „Progressive Supranukleäre Blickparese“ sind nicht bekannt. Die berechneten Positionen erfüllen insofern als notwendiger integraler Bestandteil eines Behandlungskonzepts grundsätzlich die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Satz 1 GOÄ. [*Gemeint ist: Kontraindikation]

Der Beschuldigte hat jedoch in den Bereichen Bioelektronik nach Vincent, Ganzkörperuntersuchung, Millimetertherapie, ionisierter Stauerstoff, Atemfeedback und Elektrostimulation nicht gebührenordnungsgemäß abgerechnet.
Der von der Landesärztekammer mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragte Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. med. M[redacted] E[redacted] kommt in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2006 zu folgenden Schlussfolgerungen: ...

2.1. Bioelektronik nach Vincent (4182 GOÄ)

Bei der Bioelektronik nach Vincent handelt es sich um die Messung von pH-Wert, rH2-Wert (Wasserstoffgasdruck) und r-Wert (elektrischer Widerstand/Leitfähigkeit) in Blut, Speichel und Urin. Die entsprechenden Werte werden mathematisch behandelt und zur Beurteilung der körpereigenen Abwehr und des energetischen Zustandes als Verlaufskontrolle herangezogen (2.). Die Messung erfolgt mittels einer Mehrfachmess-Elektrode in einer Spezialküvette. Die Messwerte sind in der Krankenakte dokumentiert (KA). Die Methodik entspricht am ehesten den GOÄ-Ziffern 3710 Blutgasanalyse (pH und rH2), x 1,15 = 6,03 € und 3716 Osmolalität (r-Wert), x 1,15 = 3,35 €. Messung in 3 Flüssigkeiten gestattet den dreimaligen Ansatz beider Ziffern. Hieraus resultiert eine Summe von 9,38 x 3 = 28,14 € für die Leistung „Bioelektronik n. Vincent“. Die von Herrn E[redacted] in Ansatz gebrachte GOÄ-Ziffer 4182 erfordert viel größeren technischen Aufwand und entspricht daher von Umfang und Schwierigkeitsgrad sicher nicht der Methodik, der Steigerungsfaktor hingegen ist korrekt gewählt.

2.2. Appar. Ganzkörper-Untersuchung (5486 GOÄ)

Zur Anwendung kam die AMSAT-Untersuchung (ST 5). Hierbei handelt es sich um eine computergesteuerte Leitwertbestimmung über drei Elektrodenpaare (AMSAT-HCSystem). Ein Messvorgang dauert nach Herstellerangaben zwischen 30 Sekunden und 3 Minuten.

Das Hufelandverzeichnis (5.) gibt unter dem Stichwort „Bioenergetische Medizin, systemische Ganzheitsdiagnostik“ die GOP 827 bei „Messung der Leitwertveränderungen auf der Haut bei Erkrankungen des Nervensystems“ an mit 35,26 € Einfachsatz und 63,47 € bei Steigerungsfaktor 1,8. ln der zugehörigen Präambel heißt es „Leitwertmessungen zur Diagnostik dürfen nicht kumuliert werden, sondern sind gezielt nach medizinischer Notwendigkeit durchzuführen.... Das Gebot der Wirtschaftlichkeit zwingend einzuhalten.“ (5., S. 28).
Die von Herrn E[redacted] angesetzte GOÄ-Ziffer 5486 ist vom technischen und apparativen Aufwand sowie von der Dauer her sicher unverhältnismäßig aufwändiger als die AMSAT-Untersuchung. Der Steigerungsfaktor ist korrekt.

2.4. Millimetertherapie (829.548,855 GOÄ)

Punktsuche, Anwendung hochfrequenter Ströme und Millimetertherapie wurden mittels AMT-Gerät durchgeführt (St 5). Hierbei handelt es sich um ein Gerät zur Punkt-Diagnostik und Therapie (vorzugsweise an Akupunkturpunkten) mit Frequenzen im Gigaherz-Bereich („Millimeter-Wellen-Therapie“). (www.edith-liebergeld-institut.d/millimeterwellentherapie.php)

Die Behandlungszeit wurde von Herrn E[redacted] mit 1,5 h angegeben.

Die Diagnostik (Punktsuche) entspricht der Darstellung auf o.g. Web-Site nach am ehesten der Kirlian-Fotografie. Hierfür wird im Hufeland-Verzeichnis die GOÄ-Ziffer 832 mit 21,18 ~ bei 2,3fachem Satz als Analogziffer angegeben (5.). Die Anwendung der hochfrequenten Ströme (Millimeter-Wellen-Therapie) wird durch die GOÄ-Ziffer 548 mit 3,88 € bei 1,8fachem Satz abgebildet.

Von Herrn E[redacted] wurden zur Diagnostik die GOÄ-Ziffer 829 mit 21,45 € bei Multiplikator 2,3 angesetzt. Diese Gebühr entspricht dem Rahmen der Hufeland-Bewertung und ist somit korrekt. Auch die Therapiebewertung mittels der Ziffer GOÄ-Ziffer 548 ist korrekt. Für die Ziffer 855 kann allerdings kein Leistungsinhalt erkannt werden, wie er in der Leistungsbeschreibung suggeriert wird, da Anwendung der Ströme und Millimeterwellen Therapie m.E. identisch sind. Der Therapiedauer müsste über einen anderen Steigerungsfaktor, eine Verweilgebühr oder – insofern dem Verfahren doch eine übende Komponente eigen ist – mit den GOA-Ziffern 510 (Übungsbehandlung, auch mit medikomech. Apparaten, 10,20 € bei 2,5fachem Satz) oder 725/726 (sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung) Rechnung getragen werden.

2.5. Inhalation von ionisiertem Sauerstoff (606 GOÄ)

Die Inhalationstherapie wurde mit dem Bio-Medion-Vargator durchgeführt (St 5). Hierbei werden vorzugsweise negative 02-lonen aus medizinischem Sauerstoff zur Inhalation erzeugt. Als Flow-Menge werden 4 1/Min des Sauerstoff/lonengemisches bei einer Anwendungsdauer von mindestens 20 Minuten empfohlen (3.). Das Hufeland-Verzeichnis bewertet die Sauerstoff-Inhalation mit der GOÄ- Ziffer 505 (4,95 € einfacher Satz). Der Therapeut R.F. E[redacted] wandte den ionisierten Sauerstoff 2 x tgl., zusammen 1 h an (St 5). Dies entspricht einem zweimaligen Ansatz der Ziffer 505, entsprechend 2 x 12,39 € = 24,78 € bei 2,5fachem Steigerungssatz.
Die von Herrn E[redacted] angewandte GOÄ-Ziffer 606 entspricht vom Umfang her (Diagnostik und Therapie) nicht der einfachen therapeutischen Maßnahme.

2.8. Atemfeedback (652 GOÄ)

Das Atemfeedback wurde mit dem Leuno rfb 5000 S durchgeführt (ST 5). Der Therapeut R.F. E[redacted] gibt die Therapiezeit mit 1 h an.
Das Atemfeedback entspricht der GOA-Leistung unter Ziffer 846 („übende Verfahren, z.B. Autogenes Training in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten“) mit 30,60 € bei 3,5fachem Steigerungssatz. Dieser Steigerungssatz bildet den Zeitaufwand von 1 h m.E. hinreichend ab, da die Therapie – im Gegensatz zum klassischen Autogenen Training mit Anwesenheitspflicht des Therapeuten – apparativ erfolgte. Die von Herrn E[redacted] angesetzte GOÄ-Ziffer 652 ist nicht gebührenordnungsgemäß.

2.9. Elektrostimulation (838 GOÄ)

Zur Elektrostimulation wurden verschiedene Geräte (MORI, UNOST-SF, GRIZZL Y, ST 5) vornehmlich von Herstellern aus der ehem. Sowjetunion angewandt. Der Therapeut gibt die tägliche Behandlungsdauer mit 1 h an (St 5). Die Elektrostimulation entspricht der GOÄ-Ziffer 558 (apparative isokinetische Muskel-Funktionstherapie) mit 17,49 ~ je Sitzung bei 2,5fachem Steigerungssatz.
Die von Herrn E[redacted] angesetzte GOÄ-Ziffer 838 ist nicht gebührenordnungsgemäß.

3. Sind Eigenblutentnahme, Sauerstoffanreicherung und Reinfusion von Eigenblut bei HOT korrekt berechnet bezüglich Gebührenziffern und Steigerungssatz?

Bei der HOT handelt es sich um die Aufbereitung von Venenblut mittels Sauerstoff-Durchschäumung und UV-Bestrahlung. Das aufbereitete Blut wird anschließend dem Patienten wieder intravenös zurückgegeben (manchmal auch intramuskulär) (1.).
Der Arzt R.F. E[redacted] stellt für die HOT die GOÄ-Ziffern 288 (Eigenblutentnahme), 501 (Sauerstoffanreicherung) und 286 (Reinfusion von Eigenblut) in Rechnung (S. 2, 3, ff. DA). Bei Anwendung des 2,3fachen Satzes ergeben sich 30,83 € (288) und 29,49 € (286) und 12,53 (501, hier 2,5facher Satz gemäß GOÄ), zusammen 72,85 €. Verbrauchsmaterialien werden nicht gesondert in Rechnung gestellt.
R.F. E[redacted] beziffert den Zeitaufwand für die HOT auf 1 Stunde (ST 4). Gemäß seiner Abrechnung mit dem Steigerungsfaktor 9 ergibt sich daraus eine Gesamtgebühr von 245,08 € inklusive Materialien für 60 Minuten.

Im Hufelandverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (5.) werden für die HOT die GOÄ-Ziffern 271 (Infusion, intravenös bis 30 Minuten), 286 (Eigenblutreinfusion von mindestens 200 ml) und 567 (Phototherapie mit UV- Spektrum) angegeben.

Bei 2,3fachem Satz resultieren daraus 16,09 € (271) und 29,49 € (286) und 13,26 € (567, hier 2,5facher Satz gemäß GOÄ), zusammen 58,84 €. Materialkosten sind zusätzlich in Rechnung zu stellen. Diese belaufen sich nach eigenen therapeutischen Erfahrungen bei Verwendung von Einmalmaterialien auf ca. 30 €. Der Zeitaufwand bei der HOT beträgt nach Referenz-Literatur (1.) und eigenen therapeutischen Erfahrungen ca. 45-50 Minuten. Es resultiert ein Kostensatz von ca. 90 € inklusive Materialien für eine „durchschnittliche“, praxisübliche HOT.

Die GOÄ-Ziffern des R[redacted] E[redacted] erscheinen korrekt, insofern sie den Sachverhalt HOT beschreiben. Bei Anwendung des Steigerungsfaktors 2,3 (2,5) resultieren daraus vergleichbare Therapiekosten wie bei der Empfehlung des Hufelandverzeichnisses. Anzumerken ist dabei, dass von Herrn E[redacted] keine Materialkosten in Rechnung gestellt wurden.
Der Steigerungssatz wird von Herrn E[redacted] mit „erhöhtem Zeitaufwand“ begründet (S.2 ff., DA). Dieser erscheint nicht korrekt angesichts des Verhältnis

von 60 Minuten Aufwand im Krankheitsfall zu 45-50 Minuten durchschnittlichem/praxisüblichen Aufwand.

Das Gericht hat an diesen auch nicht bestrittenen Ausführungen keine Zweifel und schließt sich ihnen an.

Daraus ergibt sich, dass der Beschuldigte entsprechend der in der Anschuldigungsschrift, auf die vollinhaltlich Bezug genommen wird, der errechnete Betrag von 38.460,82 Euro zu viel liquidiert worden ist.

Der Beschuldigte hat dieses Zahlenwerk auch nie in tatsächlicher Hinsicht angegriffen oder bezweifelt. Er hat vielmehr in der mündlichen Verhandlung eingeräumt, dass er sich möglicherweise nicht an die Gebührenordnung gehalten habe, dies jedoch im Wesentlichen zum einen damit begründet, dass er einen erhöhten zeitlichen Aufwand mit dem Patienten F[redacted] S[redacted] auf sich genommen habe, der seiner Ansicht nach keine Honorierung in der geltenden Gebührenordnung finde. Darüber hinaus hat er ausgeführt, dass mit dem den Ärzten zugewiesenen Budget der Krankenkassen eine solche Behandlung niemals möglich wäre und die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis auf diese Weise in Frage gestellt sei, zumal er eine Fülle treurer Geräte angeschafft habe, die zur Therapie notwendig seien, aber keinen Eingang in die Gebührenordnung fänden.

IV.

Gemäß § 2 Abs. 2 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen hat der Arzt seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es gemäß § 11 Abs. 2 der Berufsordnung, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Darüber hinaus ist der Arzt gehalten, gemäß § 12 der Berufsordnung eine angemessene Vergütung zu liquidieren. Für die Bemessung ist die amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten.

Gegen diese Regelung hat der Beschuldigte in eklatanter Weise verstoßen, indem er im Wesentlichen nicht nur bei seiner Berechung unzutreffende Analogziffern angewandt hat, sondern darüber hinaus Steigerungssätze bis zum 9,5fachem Steigerungssatz berechnet hat, die in der Gebührenordnung der Ärzte keinerlei Rechtfertigung finden. Auch der erhöhte Zeitaufwand lässt sich nicht auf diese Weise nach den Vorschriften der GOÄ berechnen. Die Gebührenordnung der Ärzte lässt als Steigerungssatz auch bei schwierigen Behandlungen allenfalls einen 3,5fachen Satz zu.

Da der Beschuldigte auch keine Honorarvereinbarung mit dem Patienten F[redacted] S[redacted] vor der Behandlung getroffen hat, ist er an die Gebührenordnung gebunden. Diese lässt auch durchaus eine Analogbewertung naturheilkundlicher Verfahren im angemessenen Gebührenrahmen zu.

Hiergegen hat der Beschuldigte jedoch vorsätzlich verstoßen. Er besitzt seit 1983 eine Kassenarztzulassung, so dass er nach über 20jähriger Kassenarzttätigkeit mit der Gebührenordnung vertraut sein muss. Dennoch hat er einer ihm eigenen Gesetzlichkeit folgend seinen Gebührenrahmen insgesamt um mehr als 100 % überschritten. Sein Einwand, ansonsten in der Praxis nicht wirtschaftlich arbeiten zu können, bestätigt nur noch einmal, dass sich der Beschuldigte vorsätzlich über seine Verpflichtungen hinweggesetzt hat. Damit hat er auch das Vertrauen des Patienten F[redacted] S[redacted], der sich in einer besonders ausweglosen Situation befand, missbraucht. Selbstverständlich erwartet ein schwer kranker Mensch, der sich in die Behandlung eines Arztes begibt, dass dieser die Regelungen des ärztlichen Berufes gewissenhaft befolgt. Der Beschuldigte hätte auch angesichts der bereits in der Vergangenheit durchgeführten berufsgerichtlichen Verfahren gewarnt sein müssen, dass seine Abrechnungen nicht immer korrekt gewesen sind und er hätte daher sein besonderes Augenmerk darauf richten müssen, hinsichtlich seiner Liquidationen eine strenge Disziplin zu üben. Wenn er sich seiner Sache nicht sicher gewesen wäre, hätte es ihm oblegen, bei der Ärztekammer oder einer Abrechnungsstelle um Hilfe und Auskunft nachzusuchen.

V.

Das Berufsgericht hält unter Würdigung aller angegebenen Umstände die Ahndung der Berufspflichtverletzung des Beschuldigten mit einem Verweis und einer Geldbuße von 50.000,-- Euro für angemessen und erforderlich. Dabei hat das Gericht erschwerend berücksichtigt, dass der Beschuldigte bereits in der Vergangenheit berufsgerichtlich aufgefallen ist und insbesondere auch schon seine Art der Abrechnung Gegenstand eines Verfahrens gewesen ist. Dies hätte dem Beschuldigten umso sensibler machen müssen, seinen Patienten gegenüber korrekt abzurechnen. Hinzu kommt, dass es sich im Falle des Patienten F[redacted] S[redacted] um einen schwer kranken Menschen gehandelt hat, der – wie seine Ehefrau schriftsätzlich ausgeführt hat – nach „jedem Strohhalm gegriffen hat“ und daher sein volles Vertrauen dem Beschuldigten entgegengebracht hat. Dieses Vertrauen umfasst nicht nur Vertrauen in die ärztliche Kunst, die Therapiemöglichkeiten, sondern selbstverständlich auch in die Korrektheit des Arztes hinsichtlich seiner Liquidationen. Dieses Vertrauen hat der Beschuldigte aufs gröblichste verletzt. Das Gericht hat in der mündlichen Verhandlung auch den Eindruck gewonnen, dass der Beschuldigte nach wie vor uneinsichtig ist. Zwar hat er zugestanden, dass seine Abrechnungen nicht der Gebührenordnung entsprachen und hat auch hinsichtlich der Höhe keinerlei ernsthafte Einwendungen erhoben oder gar den Versuch gemacht, sein Verhalten in irgendeiner Form zu entschuldigen, sondern er hat sich lediglich darauf beru-

fen, dass eine Arztpraxis mit den von den Kassen vorgegebenen finanziellen Möglichkeiten nicht wirtschaftlich geführt werden kann. Dies insbesondere dann nicht, wenn in einem Falle, wie bei ihm, größere Investitionen für bestimmte Apparate vonnöten gewesen seien. Diese Uneinsichtigkeit zwingt das Gericht dazu, die höchstmöglich vorgesehene Geldbuße auszusprechen, um den Beschuldigten zukünftig zu standesgemäßem Verhalten anzuleiten. Der Beschuldigte hat für seinen Berufsstand großen Schaden angerichtet. Sein Verhalten ist geeignet zu einer erheblichen Wirkung in der Öffentlichkeit zu führen. Daher ist es vonnöten, die Entscheidung des Berufsgerichts im Mitteilungsblatt der Landesärztekammer zu veröffentlichen. Dies gilt umso mehr, weil der Beschuldigte seine finanziellen Ansprüche um mehr als 100 % überschritten hat. Einem solchen Verhalten muss standesrechtlich wirksam begegnet werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 78 Abs. 1 und 4 Heilberufsgesetz. die Gebührenfestsetzung folgt aus § 78 Abs. 1 und 2 Heilberufsgesetz.

Heidemann (Vors. Richter am VG)

20070613 UrteiI21_BG_641_06.

Mitgeteilt von R. Raasch
Mitglied der Berufsgerichtsabteilung
der Landesärztekammer Hessen

Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit vom 12. bis 19. Juli 2008 in Garmisch-Partenkirchen

Neue Sportart: Karate

Vom 12. bis 19. Juli wird Garmisch-Partenkirchen eine Woche lang Gastgeber und Austragungsort der Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit 2008 sein. Zum zweiten Mal nach 2004 finden damit die Sportweltspiele an einem der schönsten Orte Deutschlands statt. Die Anmeldeunterlagen und weitere Informationen finden Sie unter http://www.sportweltspiele.de

Erwartet werden zu den Sportweltspielen über 2.500 Ärzte, Mediziner, Zahnärzte sowie Apotheker, Krankenschwestern, Pfleger, Physiotherapeuten und Kollegen der pflegenden gesundheitlichen Berufe aus über 50 Nationen.

Neben den sportlichen Wettkämpfen in diversen leichtathletischen Disziplinen und Mannschaftssportarten bieten die Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit ein freundschaftliches Zusammenkommen mit Kollegen aus aller Welt, eine tägliche Abendveranstaltung mit Siegerehrungen und ein großes kulturelles Rahmenprogramm. Als neue Sportart kommt in diesem Jahr Karate hinzu.

114. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

29. März – 2. April 2008
Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Der jährliche Internistenkongress in Wiesbaden gehört zu den bedeutendsten Fachkongressen der Inneren Medizin in Deutschland. Während der Jahrestagung der DGIM können sich Internisten aus Klinik und Praxis fünf Tage lang in der gesamten Inneren Medizin und allen Schwerpunkten fortbilden.

Experten referieren in Vorträgen und Symposien über aktuelle medizinische Erkenntnisse und diskutieren Fragen der Gesundheitspolitik. In Plenarvorträgen thematisieren Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Gesellschaft oder Politik brisante Themen der Zeit. Parallel zum Vortragsprogramm finden praktische Kurse und interaktive Falldiskussionen statt. Der Internistenkongress bietet auch dem Nachwuchs eine attraktive Plattform. In Postersitzungen haben junge Wissenschaftler die Möglichkeit, ihre Forschungsergebnisse der Fachöffentlichkeit vorzustellen. Eine große Fachaustellung rundet das Kongressangebot ab. Die Industrie nutzt die Jahrestagung um ihre Neuheiten zu präsentieren. Außerdem lädt sie zu Satellitensymposien ein.

Schwerpunkt-Themen sind:
- Bildgebung in der Inneren Medizin
- Prävention und Therapie: von Grundlagen- zur Versorgungsforschung
- Seltene Erkrankungen: Diagnostik und Therapie
- Von Leitlinien zur Therapie des individuellen Patienten

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.dgim2008.de

Honoraranspruch bei kurzfristig abgesagtem Termin?

Thomas K. Heinz

Ob und unter welchen Voraussetzungen einem Arzt für den Fall der Absage eines fest vereinbarten Behandlungstermins seitens des Patienten Ansprüche auf das Behandlungshonorar ohne dass der Arzt die Behandlung nachzuholen hat, zustehen können, ist in der Rechtsprechung heftig umstritten.

(1) Als Anspruchsgrundlage maßgebend ist § 615 BGB in Verbindung mit den Vorschriften der Gebührenordnung. § 615 BGB bestimmt: „Kommt der Dienstberechtigte (der Patient) mit der Annahme der Dienste in Verzug (sog. Annahmeverzug), so kann der Verpflichtete (der Arzt) für die infolge des Verzugs nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein."
Ein Teil der Entscheidungen hält – mit teils divergierenden Begründungen und in unterschiedlichen Fallkonstellationen – § 615 BGB grundsätzlich für nicht anwendbar und verneint einen Vergütungsanspruch (so z.B. LG München NJW 1984, 671; LG Heilbronn NSZ 1993, 424; LG Hannover NJW 2000,1799; AG Dieburg NJW-RR 1998, 1520). So wird insbesondere die Auffassung vertreten, die Vereinbarung eines Behandlungstermins diene – jedenfalls im Zweifel – nur der Sicherung eines zeitlich geordneten Behandlungsablaufs, beinhalte aber grundsätzlich keine kalendermäßige Bestimmung der Leistungszeit im Sinne des § 296 BGB, so dass es im allgemeinen am *Annahmeverzug* fehle. Zudem liege im Hinblick auf das freie Kündigungsrecht des Patienten das Risiko, die erwartete Vergütung nicht zu verdienen, beim Arzt.

Andere Gerichte bejahen dagegen Vergütungsansprüche – wiederum in unterschiedlichen Sachverhaltskonstellationen und mit unterschiedlicher Begründung – (z.B. LG Konstanz NJW 1994, 3015; AG Bremen NJW-RR 1996, 819; AG Fulda Arzt und Recht 2003, 167; AG Ludwigsburg NJW-RR 1993, 1695).
(2) In einer aktuellen Entscheidung hat nun das Oberlandesgericht Stuttgart (GesR 2007, 547) den erforderlichen Annahmeverzug des Patienten und damit den Vergütungsanspruch des Arztes verneint, weil – wie so oft üblich – der abgesagte Behandlungstermin einvernehmlich auf einen anderen Tag verlegt worden ist. Der im ersten Termin vom Arzt vorgelegte Anamnesebogen enthielt unter anderem den vorgedruckten Hinweis: *„Wir bitten darum, Terminänderungen bzw. Terminabsagen uns mindestens 24 Stunden, bei Vollnarkoseeingriffen drei Tage vorher mitzuteilen. Andernfalls sind wir berechtigt, ihnen eine Ausfallzeitgebühr zu berechnen."*
Im Fall des Stuttgarter Senats stand dem Anspruch nach § 615 BGB der Umstand entgegen, dass die Parteien den vereinbarten Termin *im Einvernehmen* auf einen späteren Zeitpunkt verlegt hatten. Allein aufgrund der einvernehmlichen Änderung konnte ein *Annahmeverzug* nicht eintreten. Ein vertraglicher Honoraranspruch des Arztes konnte mithin nicht entstehen.

Zur Frage *unentschuldigten Fernbleibens* des Patienten lässt sich der Senat bedauerlicherweise nicht aus, nimmt aber ausführlich zur Frage Stellung, welche Anforderungen an den Vortrag des Schadenersatzanspruches zu stellen sind: Zwar hatte der Patient durch die kurzfristige Terminsabsage eine vertragliche Nebenpflicht verletzt, der Arzt hatte aber einen dadurch verursachten Schaden nicht schlüssig darlegen können und damit die Voraussetzungen des § 252 BGB nicht erfüllt.
Gemäß § 252 BGB kann der Geschädigte denjenigen entgangenen Gewinn als Schaden ersetzt verlangen, welcher nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge oder nach den besonderen Umständen, insbesondere den getroffenen Anstalten und Vorkehrungen mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden konnte. Der Arzt, dem insoweit die Darlegungs- und Beweislast obliegt, hatte in seiner Klage zum hypothetischen Geschehensablauf nichts vorgetragen, sondern darauf verwiesen, er arbeite mit längeren Terminvorläufen und bestelle auch nicht mehrere Patienten gleichzeitig ein. Er hatte weiter lediglich pauschal behauptet, es sei in Anbetracht der kurzfristigen Absage des Patienten nicht mehr möglich gewesen, andere Patienten einzubestellen. Er hatte aber nicht vorgetragen, dass sich andere Patienten bei ihm mit der Bitte um ein kurzfristigen Termin gemeldet hätten, die er wegen der anstehenden Behandlung habe abweisen müssen oder dass eine kurzfristige Vergabe von Terminen bei Wegfall einer geplanten Behandlung dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge entspricht.
Daher habe der Arzt – so der Senat – nicht schlüssig dargetan, dass ihm durch die verspätete Absage überhaupt ein Verdienstausfall entstanden sei. Dies wäre nur dann der Fall, wenn er bei einer Absage bis zu 24 Stunden vor der Behandlung, wie er sie von seinem Patienten verlangt, die Möglichkeit gehabt hätte, einen bestimmten anderen Patienten in der frei gewordenen Zeit zu behandeln, den er tatsächlich nicht, auch nicht später, behandeln konnte oder wenn er behauptet und konkret belegt hätte, dass dies dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge entspricht. Beides war nicht der Fall.

Anschrift des Verfassers
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstr. 66, 60322 Frankfurt
www.mmw-law.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 kostenfrei (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!

PSYCHIATRIE / PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTHERAPIE (SEKTION)

Stress und Burnout bei Ärzten – Prophylaxe und Bewältigung s. Artikel HÄBL 01/08 S.20

Themen: Burnout-Syndrom: auch hierbei sind ÄrztInnen führend; Früherkennung und Bewältigung von Burnout; Narzissmus und Burnout bei Ärzten; Supervisionsgruppe

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
Teilnahmebeitrag: € 70
Für Akademiemitglieder kostenfrei – Teilnahme ohne vorherige Anmeldung

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 2008**

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN 7 P

Kinderurologie – Pädiatrische Nephrologie – Neurochirurgie: Aktuelle interdisziplinäre Strategien in Diagnostik und Therapie

Themen: Phimose – konservative und operative Therapieverfahren; Aktuelle Therapiekonzepte bei Maldeszensus testis; Hypospadie – operative Korrekturmöglichkeiten; Vesikorenaler Reflux – Wandel in Diagnostik und Therapie; Moderne Neurochirurgische Versorgung bei Spina bifida; Nephrourologisches Management bei neurogener Blasenfunktionsstörung

Samstag, 23. Februar 2008, 09:00 bis 15:30 Uhr

Leitung: PD Dr. med. R. Beetz, Mainz
Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitglieder € 45)
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*
weitere Veranstaltungen: **31. Mai, 30. August und 29. November 2008**

31. BAD NAUHEIMER PSYCHOTHERAPIETAGE 2008 WIESBADEN je Tag 10 P

Block I 22. – 24. Februar 2008 **Block III 13. – 16. Juni 2008**
Block II 28. – 30. März 2008 **Block IV 18. Oktober 2008**
Leitung: Prof. h.c. Dr. med. N. Peseschkian
Teilnahmebeitrag: pro Seminartag € 140 (Akademiemitglieder € 126)
Tagungsort: Wiesbaden, Langgasse 38-40
Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Akademie, Tel. 06032 782-238, Fax: -229 E-Mail: *ursula.dauth@laekh.de*

16. BAD NAUHEIMER SYMPOSIUM DER KLINISCHEN HÄMOSTASEOLOGIE 7 P

Kardiologische und angiologische Notfälle – gerinnungshemmende Akuttherapie und Sekundärprävention

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Angiologie, Kardiologie sowie Pharmakologie

– eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstration –

Themen: Pharmakologie von Thrombolytika, Antikoagulanzien und Plättchenhemmern - bewährte und anstehende neue Substanzen; Akutes Koronarsyndrom – Multimedikation für jeden und auf Dauer?; Akute Lungenembolie – wann Lyse, wann Antikoagulation und wie lange?; Vorhofflimmern – akute und langfristige Behandlungsstrategien; Akute internistische Krankheiten – Antikoagulation wann, womit und wie lange?; Überlappungstherapie (Bridging) bei geplanten Interventionen einschließlich Regionalanästhesie; Gerinnungshemmendes Management in Krisensituationen – Organversagen, Sepsis und Heparin-induzierte Thrombozytopenie

Mittwoch, 08. März 2008, 9 bis 15 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt, Prof. Dr. med. C. Hamm, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitglieder frei)
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie, Tel. 06032 782-223 Fax-228 E-Mail: christina.ittner@laekh.de

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG (EBM 35100/35110) 14. CURRICULUM

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

II. 22. – 24.02.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P
A. Atemwegserkrankungen; chronische Schmerzerkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit.
B. Bewegung und Symbol der Arzt-Patienten-Beziehung; Chronifizierungspotential und salutogenetisches Potential. Dokumentationsanleitung entsprechend dem Bewegenden Seminar; Seelische Entwicklung II; Symptomentwicklung aus psychosomatischer Sicht und die Bedeutungen des Symbols.

III. 11. – 13.04.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P
A. Dermatologische Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit
B. Stressbewältigung; PTSD akut/chronisch. Salutogenetisches Potential II. Haupttherapieverfahren in der Psychotherapie. Indikation und Prognose psychosomatischer Interventionen; Indikationen zur Überweisung.

IV. 06. – 08.06.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P
A. Das kranke Kind/der kranke Jugendliche und die Familie
B. Merkmale des Familiengespräches; Gruppentechniken

V. 08. – 10.08.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P
A. Magen-Darm-Erkrankungen; Suchtkrankheit im engeren und weiteren Sinne; Verläufe, Balintgruppenarbeit.
B. Die Psychosomatische Bedeutung von besonderen Entwicklungsabschnitten; damit zusammenhängende Lebensereignisse und Umgang hiermit: Schwangerschaft, Geburt, Schule, Partnerschaft, Trennung, Tod und Sinnkrisen. Spezielle Interventionsformen im Falle von Suchterkrankung.

VI. 21. – 23.11.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P
A: Der alte Mensch/der chronisch Kranke/der sterbende Mensch
B: Techniken ärztlicher Begleitung; das salutogenetisch geführte Gespräch

Konferenz Psychosomatische Grundversorgung für Absolventen der Grundveranstaltung 18.10.2008

16. – 18.01.2009 15. Curriculum

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Teilnahmebeitrag: Block (20h) 280 € (Akademiemitglieder 252 €)
Auskunft + Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau U. Dauth, Akademie, Tel. 06032 782-238, Fax 06032 782-229 E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

GUTACHTEN / PSYCHIATRIE BEGUTACHTUNG PSYCHISCH REAKTIVER TRAUMAFOLGEN IN AUFENTHALTSRECHTLICHER VERFAHREN BEI ERWACHSENEN 38 P

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

Samstag/Sonntag 01./02. März 2008 und Samstag/Sonntag 26./27. April 2008 (s. HÄBl 09/2007)

Diese Fortbildung für Fachärzte (Psychiatrie/ Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychotherapeutische/Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Nervenheilkunde, Ärztliche Psychotherapeuten) und Psychologische Psychotherapeuten zur 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

RHETORIK; ÜBERZEUGUNG UND ARGUMENTATION

1-Tages-Intensiv-Trainings-Workshop für Ärzte zur Optimierung von Rhetorik, Dialektik und Argumentation.
Inhalte: Wirkung und Auftritt bei den verschiedendsten öffentlichen Anlässen; Überzeugungs-Rede, Rede vor Gremien und Ausschüssen, Interview, Pressekonferenz, etc.
Persönlichkeitsfaktor der Überzeugung; Argumentation, Dialektik und Sympathie; Überzeugungsfaktoren Fachkompetenz, Ausstrahlung, Glaubwürdigkeit, Sprache und rhetorische Wirkung; Psychologische Wirkfaktoren (12 psychische Faktoren der Überzeugung); Umgang mit Störfaktoren, Störern, Zwischenfragen
Verbales Konflikt-Management: Positive Stichwort-Reaktion und Spontan-Rede; Nonverbale Kommunikation und Körpersprache (Erscheinungsbild und Wirkung, Styling)
Wie gestaltet man kritische Fragen/Situationen zu positiven Antworten?

Samstag, 08. März 2008, 9 bis 17 Uhr

Leitung: Dr. K. Olbort, Wettenberg
Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Minimale Teilnehmerzahl: 8 Personen
maximale Teilnehmerzahl: 15 Personen
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft +Anmeldung: bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Akademie, Fax: 06032 782-229 E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

CURRICULUM „GESUNDHEIT & ETHNISCH-KULTURELLE VIELFALT" vorauss. 15 P

Neuer Termin: Freitag, 14. bis Samstag, 15. März 2008

Aufbaukurs 1 Osteuropa und Kleinasien (15 UE)
(gefördert durch das Hessische Sozialministerium)
Leitung: Prof. Dr. med. N. Gordjani, Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher, Dr. med. U. Schreiber-Popović
Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)
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

CHIRURGIE

Nächster Termin: 15. März 2008

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

6. INTERNATIONALE KASSELER FORTBILDUNG MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK BEI KINDESMISSHANDLUNG 17 P

Schirmherrin: Silke Lautenschläger, Hessische Sozialministerin
In Kooperation mit: Landesärztekammer Hessen, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte, Kooperationsarbeitskreis sexueller Missbrauch Kassel, Kinderklinik & Kinderschutzambulanz des Klinikum Kassel
Themen: Grundlagen, Geschichte, Literatur; Vernachlässigung und emotionale Misshandlung; Forensische und rechtliche Aspekte; Umgang, Intervention und Prävention; Fallbesprechungen
Sexueller Missbrauch: Grundlagen; Anamnese, Untersuchung; Normalbefunde, Befunde und Klassifikation; Sexuell übertragene Erkrankungen; Prophylaxen, Differentialdiagnosen; Intervention
Körperliche Misshandlung, MSpP: Befunde verschiedener Organsysteme; Diagnostik, Dokumentation, Radiologie; Münchhausen Syndrom by Proxy

Freitag, 14. bis Samstag, 15. März 2008

Leitung: Dr. med. B. Hermann, Kassel
Tagungsort: Klinikum Kassel, Hörsaal Mönchebergstr. 48e; Gebäude 48
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) e. V, Techniker Krankenkasse, Klinikum Kassel
Information und Anmeldung: DGgKV e.V. Geschäftsstelle, Königsweg 9, 24103 Kiel, Tel: 0431 671284, Fax: 0431 674943, E-Mail: Info@dggkv.de, Online www.dggkv.de/www.kindesmisshandlung.de

4. FACHTAGUNG „PALLIATIVE VERSORGUNG UND HOSPIZLICHE BEGLEITUNG IN HESSEN“

Geplante Veranstaltung in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize sowie des KASA

Hospizidee in der regionalen Vernetzung

vorgesehener **Termin: Mittwoch, 09. April 2008**

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Blum, Akademie, Fax: 06032 782-228 E-Mail: *marianne.blum@laekh.de*

REPETITORIUM INNERE MEDIZIN 2008

Das Repetitorium Innere Medizin wird in diesem Jahr im Frühjahr (April) und im Herbst (November) stattfinden.
Dabei wird unter der Gesamt-Moderation von Prof. Fassbinder und Mitwirkung zahlreicher Referenten das Gesamtgebiet der Inneren Medizin abgehandelt. Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Termin im Frühjahr: Montag, 07. bis Samstag, 12. April 2008

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

DAS GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND, DIE ÄRZTLICHEN KÖRPERSCHAFTEN, WEITER- UND FORTBILDUNG ÄRZTLICHES BERUFSRECHT, SOZIALVERSICHERUNGSRECHT 8 P

Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben
Themen: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland; Aufgaben und Organisationsstruktur der Landesärztekammer Hessen; Die Berufsordnung für die Ärzte in Hessen; Ambulante vertragsärztliche Versorgung; Die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung im Rahmen des GMG (Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz); Angestellte und beamtete Ärzte; Verfahren zur Erteilung der Berufserlaubnis und Approbation; Haftpflicht- und Lebensversicherung; Krankenversicherung; Rundtischgespräch: „Der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland – Stellung, Aufgaben, Pflichten und Rechte“

Mittwoch, 14. Mai 2008, 9 c.t. bis 17 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim,
Dr. med. M. Popović, Frankfurt
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel. 06032 782-202 Fax: -229 E-Mail: *veronika.wolfinger@laekh.de*

II. KURSE zur FORT- und WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Termine 2008

alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008 !)				neue Weiterbildungsordnung ab 1.11.2005		
			Std./Pkt.			**Std./Pkt.**
09.02.2008	Block 19	„Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation“	**8 Std./8 P.**	–		
23.02.2008	Block 1	„Grundlagen der Allgemeinmedizin“	**12 Std./12 P.**	**23.02.2008**	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs C 1	**8 Std./8 Pkt.**
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 E-Mail: *renate.hessler@laekh.de*
Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

ARBEITS- UND BETRIEBSMEDIZIN

Weitere Termine:

Aufbaukurs: B1	**15. – 22. Feb. 2008**	**60 P**
Aufbaukurs: C1	**07. – 14. März 2008**	**60 P**
Grundkurs: A2	**12. – 19. Sept. 2008**	**60 P**
Aufbaukurs: B2	**07. – 14. Nov. 2008**	**60 P**
Aufbaukurs: C2	**05. – 12. Dez. 2008**	**60 P**

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: voraus. € 490 (Akademiemitgl. € 441) Änderungen vorbehalten!
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*

„ERNÄHRUNGSMEDIZIN" 2008 (100 Std.) 100 P

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Teil I	**01./02.02.2008**	Teil V	**18./19.04.2008**
Teil II	**15./16.02.2008**	Teil VI:	**Hospitation (20 Std.): 09./25./26.04.2008**
Teil III	**29.02./01.03.2008**	Klausur:	**30.04.2008**
Teil IV	**04./05.04.2008**		

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)	**40 P**

Transfusionsverantwortlicher / -beauftragter (16 Std.)

16./17. Februar 2008	€ 340 (Akademiemitgl. € 306)	**16 P**
24./25. Oktober 2008	€ 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 11 P

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 Hiltscher, Akademie, Tel. 06032 782-211, Fax -229 E-Mail: *edda.hiltscher@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	€ 180 (Akademiemitgl. € 162)	**21 P**
31. Mai 2008, 9 – 17 Uhr	€ 180 (Akademiemitgl. € 162)	**21 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim
Tagungsort: Rehazentrum der DRV-Bund, 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

Notdienst-Seminar:	**09./10. und 23.Februar 2008**	Bad Nauheim	€ 140 (Akademiemitgl. € 70)
	30./31. August und 13. September 2008	Bad Nauheim	
Notfallmedizinisches Intensivtraining in der niedergelassenen Praxis:	**13. Dezember 2008**	Bad Nauheim	
Fachkundenachweis Rettungsdienst:	**in Planung**	Wiesbaden	
Leitender Notarzt:	**22. – 25. November 2008**	Kassel	
Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt":	**16. August 2008**	Wiesbaden	
Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt":		Kassel	

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" s. HABL 12/2007 S.767

Kursmodul I (alleine):	Rettungsdienst und seine Schnittstellen	**27. – 29. Februar 2008**	€ 390 (Akademiemitgl. € 351)
Kursmodul II (alleine):	Gefahrenabwehr im Krankenhaus	**29. Februar und 01. März 2008**	€ 240 (Akademiemitgl. € 216)
Kursmodul I + II:		**27. Februar – 01. März 2008**	€ 480 (Akademiemitgl. € 432)

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen
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 (Akademiemitlg. € 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
06. April 2008, 08. Juni 2008, 12. Oktober 2008, 16. November 2008, 14. Dezember 2008
jeweils von 09:00 – 17:00 Uhr
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:
Leitung: Dr. med. Veit Kürschner
Tagungsort: Wiesbaden
Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel. 0611 432832 E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de

PALLIATIVMEDIZIN

Modul 1	**20. bis 24. Mai 2008**	€ 550 (Akademiemitgl. € 495)
Modul 2	**06. bis 10. August 2008**	€ 550 (Akademiemitgl. € 495)
Modul 3	**03. bis 07. November 2008**	€ 650 (Akademiemitgl. € 585)
Basiskurs	**02. bis 06. Dezember 2008**	€ 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

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 (Akademiemitglieder € 1008)
Block II	**07.04. – 12.04.2008**	€ 1010 (Akademiemitglieder € 909)
Block III	**08.09. – 13.09.2008**	€ 1010 (Akademiemitglieder € 909)
Block IV	**10.11. – 15.11.2008**	€ 1010 (Akademiemitglieder € 909)

5 % Frühbucherrabatt bei Buchung aller vier Blöcke bis 14.03.2007

EFQM-Assessorentraining
16. und 17. Mai 2008 € 550,00 zzgl. Lizenzgebühren € 238 incl. MwSt (Akademiemitgl. € 495 zzgl. Lizenzgebühren € 238 incl. MwSt)

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 (Akademiemitgl. € 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

Informationskurs:	**15. März 2008**	€ 70 (Akademiemitgl. € 63)	
Grundkurs:	**10./11. Mai 2008***	€ 280 (Akademiemitgl. € 252)	
Spezialkurs:	**09./10. August 2008***	€ 280 (Akademiemitgl. € 252)	
Aktualisierungskurs gem. RöV	**16. Februar 2008, 08. November 2008**	€ 110 (Akademiemitgl. € 99)	**9 P**

* **+ 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Prakt./Prüfung im Uni-Klinikum Gießen**

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltscher, Akademie, Tel. 06032 782-211, Fax: -229 E-Mail: edda.hiltscher@laekh.de

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

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

Grundkurs GK I Grundlagen der Sozialmedizin, Grundlagen der Gesundheitsversorgung; Systeme der sozialen Sicherung
16. – 25. April 2008 **80 P**

Grundkurs GK II Grundlagen der Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention, Leistungsarten, -formen und Zugang zur Rehabilitation
15. – 24. Okt. 2008 **80 P**

Aufbaukurs AK I Arbeitsmedizinische Grundbegriffe; Grundlagen der Begutachtung, Rechtsfragen
21. – 30. April 2009

Aufbaukurs AK II Spezielle sozialmedizinische Begutachtung; Leistungsdiagnostik und Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen
28. Okt. – 06. Nov. 2009

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel. 06032 782-287, Fax: -228 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG (50 Std.)

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz
Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z.B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht.

Frühjahr 2008 Hessen:

Kursteil 1	Baustein I Grundlagen 1 und 2	**15. und 16. Februar 2008**
Kursteil 3	Baustein III (Medikamente) / VI (illegale Drogen)	**29. Februar und 1. März 2008**
Kursteil 2	Baustein II Alkohol / Nikotin und Wahlthema	**18. und 19. April 2008**
Kursteil 4	Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V	**09. und 10. Mai 2008**

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

Herbst 2008 Rheinland-Pfalz

Kursteil 1	Baustein I Grundlagen 1 und 2	**12. und 13. September 2008**
Kursteil 2	Baustein II Alkohol / Nikotin und Wahlthema	**18. und 19. Oktober 2008**
Kursteil 3	Baustein III (Medikamente) / VI (illegale Drogen)	**07. und 08. November 2008**
Kursteil 4	Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V	**21. und 22. November 2008**

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz, Tel.: 06131 28438-15, -10 E-Mail: kroehler@arztkollege.de

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

ULTRASCHALLKURSE

Abdomen	Aufbaukurs	**12. und 20. April 2008 (Theorie)** + 2 x 5 Std. Praktikum	€ 400 (Akademiemitgl. € 360)	**40 P**
	Abschlusskurs	**01. November 2008 (Theorie)** + 2 x 5 Std. Praktikum	€ 230 (Akademiemitgl. € 207)	**29 P**
Gefäße	Grundkurs (interdisziplinär)	**07. bis 09. Februar 2008** (Theorie + Praktikum)	€ 400 (Akademiemitgl. € 360)	**29 P**
	Aufbaukurs (hirnversorg. Gefäße)	**19. bis 21. Juni 2008** (Theorie + Praktikum)	€ 350 (Akademiemitgl. € 315)	**25 P**
	Abschlusskurs (hirnversorg. Gefäße)	**21. und 22. November 2008** (Theorie + Praktikum)	€ 290 (Akademiemitgl. € 260)	**20 P**

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

UMWELTMEDIZIN

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel 06032 782-287, Fax -228 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG 15 P

Freitag, 13. Juni 2008, 13 – 18:15 Uhr und Samstag, 14. Juni 2008, 9 – 18:15 Uhr € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, 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

Carl-Oelemann-Schule

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen medizinischer Fachberufe

Carl-Oelemann-Weg 5 · 61231 Bad Nauheim · Telefon: 06032 782 –0
E-Mail-Adresse: verwaltung.cos@laekh.de · Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

ALLGEMEINE HINWEISE

ANMELDUNG: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

VERANSTALTUNGSORT: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG: am Ende einer Veranstaltung erhalten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung. Nach erfolgreicher Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/Qualifizierungslehrgängen mit einem Stundenumfang ab 40 Stunden erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat. Nach Abschluss eines Qualifizierungslehrgangs, der einen Stundenumfang von mindestens 280 Stunden umfasst, erhalten die Teilnehmer/innen eine Urkunde.

FORTBILDUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE MEDIZINISCHER FACHBERUFE

AMBULANTE VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN

Wundmanagement (10 Stunden)
Inhalte: Wundarten/-heilung/-verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen erkennen und Interventionsmaßnahmen durchführen, Wundversorgung durchführen und Verbandtechniken anwenden, Wundprophylaxe einschließlich druckreduzierender und -entlastender Maßnahmen durchführen, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken anwenden.

Termin: Freitag, 14.03.2008, 13:30 – 17:30 Uhr bis
Samstag, 15.03.2007, 08:30 – 13:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 150,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-132, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ambulante Versorgung älterer Menschen" anerkannt.

Hausbesuche und Versorgungsplanung (4 Stunden)
Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten
Termin: Mittwoch, 05.03.2008, 15:00 – 18:30 Uhr
Teilnahmebeitrag: 70,00 €
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-132, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ambulante Versorgung älterer Menschen" anerkannt.

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Ernährung in besonderen Lebensabschnitten
Inhalte: Grundlagen der gesunden Ernährung (Optimix) erklären, Ernährungsrituale berücksichtigen, Ernährung spezifischer Personengruppen berücksichtigen.

Termin: Freitag, 11.04.2008, 10:00 – 17:30 Uhr bis
Samstag, 12.04.2008, 09:00 – 16:30 Uhr (16 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 185,00
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ernährungsmedizin" anerkannt.

BETRIEBSMEDIZINISCHE ASSISTENZ

Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin
Inhalte: System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen der arbeitsmedizinischen Versorgung anwenden, Gefahrstoffe kennen, Belastungen am Arbeitsplatz erklären und ihre Erfassung durchführen, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht kennen, EDV im betriebsmedizinischen Dienst, Lernerfolgskontrolle

Termin: Mittwoch, 05.03.2008, 14:00 Uhr bis
Samstag, 08.03.2008, 14:00 Uhr (insgesamt 29 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 350,00
Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Betriebsmedizinische Assistenz" anerkannt.

ONKOLOGIE/PALLIATIVMEDIZIN

Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativmedizin
Inhalte: Begriffe definieren und Entwicklungen kennen, Aufgaben des nichtärztlichen Fachpersonals im Fachbereich benennen, Risikofaktoren und Vorsorgemaßnahmen kennen, Therapieansätze, Prognosen und Fehleinschätzungen kennen, Diagnostik benennen
Termin: Donnerstag, 06.03.2008, 13:30 – 17:30 Uhr (5 Std.)
Teilnahmebeitrag: € 70,00
Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Onkologie" und „Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis" anerkannt.

Onkologische und palliativmedizinische Versorgung und Betreuung von Patienten
Inhalte: Ernährungsmaßnahmen durchführen, Stoffwechselkontrolle durchführen, Schmerzkontrollen/-therapien kennen und im Rahmen der Delegationsfähigkeit mitwirken
Termin: Freitag, 07.03.2008, 08:30 – 13:00 Uhr (5 Std.)
Teilnahmebeitrag: € 70,00
Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Onkologie" und „Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis" anerkannt.

Hilfestellung und Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativmedizinischen Versorgung
Inhalte: Belastungen durch Stress reflektieren und Bewältigungsstrategien anwenden, Persönliche Wertvorstellungen und Ressourcen reflektieren, Gefühle von Hilflosigkeit und andere Emotionen bewältigen, Supervision, Fallkonferenz, Balint durchführen, mit Sterbenden umgehen.
Termin: Freitag, 07.03.2008, 13:30 – 17:00 Uhr bis
Samstag, 08.03.2008, 08:30 – 12:00 Uhr (8 Std.)
Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Onkologie" und „Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis" anerkannt.

KLINIKASSISTENZ (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhausrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum
Termin: Interessentenliste
Teilnahmebeitrag: € 1190,00 inkl. Kolloquium
Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

QUALITÄTSMANAGEMENT

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement Teil 1 (30 Stunden)
Inhalte: Prozessanalyse, Leitbild, Ressourcenmanagement, Marketing-Mix, Risikomanagement/Patientensicherheit, Organisation des Qualitätsmanagements, Einsatz und Methoden von Befragungen im Rahmen des Qualitätsmanagements

Termin: Freitag, 29.02.2008, 10:00 – 17:30 Uhr bis Samstag, 01.03.2008.2008, 09:00 – 15:30 Uhr und Freitag, 14.03.2008, 10:00 – 17:30 Uhr bis Samstag, 15.03.2008, 09:00 – 15:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 350,00
Ansprechpartner: Monika Kinscher, Tel. 06032 782-187, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Qualitätsmanagement" anerkannt.

PATIENTENBETREUUNG / PRAXISORGANISATION

Beschwerde- und Konfliktmanagement (8 Stunden)
Inhalte: Teamarbeit fördern, „Eigenes" Rollenverständnis im Praxisteam beobachten und analysieren, Beschwerde- und Konfliktmanagement anwenden und analysieren, Lösungsstrategien anwenden

Termin: Freitag, 29.02.2008, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782 132, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Qualitätsmanagement", „Palliativmedizin", „Onkologie" und Arztfachhelferin anerkannt.

Kommunikation und Gesprächsführung (8 Stunden)
Inhalte: Techniken der Kommunikation anwenden, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen beherrschen, Telefonkommunikation durchführen, Konfliktlösungsstrategien einsetzen, sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen.

Termin: Freitag, 07.03.2008, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782 132, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Ambulante Versorgung älterer Menschen", „Case Management in der ambulanten Versorgung zur Spezialisierung bei chronischen Erkrankungen", „Ernährungsmedizin", „Patientenbegleitung und Koordination", „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen", „Prävention im Kindes- und Jugendalter", „Qualitätsmanagement", „Palliativmedizin", „Onkologie" und Arztfachhelferin anerkannt.

Moderation (8 Stunden)
Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Samstag, 01.03.2008 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782 132, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Ernährungsmedizin", „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen", „Prävention im Kindes- und Jugendalter", „Qualitätsmanagement", und Arztfachhelferin anerkannt.

Wahrnehmung und Motivation (8 Stunden)
Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Motivation und Bedürfnisse einschätzen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen

Termin: Samstag, 08.03.2008, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-132, Fax -180
Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Ambulante Versorgung älterer Menschen", „Case Management in der ambulanten Versorgung zur Spezialisierung bei chronischen Erkrankungen", „Ernährungsmedizin", „Patientenbegleitung und Koordination", „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen", „Prävention im Kindes- und Jugendalter", „Qualitätsmanagement", „Palliativmedizin", „Onkologie" und Arztfachhelferin anerkannt.

PRÜFUNGSVORBEREITUNGSKURSE
Als Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zum/r Arzthelfer/-in und Medizinischen Fachangestellten

Medizinische Fachkunde (14 Stunden)
Inhalte: Herz- Kreislaufsystem: Anatomie, Physiologie, Diagnostik, Pathologie; Ernährung/Verdauung: Anatomie, Physiologie, Diagnostik, Pathologie; Urogenitalsystem: Anatomie, Physiologie, Pathologie, Schwangerschaft, Geburt und Verhütung; Themen und Fragen zur freien Auswahl

Termin: Stufe 1: Samstag, 08.03.2008, 10:00 – 16:30 Uhr
Stufe 2: Samstag, 15.03.2008, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 125,00
Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax -180

SCHWERPUNKT MEDIZIN

Reanimationstraining für das Praxisteam
Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik, Maßnahmetraining, Umgang mit Beatmungshilfen, Umgang mit verschiedenen AED-Geräten, Training der Herz-Lungen-Wiederbelebung, Training verschiedener Algorithmen

Termin: Samstag 16.02.2008, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Notfallmanagement im Praxisteam
Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik mit erweiterten Möglichkeiten, Ausstattung und Aufteilung des Notfallequipments, Vorbereiten, Kontrollieren, Anreichen, teilweis Durchführung, Training mit der Notfallausstattung, Training exemplarischer Notfallsituationen

Termin: Samstag 01.03.2008, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95,00
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Kilimandscharo

Höhen- und Sportmedizin am höchsten Berg Afrikas

Achim Bitschnau[1+2], Thomas Lämmle[3], Gabor Szalay[1], Klaus Voll[4], Reinhard Schnettler[1]

[1] *Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätskliniken Gießen und Marburg, Standort Gießen, Rudolf-Buchheim-Straße 7, 35385 Gießen*
[2] *Chirurgie Wiesbaden-Medical Point, Schwalbacher Straße 38-42, 65183 Wiesbaden*
[3] *Institut für Sportwissenschaften der Universität Innsbruck, – Abteilung Sportmedizin –, Fürstenweg 185, A-6020 Innsbruck*
[4] *EMS GmbH, Waldstraße 2, 91096 Möhrendorf*

Zusammenfassung
Der Kilimandscharo ist einer der faszinierendsten Berge der Erde. Aufgrund der Gipfelhöhe von 5.895 m und des geringen Schwierigkeitsgrades der Besteigung eignet er sich in idealer Weise für wissenschaftliche Untersuchungen zur Höhenmedizin und Höhenanpassung.

Diese Untersuchungen führten wir im Rahmen eines Kurses zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin am Kilimandscharo durch. Erprobt wurde u.a. ein neuartiges Sauerstoffabgabesystem.

Die Sauerstoffzufuhr erfolgt hierbei sensorgesteuert lediglich in der ersten Inspirationsphase. Mit einer handelsüblichen Sauerstoffflasche kann die Behandlungsdauer hierdurch von ca. 40 min. auf bis zu 20 Stunden verlängert werden. Die Sauerstoffsättigung des Blutes unter Belastung konnte in den verschiedenen Höhenstufen auf die jeweiligen Werte in Ruhe gesteigert werden.

Abb. 1: Der Kilimandscharo liegt inmitten einer Savannenlandschaft, umgeben von einem Regenwaldgürtel

Kilimandscharo

Das Kilimandscharo-Massiv (Kilima Njaro – „Weißer Berg" bzw. „Schneeberg"), ist mit 5.895 m über dem Meeresspiegel das höchste Bergmassiv Afrikas und weist – im Nordosten von Tansania liegend – mit dem Kibo den höchsten Berg des Kontinents auf (Abb.1). 1973 wurde der Kilimandscharo-Nationalpark gegründet. Die Ernennung zum Weltkulturerbe folgte 1987.
Das Kilimandscharo-Massiv ist vulkanischen Ursprungs. Die Ursache für die vulkanische Aktivität liegt in dem Auseinanderdriften der Afrikanischen- und der Ostafrikanischen Platte. Das Bergmassiv liegt 340 km südlich des Äquators. Zwischen dem Kilimandscharo und dem nordwestlich gelegenen Victoriasee befindet sich der Serengeti Nationalpark.
Die Erstbesteiger waren der Leipziger Bergsteiger, Geograph und Forscher Hans Meyer und der österreichische Alpinist und Bergführer Ludwig Purtscheller, die den Gipfel nach zwei fehlgeschlagenen Erstbesteigungs-Versuchen von 1887 und 1888 am 6. Oktober 1889 erklommen.

Besteigung des Kilimandscharo

Überrascht von der enormen Resonanz auf die Kursankündigung starteten wir im Februar 2007 mit 20 Kollegen in Richtung Afrika. 40 weitere Anmeldungen konnten aufgrund der limitierten Gruppengröße leider nicht berücksichtigt werden. Nach der Landung in Arusha/Tansania brachen wir in Richtung Kilimandscharo Nationalpark auf. Bereits die Autofahrt zum Nationalpark und der erste gemeinsame Abend unter freiem Himmel ließen uns die enorme Schönheit dieses Landes und des ganzen Kontinentes vermuten.

Einen ersten Blick auf den Kilimandscharo erhaschten wir am nächsten Morgen. Mitten aus der Savannenlandschaft, umgeben von einem Regenwaldgürtel, erhob sich wie aus dem Nichts der höchste Berg Afrikas.

Abb. 2: Sonnenaufgang am Gipfel des Kilimandscharo

Der Aufstieg erfolgte innerhalb von acht Tagen über die Machame Route. Diese führt von Süden an den Vulkanberg und den höchsten Krater, den Kibo (– der Helle). Sie zeichnet sich durch eine abwechslungsreiche Flora aus und erlaubt eine gute Höhenakklimatisation durch die südliche Umrundung des Berges in einer Höhe von ca. 4.000 m.

Unter der Leitung von drei Bergführern starteten wir bei 1.800 m Höhe und gelangten auf einer atemberaubenden Strecke durch den Regenwald auf eine Höhe von ca. 3.000 m. Hier wurde das erste Zeltlager aufgeschlagen und der erste Abendtee eingenommen.

Wie von nun an jeden Morgen und Abend führten wir Ruhe- und Belastungsuntersuchungen der Kursteilnehmer durch. Die Einschätzung des subjektiven Empfindens erfolgte anhand eines Fragebogens.

Abb. 3: Gipfelbild am Uhuru Peak- dem höchsten Punkt Afrikas

Durch eine heideähnliche Landschaft mit vielen Farngewächsen, Moosen und Flechten gelangten wir am zweiten Tag zum Shiraplateau auf ca. 3.850 m und waren damit bereits über der Gipfelhöhe des Großglockners (3.798 m). Der folgende Ruhetag diente der Akklimatisation und erlaubte die theoretische und praktische Ausbildung fortzuführen. In den folgenden Tagen gelangten wir bei einer täglichen Gehzeit von ca. sechs bis acht Stunden vom Shira Plateau über die Barranco Hütte (3.950 m) in das Karanga Tal (3.950 m). Trotz der Höhe fand sich auch hier eine beeindruckende Flora und gewaltige Ausblicke auf die in der Tiefe liegende afrikanische Steppe. Am sechsten Tag brachen wir sehr früh in das letzte Lager vor der Gipfelbesteigung auf. Der Weg führte uns nun vorbei an Lavasteinformationen bis zur Barafu Hütte auf 4.600 m. Hier machte sich der verminderte Sauerstoffpartialdruck bei allen Kursteilnehmern bemerkbar. Neben Kopfschmerzen trat insbesondere eine deutlich spürbare Leistungsminderung auf. Nach einer kurzen Ruhephase starteten wir noch am gleichen Tag um 23:30 Uhr in Richtung Gipfel. Den Kraterrand erreichten wir um ca. 6 Uhr pünktlich zum Sonnenaufgang. Der Blick, der sich nun bot, war eine Entschädigung für die Strapazen des Aufstieges (Abb. 2). Am Kraterrand entlang gelangten wir zum höchsten Punkt des Kilimandscharo-Massivs, dem Gipfel des Kibo mit dem Uhuru Peak. Nach dem obligaten Gipfelbild (Abb. 3) begann der Abstieg bis auf 2.800 m. Am Nachmittag erreichten wir nach einer Gehzeit von ca. 16 Stunden zufrieden und erschöpft das letzte Lager.

Kursprogramm

Das sportmedizinische Programm setzte sich aus der Praxis der Höhenanpassung (Akklimatisationstaktik, physikalische und physiologische Veränderungen in der Höhe, Zeichen der Höhenanpassung) und der Theorie der akuten Höhenkrankheit (akute Höhenkrankheit, Höhenlungenödem und dem Höhenhirnödem) zusammen. Die praxisorientierte Vermittlung dieser Inhalte erfolg-

Abb. 4: Sportmedizinische Weiterbildung am Shira Plateau und im Zelt an der Barranco Hütte

te gemeinsam mit dem Deutschen Alpenverein in Person des Sportwissenschaftlers und Bergführers Thomas Lämmle (Abb. 4). Die Diagnostik und Therapie der akuten Bergsportverletzungen vervollständigten das Programm.

Im Rahmen des praktischen Teils zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin beschäftigten wir uns mit den Möglichkeiten der Bergrettung, den Techniken des Trekking, Walking und Bergsteigens sowie der Anwendung der tragbaren hyperbaren Kammer und neuer Verbandstechniken.

Wissenschaftliches Programm

Einleitung

Jedes Jahr suchen weltweit über 37 Millionen Reisende große (>2.500 m) und extreme (>5.500 m) Höhen auf [1]. Neben der extremen Witterung ist es besonders der Sauerstoffmangel, der das Leben in der Höhe bedroht. Nahezu jedes Scheitern, jede Erkrankung und jeder Todesfall lassen sich in irgendeiner Weise auf den erniedrigten Sauerstoffpartialdruck zurückführen. Dieser beträgt am Gipfel des Kilimandscharo (5.895 m) in etwa die Hälfte des Druckes auf Meereshöhe. Messungen am Gipfel zeigen, dass die Sauerstoffsättigung im Kapillarblut auf Werte von 75 % in Ruhe und auf etwa 70 % beim Gehen abfällt. Die akute Hypoxie, verbunden mit einer unzureichenden Akklimatisation, kann bereits ab Höhen über 2.500 m zum Auftreten der verschiedenen Formen der Höhenkrankheit führen [6]:

- Akute Höhenkrankheit (AMS – acute mountain sickness)
- Höhenhirnödem (HACE – high altitude cerebral oedema)
- Höhenlungenödem (HAPE – high altitude pulmonary oedema)

Die Therapie der Wahl stellt in allen Fällen der Höhenkrankheit die Erhöhung des Sauerstoffangebotes dar. Dies kann durch Erreichen tieferer Bezirke oder durch die Erhöhung des Sauerstoffpartialdruckes vor Ort erfolgen. Letzteres wird durch eine Sauerstoffgabe oder ein Überdrucksystem ermöglicht. Mit den handelsüblichen Sauerstoffflaschen kann ein Patient im Notfall ca. 40 min. behandelt werden.

Im Folgenden wird ein Sauerstoffabgabe-System vorgestellt, mit welchem eine Behandlungsdauer von bis zu 20 Stunden möglich ist.

Material und Methode

Getestet wurde ein neuartiges Sauerstoffabgabegerät, das sensorgesteuert den Sauerstoff nur in der ersten Phase der Inspiration abgibt. Das System besteht aus einem mit Karbonfasern aufgebauten, sehr leichten Druckgasbehälter (2 Liter/300 bar/1,4 kg) mit integriertem Druckregler, einer elektronischen Steuereinheit ($INSPO_2$), einer handelsüblichen Nasenbrille, einem Fingerpulsoxymeter (NONIN Onyx II 9550) und einer Transporttasche. Das Sauerstoffsystem WS 120 wird von der Firma EMS in Möhrendorf (D) hergestellt und im Moment auf Flügen zur Versorgung „sauerstoffpflichtiger" Passagiere eingesetzt.

Das Kernstück des Systems ist die elektronische Steuereinheit „$INSPO_2$". Es handelt sich hierbei um ein Demandsystem mit Sauerstoffsparfunktion. Der zu behandelnde Patient trägt eine herkömmliche Nasenbrille, die am $INSPO_2$ angeschlossen wird. Das $INSPO_2$ wird mittels Schnellkupplung mit dem Druckregler der Sauerstoffflasche verbunden. Im $INSPO_2$-Gerät befindet sich ein so genannter Minidruckregler. Im Gerät ist ein sehr empfindlicher Sensor angeordnet, der die Druckschwankungen in der Nase erkennt. Damit ist es möglich, den Zeitpunkt der Einatmung exakt zu erkennen. Durch einen festgelegten Algorithmus wird mit Beginn der Inspiration der Sauerstoffffluss (O_2-Flow) in die Nasenbrille gestartet. Entsprechend des eingestellten O_2-Bolus und der kontinuierlich gemessenen Atemfrequenz errechnet sich das Gerät automatisch die Dauer der Sauerstoffabgabe im ersten Teil der Inspirationsphase. Durch die ständige Messung der tatsächlichen Atemfrequenz im Vergleich zum eingestellten O_2-Bolus wird die Sauerstoffmenge (ml) pro Atemzug automatisch errechnet und zum Patienten gesteuert. Der eingestellte O_2-Bolus in l/min ist immer garantiert. Das bedeutet, dass die Sauerstoffmenge pro Atemzug bei niedriger Atemfrequenz größer und umgekehrt bei höherer Atemfrequenz kleiner ist. Der O_2-Bolus lässt sich von 0,5 bis 1,0 l/min einstellen.

Die Untersuchung sollte zeigen, inwieweit es möglich ist, mit der Applikation von Sauerstoff über das WS 120-System die mit zunehmender Höhe sinkende Sauerstoffstättigung des Blutes auszugleichen.
An der Untersuchung nahmen sieben Ärzte (eine Frau/sechs Männer – 28 bis 45 Jahre) teil. Die Messungen wurden im Rahmen des Aufstiegs von 2.800 m bis zum Gipfel in 5.895 m Höhe in den verschieden Camps durchgeführt:
1. Machame Camp 3.000 m
2. Shira Camp 3.800 m
3. Barafu Camp 4.600 m

Die erhobenen Daten waren:
- Sauerstoffsättigung (SpO_2) in Ruhe
- Sauerstoffsättigung (SpO_2) in Ruhe mit der Applikation von 0,5 l/min, 0,7 l/min und 1,0 l/min Flaschensauerstoff
- Sauerstoffsättigung (SpO_2) unter standardisierter Belastung
- Sauerstoffsättigung (SpO_2) unter standardisierter Belastung mit der Applikation von 0,5 l/min , 0,7 l/min und 1,0 l/min Flaschensauerstoff
- Messungen der Herzfrequenz (Hf) erfolgten parallel zu den Messungen der Sauerstoffsättigung

Das Untersuchungsdesign sah folgendermaßen aus: Nach einer mehrstündigen Ruhephase wurden im jeweiligen Lager zunächst die Ruhewerte (SpO_2 + HF) bestimmt (NONIN Onyx II 9.550). Die Sauerstoffgabe erfolgte anschließend mittels WS 120 über die Nasenbrille für jeweils drei Minuten 0,5 l/min, 0,7 l/min und 1,0 l/min. Am Ende jeder Drei-Minuten-Phase wurden die Ruhewerte neu bestimmt (SpO_2 + HF). Nach einer Pause von zehn Minuten erfolgte der Belastungstest. Hier wurde ein standardisierter Stufentest [2] eingesetzt. Die Testperson stieg im Sekundenrhythmus (Metronom KDM-2) an einem 24 cm hohen Kunststoffhocker auf und ab. Für einen kompletten Auf- und Abstieg wurden vier Sekunden benötigt, d.h. es wurden 15 komplette Besteigungen pro Minute durchgeführt. Die Belastung entspricht in etwa der Belastung beim moderaten Bergwandern.

In den ersten drei Minuten wurden die Belastungswerte ohne Sauerstoffapplikation gemessen. Danach erfolgte wiederum die Abgabe von Sauerstoff mittels WS 120 über die Nasenbrille an die Testperson nach dem oben genannten Schema und die Messung der jeweiligen Sauerstoffsättigung und Herzfrequenz.

Ergebnisse

Die Zufuhr relativ kleiner Mengen Sauerstoff (0,5 – 1,0 l/min O_2) über eine Nasenbrille führten sowohl in Ruhe als auch unter Belastung zu einer signifikanten Erhöhung der Sauerstoffsättigung. In Ruhe konnten in allen Höhenlagen (3.000 m - 4.600 m) bei einer Applikation von 0,7 l/min O_2 bzw. 1,0 l/min O_2 Sättigungswerte erreicht werden, die dem Niveau auf Meereshöhe entsprechen (~ 97 %). Unter Belastung lagen die Sättigungswerte trotz Sauerstoffgabe deutlich niedriger als auf Meereshöhe. Durch die Gabe von 1,0 l/min O_2 unter Belastung wurden die durchschnittlichen Ruhewerte der jeweiligen Höhenlagen erreicht (Tab. 1; Abb. 6-8).

Diskussion

Das Höhenhirnödem (HACE) kann eine Ataxie auslösen. Weitere Symptome sind analgetikaresistente Kopfschmerzen, Halluzinationen, Sehstörungen sowie Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma. Das Höhenlungenödem (HAPE) ist charakterisiert durch einen plötzlichen Leis-

Tabelle 1: Sauerstoffsättigung in Ruhe und unter Belastung in Höhen zwischen 3.000m und 4.600m

Sauerstoff-sättigung	Ruhe-werte	Ruhe + 0,5 l/min O_2	Ruhe + 0,7 l/min O_2	Ruhe + 1,0 l/min O_2	Belastungs-werte	Belastung + 0,5 l/min O_2	Belastung + 0,7 l/min O_2	Belastung + 1,0 l/min O_2	
Machame Camp [3000 m]									
Mittelwert	93,6	97,7	98,6	98,6	87,7	90,9	92,9	94,1	%
Standard-abweichung	±1,0	±0,5	±0,5	±0,5	±2,5	±2,5	±2,2	±2,3	%
Maximum	95	98	99	99	90	94	96	96	%
Minimum	92	97	98	98	84	86	89	89	%
Shira Camp [3800 m]									
Mittelwert	90	96,6	98,1	98,6	83,7	86,7	88,9	92,3	%
Standard-abweichung	±3,7	±2	±0,8	±0,5	±4,0	±2,1	±1,8	±0,9	%
Maximum	95	99	99	99	89	90	91	94	%
Minimum	85	94	97	98	78	85	86	91	%
Barafu Camp [4600 m]									
Mittelwert	85,3	93,4	97,7	98	78,9	81,1	84,6	88,6	%
Standard-abweichung	±4,1	±3,8	±1,0	±0,8	±2,2	±5,0	±3,8	±3,7	%
Maximum	93	98	99	99	82	89	89	93	%
Minimum	81	85	96	97	75	75	80	83	%

tungsabfall, Ruhedyspnoe, Pulsanstieg und Blauverfärbung von Haut und Lippen. Im Rahmen der Notfalltherapie kann bei HACE z.B. Dexamethason, bei HAPE z.B. Nifedipin eingesetzt werden.
Die effektivste Behandlung der verschiedenen Formen der Höhenkrankheit liegt jedoch in der Erhöhung des Sauerstoffpartialdruckes durch Erreichen tieferer Höhenlagen, durch die Gabe von Sauerstoff oder durch die Behandlung in einem Überdrucksack/-helm.
Vom raschen Wechsel in tiefere Lagen abgesehen ist Flaschensauerstoff das wichtigste Medikament zur Verbesserung der Gewebeoxygenierung, vor allem zur zerebralen Drucksenkung bei allen Formen der schweren Höhenkrankheit [1].

Auf Trekkingtouren und Expeditionen kommen im Moment nahezu ausschließlich offene Sauerstoffsysteme mit konstantem Sauerstoffffluss zum Einsatz. Bei diesen Systemen wird Sauerstoff kontinuierlich von einer Druckgasflasche über einen Druckminderer an ein Masken-Beutel System abgegeben. Der Patient atmet ein Gemisch aus Sauerstoff und Umgebungsluft aus dem Reservoirbeutel über die Maske ein. Zur Behandlung schwererer AMS, HAPE und HACE werden folgende Flussraten vorgeschlagen: Anfangs höchstmögliche Flussrate (6 bis 10 Liter pro Minute) bis sich die Zyanose bessert bzw. eine SpO_2 von mehr als 90 % messbar ist. Anschließend wird die Flussrate auf etwa 2 bis 4 Liter pro Minute reduziert [1].

Mit den üblichen 2 Liter Stahlflaschen und einer Befüllung mit 200 bar kann bei einer Flussrate von 10 l/min. ein Patient 40 Minuten mit Sauerstoff versorgt werden und dies bei einem Gesamtgewicht des Systems von ca. 7,5 kg. Auf Grund der kurzen Behandlungszeit und des schwierigen Transportes von Sauerstoffflaschen (Fluggenehmigung, Zoll, Gewicht) aus dem Heimatland in das Berggebiet wird von kommerziellen Bergreiseanbietern immer häufiger auf die Mitnahme von Sauerstoff verzichtet und stattdessen nur noch der Überdrucksack mitgeführt.

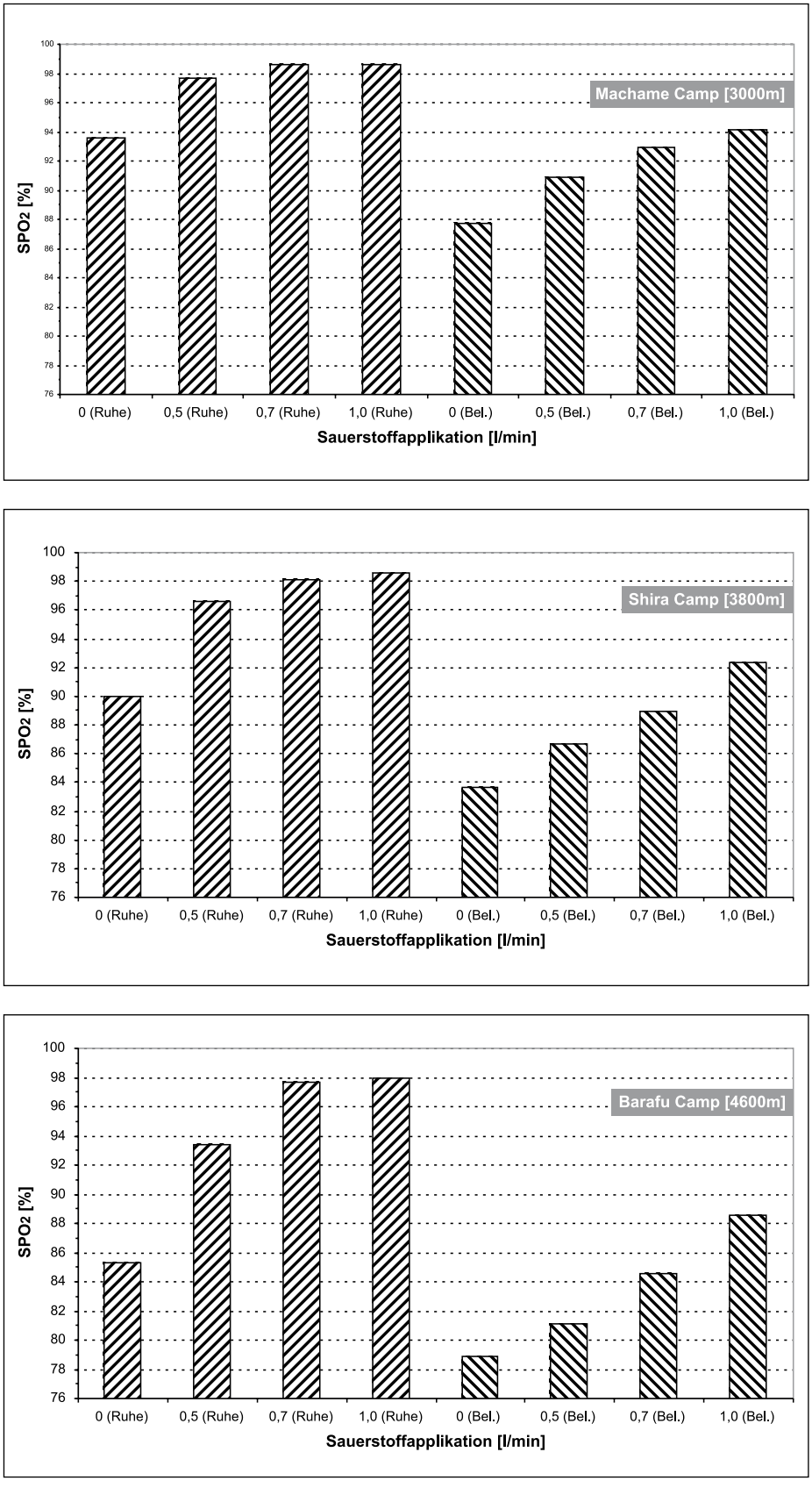


Abb. 6-8: Sauerstoffsättigung mit und ohne Sauerstoffzufuhr in Ruhe und unter Belastung

Mit dem Sauerstoffsystem WS120 können einige Nachteile offener Sauerstoffsysteme überwunden und die Behandlung schwerer Formen höhenbedingter Erkrankungen verbessert werden. Selbst mit einer relativ niedrigen Applikation von 0,7 l/min O_2 in Höhen zwischen 3.000 m – 4.600 m konnten unter Ruhebedingungen Sättigungswerte, die denen auf Meeresniveau entsprechen, erzielt werden (Bsp.: 4.600 m / 85,3 % → 97,7 %). Mit diesem deutlichen Anstieg der Sauerstoffsättigung müsste eine Behandlung von Patienten mit schweren Formen der Höhenkrankheit möglich sein. Auch ein passiver Abtransport dürfte mit diesem System durchführbar sein, da eine optimale Sauerstoffversorgung unter Ruhebedingungen sichergestellt ist.

Unter Belastung konnte kein vollständiger Ausgleich des Sauerstoffmangels erzielt werden. Es bleibt zu diskutieren, ob dies zur Behandlung einer höhenbedingten Erkrankung wirklich notwendig ist, zumal bei einer Behandlung in einer hyperbaren Kammer auch nicht in allen Höhenlagen O_2-Sättigungswerte, die denen auf Meereshöhe entsprechen, erreicht werden. Mit der Zufuhr von 1,0 l/min O_2 konnten die durchschnittlichen Ruhewerte der jeweiligen Höhenlage erreicht werden (Bsp.: 4.600 m / 85,3 % / 78,9 % → 88,6 %), was für eine effektive Behandlung zur Unterstützung eines aktiven Abstiegs ausreichend erscheint. Diese These wird gestützt durch eine im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Behandlung eines höhenkranken Patienten. Der Patient wurde mit den Anzeichen eines Höhenlungenödems (Schwäche, Ruhedyspnoe, Ruhepulsanstieg) in seinem Zelt auf 4.600 m vorgefunden. Die mit einem Pulsoxymeter gemessenen Werte lagen bei: SaO_2 62 % / Hf 114 b/min. Der Patient wurde sofort mit einem O_2-Flow von 1,0 l/min über das WS 120-System mit Sauerstoff versorgt. Die Krankheitszeichen besserten sich innerhalb weniger Minuten mit der Gabe von Sauerstoff, sodass ein aktiver, unterstützter Abstieg möglich war. Beim Abstieg wurde der O_2-Flow von 1,0 l/min beibehalten. Der Patient trug lediglich die Nasenbrille. Sauerstoffflasche und INSPO$_2$-Einheit konnten im Rucksack eines Helfers transportiert werden. Die gemessenen Belastungswerte lagen in 4.600 m Höhe bei: SaO_2 83 % / Hf 103 /min.

Fazit

Die Sauerstoffabgabe in der ersten Inspirationsphase erhöht die Sauerstoffsättigung des Blutes unter Belastung bis zu den O_2-Sättigungswerten der jeweiligen Höhe in Ruhe.
Durch die sensorgesteuerte O_2-Abgabe wird die Therapiedauer von ca. 40 min. mit den handelsüblichen Sauerstoffflaschen auf bis zu 20 Stunden erhöht.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Achim Bitschnau
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Rudolf-Buchheim-Straße 7
35385 Gießen
Telefon: 0641 99-44601
Fax: 0641 99-44609
E-Mail: A.Bitschnau@web.de

Literatur

1. *Berghold, F., Schaffert, W.: Alpin- und Höhenmedizin - Lehrskriptum: Medizin der großen und extremen Höhen. ÖGAHM, Kaprun 1999*
2. *Berghold, F., Schaffert, W.: Handbuch der Trekking- und Expeditionsmedizin: Praxis der Höhenanpassung – Therapie der Höhenkrankheit; 6. Auflage 2004*
3. *Lämmle, Th., Burtscher, M.: Bergsteigen in extremen Höhen – Leistungsphysiologische Aspekte. Jenny, E. (Hrsg.): Jahrbuch 99 ÖGAHM. ÖGAHM, Innsbruck 1999*
4. *Riede, U.-R.; Schaefer, H.-E.; Wehner, H.: Allgemeine und spezielle Pathologie Georg Thieme Verlag*
5. *Rotter, P.: Kilimanjaro-Bergsteigen-Safari-Trekking, 10. Auflage 2005*
6. *Sutton, JR., Coates, G., Houston, CS.: Hypoxia and Mountain medicine: The Lake Louise Consensus on the Definition and Quantification of Altitude illness.*

Wilhelm P. Winterstein-Preis 2008 der Deutschen Herzstiftung e.V.

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2008 ein weiteres Mal den Wilhelm P. Winterstein-Preis, dotiert mit 10.000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauferkrankungen, bevorzugt aus einem patientennahen Forschungsbereich. Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht überschreiten und in dieser Form noch nicht veröffentlicht worden sein. Ihr ist eine Zusammenfassung in deutscher Sprache voranzustellen. Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf sind in dreifacher Ausfertigung bis spätestens **23. Februar 2008** (Poststempel) zu senden an: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Sind Co-Autoren an der Arbeit beteiligt, ist deren Einverständniserklärung zur Bewerbung sowie Angaben über ihre jeweiligen Arbeitsanteile beizufügen.

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Herzstiftung im Juni 2008 in Frankfurt am Main. Weitere Informationen sind zu erhalten über Christine Koch unter der Telefon-Nr.: 069 955128-128 oder der Homepage der Deutschen Herzstiftung unter www.herzstiftung.de zu entnehmen.

Ludwig-Demling-Medienpreis 2008 ausgeschrieben

Die Gastro-Liga e.V. lobt 2008 zum neunten Mal den Ludwig-Demling-Medienpreis aus. Mit dem Preis werden Arbeiten ausgezeichnet, die in wissenschaftlich korrekter und gleichzeitig anschaulicher Weise über gastroenterologische Erkrankungen und deren Prävention berichten oder zum grundsätzlichen Verständnis der Verdauungsprozesse bzw. des Stoffwechsels und der Ernährung beitragen.
Der Ludwig-Demling-Medienpreis wird in zwei Kategorien vergeben und ist 2008 dank der freundlichen Unterstützung der Merckle Recordati GmbH, Ulm, mit insgesamt 5.000,– Euro dotiert.
Eingereicht werden können Arbeiten aus den Kategorien Print (Zeitungen, Zeitschriften, Bücher) und Elektronische Medien (Hörfunk, Fernsehen, Video, Internetbeiträge). Aus jeder Kategorie wird eine Arbeit mit 2.500,– Euro ausgezeichnet.

Bewerbungsschluss ist der **31. März 2008**

Die ausführlichen Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter: www.gastro-liga.de

Neues Gesundheitsdienstgesetz
Hessen zieht nach als letztes der Bundesländer

Aus der Sicht der Ärzte an den hessischen Gesundheitsämtern ist es eine gute Nachricht:
Mit Wirkung vom 28. September 2007 ist das Hessische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Kraft getreten. Nach Niedersachsen ist nunmehr Hessen das letzte der Bundesländer, welches ein neues Gesundheitsdienstgesetz verabschiedet und damit die alte Gesetzeslage – Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens – aus dem Jahre 1934 außer Kraft setzt.

Das neue Gesetz hat zum Ziel, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine zeitgemäße Rechtsgrundlage für eine aktive Gesundheitspolitik in der jeweiligen Region zu geben. Mit Region sind vorrangig Kreise und kreisfreie Städte, also die kommunale Verwaltungsebene, gemeint. Damit ist der Ort angesprochen, in dem auch anderen Sozialgesetze wie Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, das Kinder- und Jugendhilfegesetz und Arbeitslosengeld II für ihre praktische Umsetzung angesiedelt sind und an dem nach dem Verständnis der WHO Gesundheit entsteht.
Das Gesetz gibt den Rahmen für eine kommunale Gesundheitsförderung, für eine kommunalpolitisch relevante Gesundheitsberichterstattung vor. Es hat eine Straffung und Stärkung der Vorbeugemaßnahmen bei der Abwehr von Infektionskrankheiten (z.B. Pandemieplanung) im Fokus, und es präzisiert die Aufsicht über die Heilberufe. Die Frage der ärztlichen Leichenschau wurde ausgeklammert, da sie in dem zeitgleich verabschiedeten neuen Friedhofs- und Bestattungsgesetz vom 5. Juli 2007 behandelt wird.

Das Gesetz trennt nicht scharf zwischen Aufgaben des Bundes und Landes, die auf der kommunalen Ebene nach Weisung zu erfüllen sind (z.B. im Zusammenhang mit dem Infektionsschutzgesetz) und originär kommunalen Aufgaben wie etwa die Koordination kommunaler Arbeitskreise zur Gesundheitsförderung oder die Organisation eines gemeindepsychiatrischen Verbundes.

In das Gesetz werden die Landesbehörden einbezogen, das ist das Regierungspräsidium Darmstadt mit seinem Medizinalreferat als obere Gesundheitsbehörde, das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen in Dillenburg und das Sozialministerium als oberste Gesundheitsbehörde Hessen.

Anders als in anderen Bundesländern heißen die unteren kommunalen Gesundheitsbehörden noch „Gesundheitsamt“. Man kann über den Namen streiten, wenn sich dahinter ein allzu behördliches oder hoheitliches Aufgabenverständnis verbirgt – aber auch eine „untere Gesundheitsbehörde“ kann ihre Aufgabe verfehlen.

Die hessischen Gesundheitsämter werden auch in Zukunft von einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt geleitet mit der Qualifikation als Fachärztin/arzt für das Öffentliche Gesundheitswesen. Diese Facharztbezeichnung wird seit 2007 im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung von der Landesärztekammer Hessen verliehen und mittlerweile haben erste Facharztprüfungstermine stattgefunden.

Nach der neuen Gesetzeslage muss Amtsleiterin oder Amtsleiter nicht mehr verbeamtet sein.

Stärken und Schwächen

Schon in der parlamentarischen Anhörung wurde beanstandet, dass das Gesetz im Präventionsbereich recht unverbindlich bleibt. In der Diskussion wurde darauf verwiesen, dass ein eigenes „Präventionsgesetz“ derzeit auf Bundesebene verhandelt wird, wenn dessen Fortgang auch durch Widerstand aus verschiedenen Lagern ins Stocken geraten ist.

Ein weiterer Kritikpunkt betraf die unzureichende Präzisierung der Vorsorge für Kinder, allerdings zu unrecht: Parallel hat der hessische Gesetzgeber nämlich ein Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder vorbereitet, welches nunmehr im Januar 2008 in Kraft getreten ist. Hier geht es um die Teilnahme an Schutzimpfungen und besonders um die verbindliche Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bis zum Alter von fünfeinhalb Jahren. Dieses Gesetz bindet vorrangig die Jugendämter, nämlich dann die Eltern anzusprechen, wenn sie wiederholte Male der Erinnerung an eine Vorsorgeuntersuchung nicht Folge leisten.

Noch nicht aufgelöst ist die Schwäche des Gesetzes im Bereich der psychiatrischen Versorgung. In Hessen gibt es kein Psychisch-Kranken-Hilfegesetz, sondern nur ein Polizeigesetz (Hessisches Freiheitsentziehungsgesetz) von 1952. Im vorliegenden Gesundheitsdienstgesetz wird nicht auf den Ordnungsaspekt in der psychiatrischen Versorgung, sondern nur auf Beratung und freiwillige Hilfen im Rahmen der sozialpsychiatrischen Dienste Bezug genommen.

Die Aufgaben im amtsärztlichen Gutachtenwesen sind zwar traditionell und vernünftig beschrieben, aber sie spiegeln nicht die Dynamik wider, die durch die Hartz IV-Gesetzgebung im kommunalen Raum entstanden ist, eine große Zahl von Eingliederungsmaßnahmen oder Fragen nach der Erwerbsfähigkeit betreffend.

Die zahnärztlichen Dienste und ihre Prophylaxehelferinnen an den Gesundheitsämtern sind mit einem blauen Auge davongekommen. Es hätte auch eine Entwicklung geben können, wie in Schleswig-Holstein, wonach die Notwendigkeit, solche Dienste beim kommunalen Träger vorzuhalten, gänzlich in Frage gestellt und in die Zuständigkeit des § 21 SGB V bei den Krankenkassen überführt wird.

Fazit

Bei allen Einwendungen und unerfüllten Wünschen ist es dem Hessischen Gesetzgeber gelungen, noch in der laufenden Legislaturperiode ein längst überfälliges Gesundheitsdienstgesetz unter Dach zu bringen, welches die Gesundheitsämter handlungsfähig macht und hält, mit einer leichten Akzentverschiebung in Richtung Infektionsschutz (Krankenhaushygiene) und Katastrophenmedizin, mit ausreichenden Arbeitsaufträgen für alle Disziplinen des kommunalen Gesundheitswesens und der Beseitigung von längst überfälligem historischen Ballast.

Dr. Helmut Schulz
Vorsitzender des
Landesverbandes Hessen
der Ärzte Zahnärzte im
Öffentlichen Gesundheitsdienst e.V.

Der Kodex der Mitglieder des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“

Die Erforschung, die Entwicklung und die Herstellung von Arzneimitteln und letztlich auch der Vertrieb tragen ganz erheblich dazu bei, dass Krankheiten besiegt oder ihre Auswirkungen gelindert werden können. Wenn wir heute erst ein Drittel der bekannten 30.000 Krankheiten therapieren können dann erkennt man unschwer, dass wir noch einen langen Weg vor uns haben. Es ist der Verdienst der forschenden Arzneimittelindustrie, die Jahr für Jahr durch die Bereitstellung von innovativen Arzneimitteln dazu beiträgt, dass die Zahl der unbehandelbaren Krankheiten reduziert werden kann. Aber es ist ein schwieriger und kostenintensiver Weg und er verläuft nicht immer gradlinig.

Dieser Weg kann aber nicht alleine beschritten werden. Arzneimittel sind hochentwickelte und komplexe Güter, die umfassend erklärt werden müssen. Es bedarf daher der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der forschenden Industrie um im Sinne eines optimierten Arzneimitteleinsatzes eine optimierte Patientenversorgung erreichen zu können. Diese Zusammenarbeit sollte in der Vermittlung von wissenschaftlich fundierten Informationen liegen, damit der Arzt bei seiner täglichen Arbeit das nötige Wissen erhält, um das Arzneimittel sachgerecht auswählen und einsetzen zu können. Allerdings darf diese Information sich nicht auf die Anwendungsmöglichkeiten des Arzneimittels beschränken. Die Grenzen und die Risiken müssen genauso aufgezeigt werden.

Diese Einsichten standen Pate bei den Überlegungen, einen Kodex für die Bewerbung von Arzneimitteln zu entwerfen, der für alle Mitgliedsfirmen des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller verbindliche und transparente Regeln beinhalten soll.
Ein zentrales Element der freien Marktwirtschaft ist der Wettbewerb. Damit kommt man, auch als Hersteller von Arzneimitteln, nicht umhin für seine Produkte zu werben. Die lautere Werbung soll daher auch nicht von diesem Kodex eingeschränkt werden.

Die Gesundheit, als höchstes Gut des Menschen, darf aber nicht zum Spielball von unlauteren Werbemaßnahmen werden.

Dieses verpflichtende Mandat gilt für die Mitglieder des Vereins **„Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“** und regelt die zutreffende und sachgerechte Bewerbung von Arzneimitteln. Dieser Kodex schützt Angehörige der Fachkreise durch unlautere oder unethische Praktiken in berufsethische Konflikte zu geraten.

In diesem Sinne ist der Kodex der Mitglieder des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“ zu verstehen.

Der Kodex ist in fünf Abschnitte gegliedert. **Anwendungsbereich, Auslegungsgrundsätze, Werbung, Zusammenarbeit mit Angehörigen der Fachkreise und Verpflichtung und Schulung von Mitarbeitern und beauftragten Dritten.**

Die wesentlichen Inhalte sollen in aller Kürze hier vorgestellt werden.

Anwendungsbereich: Der Kodex ist auf die Mitgliedsunternehmen sowie für die mit diesen verbundenen Unternehmen, beschränkt. Der Verein „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“ ist aber grundsätzlich auch offen für die Firmen der anderen Verbände wie z.B. Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI), Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) usw.

Er regelt die produktbezogene Werbung für Arzneimittel im Sinne des § 2 des Arzneimittelgesetzes, sofern es sich um

verschreibungspflichtige Humanarzneimittel handelt und die Werbung gegenüber den Fachkreisen (diese sind im § 2 des Kodex definiert). Der Kodex findet keine Anwendung auf nicht-werbliche Informationen; darunter sind im Sinne dieses Kodex insbesondere zu verstehen:

1. die Etikettierung eines Arzneimittels sowie die Packungsbeilage;
2. Schriftwechsel und Unterlagen, die nicht Werbezwecken dienen und die zur Beantwortung einer konkreten Anfrage zu einem bestimmten Arzneimittel erforderlich sind;
3. sachbezogene Informationen wie Ankündigungen von Packungsänderungen, Warnungen über Nebenwirkungen sowie Referenzmaterialien (z.B. Warenkataloge und Preislisten, die keine produktspezifischen Aussagen enthalten);
4. sachbezogene Informationen in bezug auf Krankheiten oder die menschliche Gesundheit;
5. unternehmensbezogene Informationen, z.B. an Investoren oder gegenwärtige oder zukünftige Mitarbeiter, einschließlich Finanzdaten, Berichte über Forschungs- und Entwicklungsprogramme sowie die Information über regulatorische Entwicklungen, die das Unternehmen und seine Produkte betreffen.

Auslegungsgrundsätze: Es dürfte eine Selbstverständlichkeit sein, dass bei der Anwendung dieses Kodex nicht nur der Wortlaut der einzelnen Vorschriften, sondern auch dessen Geist und Intention sowie die geltenden Gesetze, insbesondere die Vorschriften des AMG, des Heilmittelwerbegesetzes (HWG), des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) und des Strafgesetzbuches (StGB) und die allgemein anerkannten Grundsätze des Berufsrechts der Angehörigen der Fachkreise zu beachten sind. Die Werbung soll die angesprochenen Fachkreise in die Lage versetzen sich ein eigenes Bild von dem therapeutischen Wert eines Arzneimittels zu machen. Die Angehörigen der Fachkreise dürfen in ihren Therapie-, Verordnungs- und Beschaffungsentscheidungen nicht in unlauterer Weise beeinflusst werden. Verboten ist daher unlautere Vorteile anzubieten oder zu versprechen.

Werbung: Irreführende- oder Schleichwerbung, Werbung für nicht zugelassene Arzneimittel oder Indikationen, die Bezugnahme auf Veröffentlichungen oder die vergleichende Werbung werden für alle Mitglieder verbindlich geregelt. Nicht vergessen sollte man die belästigende Werbung per Fax oder E-Mail. Auch diese Werbemöglichkeiten werden eindeutig geregelt.

Zusammenarbeit mit Angehörigen der Fachkreise: Hier geht der Kodex sehr ins Detail und klärt wie die Zusammenarbeit auszusehen hat. Die Unzulässigkeit ein Entgelt oder einen sonstigen geldwerten Vorteil anzubieten für die Verordnung oder Empfehlung eines Arzneimittels ist klar angesprochen. Die Leistungen von Ärzten für Unternehmen wie z.B. Vortragstätigkeit, Beratung, klinische Prüfungen, Anwendungsbeobachtungen sind an das Vorhandensein eines schriftlichen Vertrages gebunden. Es muss sich dabei stets um eine wissenschaftliche oder fachliche Tätigkeit für das Unternehmen handeln. Scheinverträge sind verboten. Anwendungsbeobachtungen oder klinische Studien dürfen nicht zum Zwecke der Beeinflussung von Therapie- oder Beschaffungsentscheidungen missbraucht werden. Auch die Honorierung ist klar geregelt. Anwendungsbeobachtungen waren in den letzten Jahren häufig in der Kritik. Hier regelt der Kodex explizit wie damit umgegangen werden muss. Die Frage der Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungen und was seitens der Firmen bezahlt werden darf ist sehr genau definiert. So muss der wissenschaftliche Charakter der Fortbildungsveranstaltung eindeutig im Vordergrund stehen.

Verpflichtung und Schulung von Mitarbeitern und beauftragten Dritten: In diesem Abschnitt wird auf die Qualifikation und auf die Pflichten der Mitarbeiter der Mitgliedsfirmen eingegangen sowie auf die Schulung im Umgang mit dem Kodex. Jede Firma wird verpflichtet einen „Compliance Officer" zu etablieren, der über die Umsetzung wacht.

Der **Gesundheitspolitische Arbeitskreis Mitte (GPA Mitte)** hat darüber hinaus gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen einen Leitfaden „Zertifizierte Fortbildung" für Mitarbeiter des wissenschaftlichen Außendienstes erstellt, um die reibungslose Zertifizierung von Fortbildungen zu ermöglichen. Allen Mitarbeitern wurde dieser Leitfaden zur Verfügung gestellt. Die Kriterien, die den Anerkennungsgrundsätzen widersprechen, werden klar definiert und erläutert.

Kodex und Leitfaden dürften die Zusammenarbeit zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Fachkreisen auf eine solide und ethische Grundlage stellen und ein neues Miteinander einläuten. Es ist zu hoffen, dass damit eine neue Ära beginnt.

Anschriften der Verfasser

Helmut Hucker
Bayer Vital GmbH
Communication/Health Policy

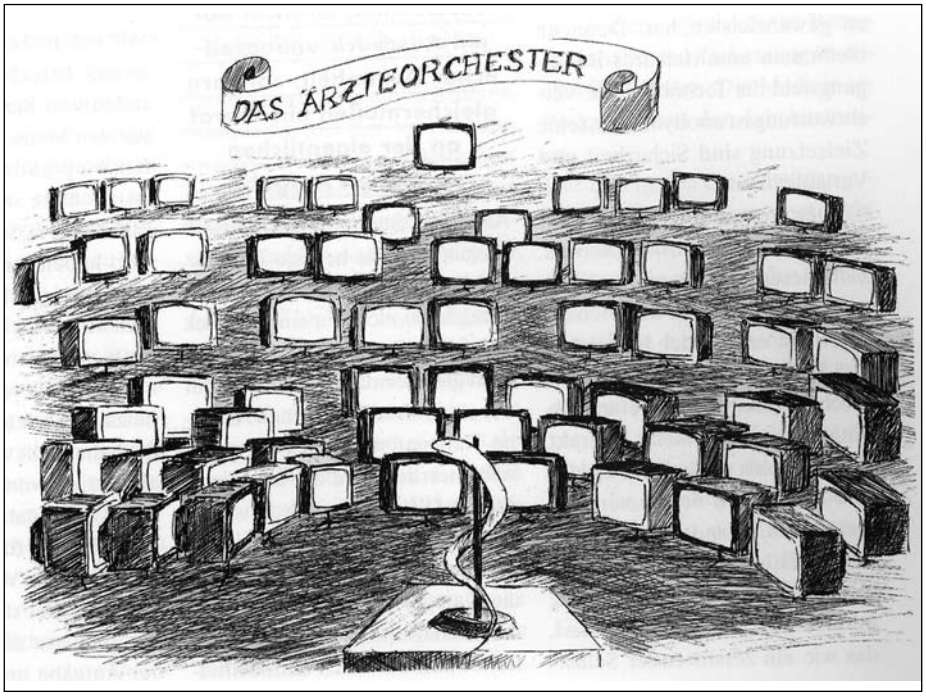
Klaus Losack
Merck Pharma GmbH
Sprecher GPA Mitte

Weiterführende Informationen unter:
www.fs-arzneimittelindustrie.de

Ärztliche Verantwortung Heute

Johannes Horn

Sobald der Begriff „Heute“ auftaucht entsteht ein Gefühl von Aktualität und Modernität und insgeheim weht ein Hauch von Fortschritt durch den Raum. Das „Heute“ als Beleg für die Überwindung des Gestern und jede Überwindung, jede Bewältigung und jede Art des verinnerlichten Fortschrittes geht einher mit dem Gefühl, ein Stück Souveränität, ja ein Stück Überlegenheit gewonnen zu haben.



Nun gibt es Begriffe, die über jeden Zweifel, über jede Form von Skepsis und Argwohn erhaben zu sein scheinen, die gleichsam unargumentiert Positives zutage fördern. Ihre Aussage ist per se Argumentation. „Freiheit“ und „Fortschritt“ sind solche Begriffe und der Begriff des „Heute“ versucht, sich solch selbsterklärende Wertschätzung zu eigen zu machen.

Bei näherer Betrachtung wird man jedoch gewahr, dass all diese Begriffe, die häufig als argumentative Selbstläufer herangezogen werden, durchaus ambivalent sind und damit keinesfalls als unabhängige Indikatoren einer Wertbemessung gelten können. Die Gefährlichkeit solcher Begriffe liegt darin, dass sie mögliche Fehlentwicklungen mit ihrer augenscheinlichen Bonität kaschieren und damit kritische und sachbezogene Analysen überflüssig erscheinen lassen.

Wir sagen „Fortschritt“; verzichten aber darauf, den Fortschritt inhaltlich zu definieren und Angaben über die Richtung des „Fortschreitens“ zu machen. Schreiten wir mit dem Leben voran oder schreiten wir fort vom Leben? Meistern wir die naturgegebenen Vorgaben oder entfernen wir uns von ihnen?

Wir sagen „Freiheit“. Wir verzichten darauf, Bezugspunkte zu definieren. Sind wir frei von oder frei für etwas? Freiheit für den Einzelnen oder Freiheit des Einzelnen für die Sache, für die Aufgabe, für eine Idee? Was also vermittelt Freiheit: Vorteile dem Selbst oder Nutzen dem Ganzen?

Wir sagen „Heute“; entweder reflektieren wir unsere heutige Situation vergleichend vor dem Hintergrund des „Gestern“, wobei wir zu bedenken haben, dass eingebrachte Erfahrungen stets subjektiv gedeutet werden, oder aber wir ziehen uns auf jenen Opportunismus zurück, der das „Heute“ als schicksalhaft gegeben versteht. Das Heute als das aus der Zeit herausgenommene Faktische des „Jetzt“.

Genau so verhält es sich mit dem Begriff der „Erfahrung“. Der von Chirurgen gern in Anspruch genommene Satz: „Ich habe damit immer gute Erfahrungen gemacht“, unterfüttert eine subjektive Wahrnehmung mit dem Anspruch scheinbarer Objektivität. Die Ambivalenz der Erfahrung erhellt schon daraus, dass diese Chirurgen wohl kaum gewillt sind, neue Wege zu gehen bzw. die eigene Wahrnehmung in Frage zu stellen. Erfahrung beinhaltet die Möglichkeit der Bereicherung ebenso wie die der Lähmung.

Diese Beispiele zeigen wie leicht wir uns täuschen lassen und wie leicht wir uns selbst täuschen in dem Gebrauch von Begriffen, die wir nur um ihre Wirkung willen schlagwortartig einsetzen, gedankenlos, kritiklos. Erst, wer sich diese inhaltliche Unschärfe so vieler Begriffe und Formulierungen bewusst macht, wird erkennen, wie leichtfertig aber auch wie gezielt Wort-Wirkungen eingesetzt werden, um zu blenden, zu täuschen, im Fachlichen wie im Alltäglichen.

Wir bauen an einer Welt, die sich immer weiter entfernt von der Verbindlichkeit des Wortes. Alles wird flüchtig, alles wird interpretierbar, alles wird zu einer

Fassade einer deutbaren Scheinwirklichkeit. Damit geraten wir immer mehr, unmerklich und widerstandslos, in die Abhängigkeit fremdbestimmender Kräfte.

Die Vieldeutigkeit des Begriffes „Verantwortung" wird uns klar, wenn wir daran denken, wie unterschiedlich er wahrgenommen wird

Es lohnte sich über den Begriff der Evidenz (Erkenntnis, Dogma oder Scheinwissen) zu sprechen, über den Begriff des Experten bzw. des Spezialisten (intensiviertes oder limitiertes Wissen), oder über den Begriff der Qualität (anonyme oder individuelle Einschätzung); heute jedoch haben wir die Aufgabe, den Begriff der Verantwortung – und zwar der ärztlichen Verantwortung – zu durchleuchten.

Die Vieldeutigkeit dieses Begriffes „Verantwortung" wird uns klar, wenn wir daran denken, wie unterschiedlich er wahrgenommen wird, je nach Aufgabenstellung und beruflichen Vorgaben.

a) Ein Techniker plant, berechnet, konstruiert. Die Verantwortung die er trägt bezieht sich auf die Garantie hinsichtlich Stabilität und Funktion. Es geht dabei insofern um den Menschen, als er Sicherheit zu gewährleisten hat. Dennoch bleibt sein unmittelbares Betätigungsfeld die Technik. Seine Verantwortung ist anonymisiert, seine Zielsetzung sind Sicherheit und Verlässlichkeit.
b) Der Verwaltungsbeamte hat sein Soll zu erfüllen, bilanzierend, kalkulierend, rechnend. Auch hinter seinem Tun steht der Mensch, doch lebt er von der Richtigkeit und Stimmigkeit von Zahlen und Hochrechnungen. Die Verantwortung, die er trägt, bleibt abstrakt. Das Ergebnis seelenloser Zahlen und Additionen bestimmen sein Denken und Handeln. Gleichzeitig werden wir im Zusammenhang mit der Verwaltung mit einem Phänomen konfrontiert, das wie ein zerstörender Selbstläufer jede Form von eigenständiger Entscheidung und persönlicher Verantwortung zunichte macht. Es ist das Phänomen der Kontrolle. Kontrolle ist heute das einzige Mittel der Bürokratie – und leider auch der Politik – auf Probleme zu reagieren. Kontrolle entlarvt sich zunehmend als ein Systemfehler unseres Denkens und Handelns. Im Spagat zwischen Kontrolle und Freiheit erlahmen wir mutlos und ergreifen scheinbare Sicherheiten, die nichts anderes vermögen als das Leben normativ zu konservieren.
c) Der Produzent von Waren aller Art sieht seine Verantwortung in der Gewährleistung von Qualität, von überprüfbarer Produktbeschaffenheit. Letztlich ist er dem Kunden gegenüber verantwortlich, wobei diese Verantwortung über gegebene Garantien und übernommene Produkthaftungen zum einklagbaren Wert instrumentalisiert werden kann.

Die heutige Tendenz, den Patienten als Kunden zu bezeichnen, ist nicht nur ein Ausdruck unbegreiflicher Dummheit, sondern gleichermaßen ein Verrat an der eigentlichen ärztlichen Aufgabe

An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, dass die heutige Tendenz, den Patienten als Kunden zu bezeichnen, nicht nur ein Ausdruck unbegreiflicher Dummheit ist, sondern gleichermaßen ein Verrat an der eigentlichen ärztlichen Aufgabe. Naiv und wohl auch ein wenig selbstherrlich wird die klare juristische Differenzierung zwischen dem Werkvertrag und dem Dienstvertrag ignoriert, Das Leben auf die Kategorien eines reinen Produktmanagements festzuschreiben leistet ausschließlich dem Mittelmaß dieser fremdbestimmenden Kräfte Vorschub. Wir rufen die Geister, die wir nicht mehr loswerden.
Diese Beispiele zeigen, dass die Begriffe „Richtigkeit", „Sicherheit" und „Qualität" fachbezogen bewertet und aus der Sicht der übergeordneten Verantwortung unterschiedlich wahrgenommen werden. Statt uns aber auf das Wesen der ärztlichen Verantwortung zu besinnen, haben wir damit begonnen, die Denkart des Beamten, des Technikers, des Händlers widerstandslos zu übernehmen.

Der Beruf des Arztes wird damit überrollt von fremden Gedankengut; schlimmer noch, wir haben begonnen, im Fremdverständnis dieser Fachlichkeiten zu denken und zu eifern und uns berechnendes Kalkül in der entstehenden Konkurrenz zu eigen zu machen.

Es geht um das Aufspüren der jeweiligen existentiellen Wahrheit, nicht um die dogmatische Umsetzung bloßer Richtigkeiten

Wir reden über Qualität, als wäre es eine berechenbare Größe; Wir reden von Sicherheit, als hätten wir den Menschen selbst erschaffen; wir praktizieren die Bürokratie, als hätte sich unser Bild vom Menschen in Sand aufgelöst.

Wir haben uns naiv, willenlos, opportunistisch fremde Spielregeln aufoktroyieren lassen. Allerdings, wer keine Ideale hat, hat auch keine zu verlieren. Es kommt hinzu, dass wir in einer Zeit leben, die beherrscht wird – schleichend, aggressiv – von einer Kampagne gegen das Ideal. Das Ideal aber ist der Schlüssel für das Verständnis von ärztlicher Verantwortung.

Es beinhaltet die Wahrnehmung der ureigenst ärztlichen Aufgabe, der Aufgabe am Menschen. Gemeint ist dabei nicht der Mensch als abstrakte Entität, als verfügbare, berechenbare, manipulierbar, katalogisierbare Größe, gemeint ist der einzelne Mensch mit seiner Individualität und seiner einmaligen, unvergleichlichen Existenz.

Hier nun gewinnen „Richtigkeit", „Sicherheit" und „Qualität" eine andere, weiterreichende Bedeutung; sie sind nicht mehr nur End- und Zielgrößen eines administrativen, technischen, produktiven Vollzugs- und Gestaltungsprozesses, sie werden zu Ingredienzen, der sich am einzelnen Menschen zu bewährenden Aufgabe.
Dieser Schritt auf den Menschen zu ist ein bedeutungsvoller Schritt, relativieren sich doch im direkten Umfeld einer

Individualität alle Konstrukte uniformierender und planifizierender Zielsetzungen. Es geht in diesem unmittelbar menschlichen Bereich um das Aufspüren der jeweiligen existentiellen Wahrheit, nicht um die dogmatische Umsetzung bloßer Richtigkeiten.

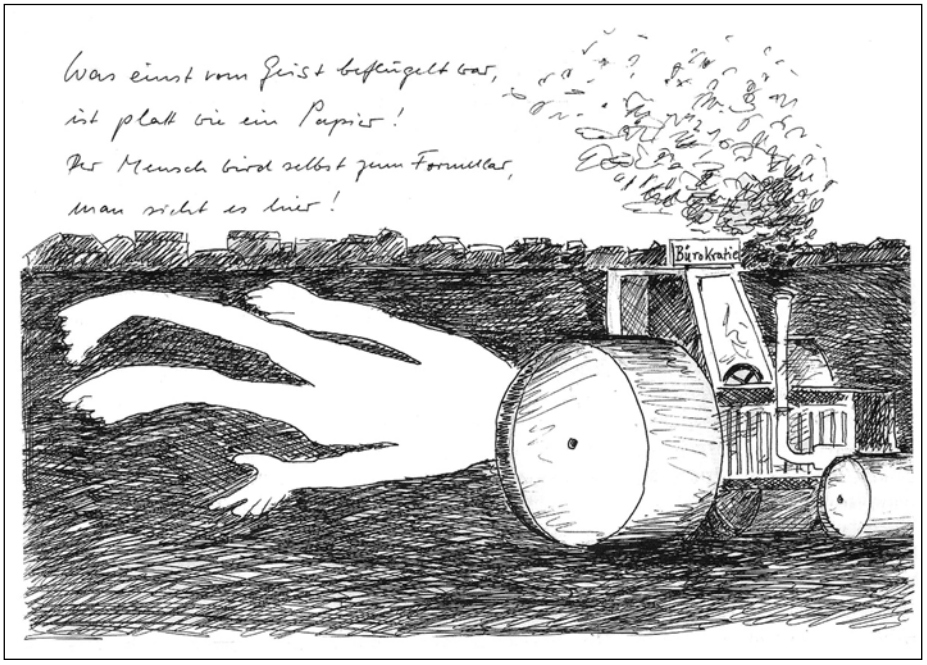
„Richtigkeit", „Sicherheit", „Qualität" haben in diesem Umfeld nur methodischen, nicht aber ziel- und wesensimmanenten Charakter. Ärztliche Verantwortung aber vollzieht sich in der Wahrnehmung dieser existentiellen Unmittelbarkeit. Sie bezieht sich dabei nicht allein auf die Gewährleistung und Wiederherstellung somatischer und psychischer Funktionen, sondern sie hinterfragt Inhalt, Wesen und Sinnhaftigkeit bei jeder Form ärztlichen Denkens und Handelns.

Mit dem Schritt auf den Menschen zu, betreten wir einen Raum, in dem es keine Sicherheiten gibt, keine allgemein gültigen Vorgaben, in dem sich die Koordinaten der Richtigkeiten relativieren, in dem sich die Eindeutigkeit des Qualitätsbegriffes auflöst in jeweils individuelle Seins-Notwendigkeiten.

Nicht im Methodischen finden wir zur Wahrheit, sondern im Verstehen in der unmittelbaren partnerschaftlichen Koexistenz

Ärztliche Verantwortung bedeutet demzufolge nichts anderes, als die persönliche Antwort auf eine Frage, die sich einmalig und unvergleichlich in der jeweiligen existentiellen Situation eines Menschen stellt.

Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser Verantwortung ist die Freiheit zur Entscheidung, der Mut zur Freiheit und die Bereitschaft zum Wagnis – was gleichbedeutend ist mit der Bereitschaft, sich von jeglichen methodischen Direktiven freizumachen und sich notfalls gegen sie zu entscheiden. Voraussetzung aber ist ebenso, sich freizumachen von eigenen Vorstellungen und Projektionen, um frei zu sein für die jeweils anstehende Fragestellung und unabhängig in der Sinnhaftigkeit des Handelns.



Verantwortung ist gleichbedeutend mit Antwort. Um Antworten zu können, bedarf es der Bereitschaft des Hörens, des Zuhörens. Das Hören ist Voraussetzung für das Verstehen, für das Erkennen und das Erfassen eines individuellen Seins-Zustandes.

Wer sua sponte zu sagen beginnt, ohne zu hören, der versagt, der versagt sich, der bleibt im befremdlich Methodischen, der verantwortet nicht.

Es ist nun die Frage gestellt, ob solche Art von ärztlicher Verantwortung heute noch möglich ist, oder heute noch Maxime sein kann, sein muss. Um dies zu klären sollten wir umgekehrt fragen, ob es Gründe gibt, ärztliche Verantwortung anders zu verstehen bzw. von der Maxime der persönlichen Verantwortungswahrnehmung abzurücken? Sollten sich die Belange und die Bedürfnisse des Menschen verändert haben?

Zweifellos spiegeln sich allgemein erkennbare gesellschaftliche Veränderungen im Erscheinungsbild und im Selbstverständnis eines jeden Einzelnen, doch haben sich damit auch seine Probleme im Umfeld von Krankheit, Sterben und Tod verändert?

Es gibt wohl keinen Grund, die Maxime ärztlicher Verantwortung nicht auch weiterhin aufrecht zu erhalten, sie als elementares Wesensmerkmal ärztlicher Tätigkeit, ja ärztlicher Berufung zu verstehen. Wenn dennoch eine solche Frage gestellt wird, kann es nur darum gehen, inwieweit zeittypische Entwicklungen und ein sich verändertes Lebens- und Daseinsverständnis die ärztliche Verantwortungswahrnehmung erschweren oder gar verunmöglichen.

Die Antwort bliebe jedoch allzu theoretisch, wenn sich die Frage ausschließlich abstrakt und vermeintlich unbeteiligt an die Gesellschaft richtet. Es ist nicht weniger eine Frage an uns Ärzte, die wir am Erscheinungsbild ebenso wie an den Veränderungen nicht unwesentlichen Anteil haben.

Ein gewichtiges Problem im Zusammenhang mit der Zeit ist die immer gefräßigere Bürokratie

Sprechen wir über die Zeit, deren Mangel wir bei der Verrichtung unserer ärztlichen Aufgaben immer häufiger beklagen. Die Zeit als Rahmenbedingung des ärztlichen Handelns. Ärzte waren es, die das Argument des „Ausgeschlafen-Seins" als Voraussetzung ärztlicher Ver-

richtung in die Diskussion brachten und damit Mitleid in der Öffentlichkeit erregten. Die Folge sind nun gesetzliche Rahmen-Festschreibungen, die sich in kurzen, gestückelten Präsenzzeiten bzw. in fragmentarischer Schichtarbeit niederschlagen. Wer die Rahmenbedingungen im Auge hat, verliert das Bewusstsein für die Inhalte.

Ein gewichtiges Problem im Zusammenhang mit der Zeit ist darüber hinaus die immer gefräßigere Bürokratie. Die Verwaltung gebärdet sich in der Medizin wie eine systemische Krebserkrankung. Ihre Funktion: Nicht subsidiär, sondern dominant, nicht produktiv, sondern obstruktiv in Bezug auf Inhalte und Zielsetzung ärztlicher Tätigkeiten. Die Medizin im Prokrustesbett der Administration.
Der Erfolg, den die Administration zu verbuchen hat, liegt nicht zuletzt darin, dass wir uns bei der Behandlung anstehender Probleme komplett auf die Argumentationsebene der Rahmenbedingungen eingelassen haben. Dort werden nun die „Schlachten" geschlagen und neben der Zeit ist es das Geld, das Budget, die Investitionen, die neunköpfige Hydra des Controllings, das ausufernde Management und die Plandaten einer zunehmend sozialistischen Gesundheitspolitik.

Auch hier eine Randbemerkung: Die um ihre Da-Seins-Berechtigung bemühte Administration beansprucht inzwischen einen Personalanteil von bis zu 25 Prozent einer Klinik. Wir fragen, was Medizin so teuer macht? Es mag viele Erklärungen geben, gewiss aber ist diese eine von ihnen.

Wie kann sich nun in diesem Umfeld ärztliche Verantwortung realisieren? Auf der einen Seite das fordernde Diktat einer unduldsamen Bürokratie, auf der anderen Seite das völlig unspektakuläre aber gleichwohl berechtigte Anliegen einer einzelnen Existenz.
Wir haben nicht die Kraft eines Herakles, die Hydra zu töten. Wir haben nicht die Entschlossenheit, uns von der Diktatur des Mittelmaßes zu befreien. Statt aber zu klagen, keine Zeit zu haben, sollten wir in den vielen alltäglichen Dingen den Mut haben, jeweils richtige Entscheidungen zu treffen: Für das, was uns wichtig ist, werden wir immer Zeit haben. Im übrigen habe ich die Erfahrung gemacht, dass diejenigen, die von sich sagen, sie hätten keine Zeit, am wenigsten zu Wege bringen.

Es gehört Mut dazu und vielleicht auch ein gewisses Maß an Betriebs-Ungehorsam; es ist jener Ungehorsam, der die Idee ins Bewusstsein bringt und der Treue zu ihr Auftrieb verleiht. Es ist jener Ungehorsam, der im Widerstreit zwischen dem Menschen und einem okkupierenden, lähmenden System jene Freiheit aufscheinen lässt, die den Freiraum schafft für ein Handeln aus dem Gewissen.

Das Problem einer jeden Diktatur ist die willenlose Bereitschaft, sich zu fügen, sich anzupassen, sich im Fremdanspruch zu engagieren.

Konkret reduziert sich mit der zur Verfügung stehenden Zeit auch die Ausbildungsintensität

Noch in einer ganz anderen Art spielt die Zeit besorgniserregend hinein in das Selbstverständnis und das Leistungsvermögen des ärztlichen Berufes. Dies vollzieht sich in ideeller und konkreter Weise. Ideell bedeutet dies eine verblassende Vorbildfunktion durch ein sich an das System verlierendes Bewusstsein. Konkret nun reduziert sich mit der zur Verfügung stehenden Zeit auch die Ausbildungsintensität. Ohnehin haben die therapeutischen Möglichkeiten durch die ständige Weiterentwicklung der Technik eine Diversifizierung erfahren, die dem einzelnen Arzt vor allem in den operativen Fächern Beschränkungen sowohl in der Tiefe als auch in der Breite auferlegen.

Von dem Phänomen der Zeit-Stückelung sprachen wir bereits. Die Folge ist eine groteske Erfahrungslücke in der Einschätzung der präoperativen Krankheitsentwicklung und der postoperativen Komplikationsentstehung. Der Arzt gerät damit in eine Distanz fragmentierter Zuständigkeit und entkoppelter Verantwortung.

Zu beobachten ist dies etwa in der Anästhesie. Am Abend vor einer Operation führt der Arzt A das Prämedikationsgespräch. Der Patient, durch die Narkose oft mehr beunruhigt als durch die Operation, offenbart alle seine Ängste, Nöte und Wünsche. Am nächsten Morgen kommt Arzt B: „Ich mache bei Ihnen die Narkose". Es sind Zumutungen, die wir gar nicht mehr wahrnehmen, Traumatisierungen, die wir nur noch empfinden, wenn wir selbst betroffen sind.

Als schicksalhaft vorgegeben akzeptieren wir die das Berufsethos aushöhlende Stechuhrmentalität. Die sich immer weiter verkürzende und verdünnende Ausbildungs- und Erfahrungsintensität führt, noch bevor sie allgemein wahrgenommen und ernsthaft diskutiert wird, zu befremdlichen Korrekturen und Kompensationen.

An die Stelle der persönlichen Antwort rückt ein technischer Apparat, an die Stelle der klinischen Einschätzung das seelenlose Neutrum der Technik, an die Stelle der Individualisierung das normative Diktat von Leitlinien und „Clinical pathways". In der Wirtschaft nennen wir dies Planwirtschaft und wir haben erfahren, wie wenig sie dem Einzelnen dienlich ist.

Zu dem Übel der zunehmenden Distanzierung gesellt sich auf diese Weise das noch größere Übel der verallgemeinernden und das Individuum außer Acht lassenden Norm. Es geht dabei nicht um Wert oder Unwert der Technik bzw. um die Sinnhaftigkeit von Richtlinien, es geht um ihren Stellenwert, es geht um ihre Handhabung, es geht um unsere Einstellung und unsere Orientierung (Orientierung – Orient – Sonnenaufgang – Leben). Es geht darum, in wieweit wir uns aus der berufsimmanenten Aufgabe

und Verantwortung gegenüber dem Patienten verdrängen lassen.

Die ärztliche Verantwortung lebt aus der Idee von der menschlichen Unmittelbarkeit

In dem Maße, wie die heutige Gesellschaft, der heutige Mensch Sicherheit im status quo ante beansprucht, in dem Maße, wie allein sein Wille maßgebend ist und jede Form von Schicksalhaftigkeit negiert wird und schließlich in dem Maße, wie der Glaube an das Machbare den Menschen beherrscht, in dem selben Maße wird die Gesellschaft, werden die Politiker, die Funktionäre und so manche Opportunisten aus den eigenen Reihen, sie alle werden versuchen, sich der Medizin zu bemächtigen, sie zu funktionalisieren, sie dem Kalkül ihrer eigenen Interessen zu verdingen und jeweils den größten Nutzen aus ihr zu ziehen.

Das Leben aber – aus der Sicht des einzelnen Menschen – ist anders. Es ist endlich, verletzbar, einsam, leidend, hilfsbedürftig. Wer könnte es besser wissen als wir, die wir an den vielen Betten sitzen, hörend, fühlend, verstehend und immer wieder Hilfe versuchend.

Ärztliche Verantwortung heute?!

Es geht nicht darum, Erbhöfe des Arzt-Seins zu verteidigen. Es geht darum, auch heute dem Menschen, dem einzelnen in Not geratenen Menschen ein wirklicher Partner zu sein. Freiheit ist so gesehen kein Privileg, sie ist vielmehr Voraussetzung und Pflicht für das, was wir ärztliche Verantwortung nennen. Es gilt um diese Freiheit zu kämpfen, es gilt, dienend dem einzelnen Menschen die Treue zu halten. Freiheit, die in dieser Verpflichtung steht, bedeutet Leben. Dem Gedicht „Stufen“ von Hermann Hesse entnehme ich: „Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden.“ Mögen wir nicht nachlassen, uns diesen Ruf bewusst zu machen.

Wir leben nicht von der Freiheit, die man uns zubilligt, sondern von der Freiheit, die wir uns erkämpfen!

Anschrift des Verfassers
Professor Dr. med. Johannes Horn
Chirurgische Klinik
Städtisches Klinikum Harlaching
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
E-Mail: j.horn@khmh.de

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Kaden Verlages, Heidelberg, aus CHIRURGISCHE ALLGEMEINE, 8. Jahrgang, Heft 9/2007, Seite 411.

Darmkrebsmonat März 2008 in Frankfurt

Mit 70.000 Neuerkrankungen und über 30.000 Todesfällen pro Jahr ist Darmkrebs die zweithäufigste Todesursache bei bösartigen Tumoren in Deutschland. Fast immer entsteht Darmkrebs jedoch aus gutartigen Wucherungen, die sich erst im Laufe von Jahren entwickeln. Vorsorgeuntersuchungen bieten derzeit den besten Schutz, denn früh erkannt, ist Darmkrebs heilbar.

Mit der Aktion „Frankfurt gegen Darmkrebs“ möchte das Stadtgesundheitsamt gemeinsam mit den Frankfurter Kliniken, niedergelassenen Ärzten, der Selbsthilfe sowie der Hess. Krebsgesellschaft die Bevölkerung aufklären und insbesondere davon überzeugen, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen.

Vom 1. bis 19. März 2008 werden die Kooperationspartner an verschiedenen Veranstaltungstagen mit einem umfangreichen Angebot an Vorträgen und aktuellen Informationen über die Vorsorge von Darmkrebs, endoskopische, chirurgische und onkologische Therapie sowie Rehabilitation aufklären. Schirmherrin der Veranstaltung ist die Oberbürgermeisterin Petra Roth.

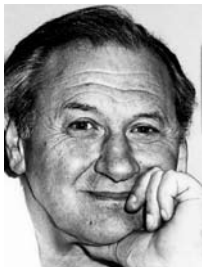
Weitere Informationen unter
www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de

Programm

Termin	Veranstaltungsort	Besonderheit / Programm
01.03.2008 11:00 Uhr	Plenarsaal im Römer Frankfurt/M.	Moderation: Frank Lehmann
03.03.2008 17:00 – 19:00 Uhr	Universitätsklinik, Seminarraum Haus 22, EG Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
04.03.2008 18:00 – 20:00 Uhr	Frankfurter Rotkreuz Krankenhäuser, Vortragssaal 5. Stock Königswarter Straße 16, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
05.03.2008 17:30 – 19:30 Uhr	Markus-Krankenhaus, Aula Wilhelm-Epstein-Straße 2, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
06.03.2008 17:30 – 20:00 Uhr	Krankenhaus Nordwest , Kommunikationszentrum Steinbacher Hohl 2-26, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
06.03.2008 17:30 – 19:00 Uhr	Krankenhaus Sachsenhausen, Multifunktionsraum Schulstraße 31, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
11.03.2008 17:30 – 19:30 Uhr	Sankt Katharinen- Krankenhaus GmbH, Hörsaal, 5.OG Seckbacher Landstraße 65, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
12.03.2008 18:00 – 20:00 Uhr	St. Marienkrankenhaus, Darmzentrum Richard-Wagner-Straße 14, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
14.03.2008 14:00 Uhr	Internistisches Facharztzentrum Stresemannallee Ambulantes Krebszentrum Schaubstraße 16, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
19.03.2008 16:00 Uhr	Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst Gemeinschaftsraum, 2. OG Gotenstraße 6-8, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände
19.03.2008 17:30 – 19:00 Uhr	Bürgerhospital Frankfurt am Main e.V. Nibelungenallee 37-41, Frankfurt/M.	Vorträge und Informationsstände

Reformen, Reformen...

Siegmund Kalinski



Alles dreht sich ums Klima, sowohl in der großen weiten Welt als auch in Berlin. Nach der Klimakonferenz in Bali zeigt man sich global fest entschlossen, den Ausstoß von CO_2 so schnell und so stark wie möglich einzuschränken, wohingegen man sich an der Spree um das Klima in der Regierungskoalition Sorgen macht. Fast kann man sich die lakonische Bemerkung nicht verkneifen, dass je wärmer es am Nordpol ist, um so frostiger scheinen die Beziehungen zwischen den beiden Volksparteien zu sein. Sowohl CDU/CSU als auch SPD versuchen, sich in populistischen Phrasen und in Versprechungen zu übertreffen, die man so wird nie erfüllen können.

Dabei finden die Bundestagswahlen erst in etwa 18 Monaten, im Herbst nächsten Jahres statt. Aber trotz des frostigen Klimas muss man sich um den Bestand der Regierung keine Sorgen machen. Der neue Arbeitsminister Olaf Scholz hat es treffend dargestellt: Selbst wenn die SPD die Wahlen in 1½ Jahren gewinnen sollte, werde sie nie eine bessere und erfolgreichere Politik machen können als derzeit, wo die CDU/CSU durch die Bundeskanzlerin an der Kette der Koalition festgebunden sei und zu fast allem, was die SPD verlange, ja und Amen sagt.
Inzwischen driftet ein Teil unserer Jugend immer stärker in die Kriminalität ab. Brutale Angriffe auf harmlose Passanten, auf Bürger, die anschließend mit schweren Verletzungen im Krankenhaus landen, verursachen erregte Diskussionen darüber, wie man mit den Tätern verfahren soll. Denn es ist vorgekommen, dass jemand mit 41 (wortwörtlich: einundvierzig) von der Kriminalpolizei erfasster und einer unbekannten Zahl nicht erfasster Straftaten frei herumläuft, während das Opfer um sein Leben kämpft. Und immer wieder wiederholt sich das gleiche: Man hat viel Verständnis (wieso Verständnis?) mit dem Täter – aber kaum Mitleid mit den Opfern. Viele glauben, die Rabauken mit Glacéhandschuhen auf den Pfad der Tugend weisen zu können, doch um die Opfer kümmert sich kaum jemand. Gegen den Ruf nach härteren Maßnahmen hat auch Justizministerin Brigitte Zypries Einwände erhoben: Sie verletzten die Menschenwürde der Täter. Aber wo bleibt die Menschenwürde der Opfer?

Gesundheitspolitik war bei den hessischen Landtagswahlen kein Thema – ob sie zu einem der wichtigen Themenkreise der Bundestagswahlen gehören wird, ist zwar zu erwarten, aber nicht sicher. Sicher ist jedoch, dass die Bundeskanzlerin weitere Reformen fordert, obwohl die Erfahrungen der Bürger mit allen bisherigen nicht die besten gewesen sind. Weder Gesundheits-, Schul-, Renten-, Steuer-, noch Universitätsreformen haben eine Besserung der Lage, geschweige denn eine Erleichterung für die Bürger gebracht. Auch die beiden Nobelpreisträger, die uns Deutsche im vergangenen Jahr mit so viel Stolz erfüllten, verdanken ihre wissenschaftlichen Erfindungen nicht den Exzellenz-Universitäten, sondern sie haben sie bereits vor gut dreißig Jahren gemacht, als all diese Reformen noch nicht einmal in den Kinderschuhen steckten.

Jetzt erwarten wir mit Bange die neueste Gesundheitsreform – die wievielte, wissen wir schon gar nicht mehr, denn wir haben aufgehört, sie zu zählen. Jede brachte eine weitere Verschlechterung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, denn ihre Ziele waren stets nur auf eins gerichtet: Die Kosten zu senken, die Ärzte unter Druck zu setzen, sowie peu à peu die Versicherten immer stärker zu belasten. Jetzt sind alle, Versicherte, Ärzte, Apotheker und sogar die Pharmaindustrie, ausgequetscht wie eine Zitrone.

Im Vorgriff auf die bevorstehenden Änderungen im Gesundheitswesen hat man einen ersten Angriff auf die KVen gestartet. In Baden-Württemberg hat die dortige AOK die hausärztliche Basisversorgung unter Umgehung der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung frei ausgeschrieben. Wobei, sagen wir es ganz ehrlich, die Problematik nicht unbedingt in der Ausschreibung liegt, das Problem, man könnte auch sagen, der Skandal ist, dass die Selbstverwaltung der Ärzte – unter dem Vorwand, sie missbrauchte ihre Monopolstellung – zerschlagen werden soll, während die gesetzlichen Krankenkassen ihr beherrschendes Monopol um ein Vielfaches aufblähen!
Die Attacke auf die KVen ist und bleibt ein Skandal, selbst wenn viele Vertragsärzte reichlich enttäuscht von ihrer Selbstverwaltung sind. Vor allem werfen sie ihr vor, dass sie sie nicht genug vor der überbordenden Bürokratie schützt. So hat man den Ärzten eine zwangsweise Weiterbildung aufgebürdet, als hätte die in der ärztlichen Berufsordnung vorgesehene Verpflichtung dazu nicht ausgereicht. Es hat sich offenbar noch nicht herumgesprochen, dass man unter Zwang schlechter und weniger lernt als aus eigenem Antrieb, um sich neue Kenntnisse anzueignen und sich im Beruf weiter zu qualifizieren. Dass das eine Binsenweisheit ist, kann unsere Hessische Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK nur bestätigen.
Während man woanders erst nach den Ergebnissen der PISA-Studie wach geworden ist, besteht unsere Akademie schon seit achtunddreißig Jahren und glänzt mit ihren Erfolgen.

Dazu passt auch die Nachricht, dass die größte hessische Hochschule, die Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, zu ihren Traditionen zurückkehrt. Ursprünglich wurde diese Alma Mater 1914 durch Spenden Frankfurter Bürger gegründet; jetzt wird sie wieder selbständig, vor allem – sie wird nicht nur von Sponsoren, sondern auch durch Spenden finanziert. Man kann nur bewundern, mit welchem Elan, welchem Geschick und welcher Diplomatie der Universitätspräsident, Professor Rudolf Steinberg, alle Hürden überwunden und in echter Rekordzeit die Frankfurter Universität wieder zur Stiftungsuniversität gemacht hat. Kompliment und alle guten Wünsche!

Der Betriebskarneval

Klaus Britting

„Sie müssen versuchen, das Betriebsklima zu stärken!“, hatte der Mann von der Unternehmensberatung Better, Best & Kinseywonder immer wieder gesagt. Und was festigt das Klima mehr, als wenn sich die Mitarbeiter bei guter Stimmung näher kennen, verstehen und schätzen lernen? Der Personalchef von Sauer & Co. konnte nach achtmonatiger Diskussion den Firmenchef dazu bewegen, im letzten Jahr doch noch einen Betriebskarneval zu veranstalten. Die nicht unerheblichen Kosten dafür würden sich bald einspielen. Schnell wurde der letzte noch freie Abend im größten Hotelsaal der Stadt bestellt samt einer Fünf-Mann-Band, die versicherte, von den Wildecker Herzbuben über südamerikanische Rhythmen und Yvonne Clapperfeld bis zu den Rolling Stones alles original intonieren zu können. Der gesamte Betriebsrat war zum ersten Mal seit zwei Jahrzehnten über einen Vorschlag des Personalchefs begeistert, zumal man strikten Maskenzwang angeordnet hatte.

Nun ist es gewiss kleinlich, angesichts der Eile, mit welcher der Personalchef dies alles organisieren musste, sich über winzige Mängel aufzuregen. Gut, das Hotel konnte die umfangreiche Dekoration vom Fischhändler-Ball des Vorabends nicht mehr ganz entfernen. Und dass man einen großen Saal nicht so schnell lüften kann, wird auch jedem Vernünftigen einleuchten. Die wenigen Mitarbeiter, die an Fischallergie litten und deshalb schon früh den weiteren Vergnügungen des Abends entsagen mussten, erhielten als Ausgleich vom Hotel am nächsten Tag ein großzügiges Bockwurstfrühstück spendiert. Und dass ein Großteil der Belegschaft offensichtlich mit schweren Verdurstungserscheinungen angetreten war, konnte das Hotel auch nicht ahnen. Immerhin sorgte ein nachtaktiver Großhändler für reichlich Nachschub, der natürlich nicht mehr richtig gekühlt werden konnte.

Besonderes Aufsehen verursachte ein als Napoleon auftretender Zweimetermann, der sich beim Cha-Cha-Cha mit den Beinen selbst in die Quere kam und auf eine als Engel maskierte reifere Dame fiel. Die beiden Gefallenen entpuppten sich als Chef des Betriebsrats beziehungsweise engste Mitarbeiterin des Personalchefs. Klar, dass die früher karge Kommunikation zwischen diesen wichtigen Säulen des Betriebes nun erfreulich zunahm. Schön war auch zu sehen, wie sich die vier Außendienstler schnell integrierten, was ja auch der Sinn eines Betriebskarnevals ist. Originellerweise waren sie alle als Seemänner mit Streifenhemden erschienen und hatten die Masken kostengünstig en gros beschafft. Sie sorgten bei den Mitarbeiterinnen für Begeisterung, bei den Männern eher für Unruhe. Dass einer der Seeleute später zu Boden ging, gerade als er die allseits begehrte rothaarige Vertriebsassistentin in seinen Hafen abschleppen wollte, wurde weniger seiner Kondition als einem fliegenden Teller angekreidet.
Ein Heiterkeitserfolg war das Wettsingen. Die Werbeabteilung mit ihren variationsreichen Stimmen hätte normalerweise gewonnen, wenn nicht Grafiker Blasinger indisponiert nur immer „la la la“ gesungen hätte. Immerhin konnte ihm im Notarztwagen noch mitgeteilt werden, dass man Dritter geworden sei. Klarer Sieger wurde dann die Buchhaltung mit „Wer soll das bezahlen, wer hat so viel Geld?“ Der Ausklang am Morgen sah nur glückliche Gesichter. Der Personalchef wusste: der gemeinsame Karneval hatte das Betriebsklima erheblich verbessert und würde sich im Lauf der nächsten Monate auszahlen.

Das bestätigte schon nach sechs Wochen auch der Anruf von Herrn Blindwieser. Seine Tochter fühle sich seit Tagen nicht wohl und könne heute leider nicht kommen. Bei der Gelegenheit wollte er wissen, wer denn der nette Herr beim Betriebskarneval war. Er trug ein Streifenhemd und Seemannmaske... Übrigens: Dieses Jahr ist Maskenverbot!

Anschrift des Verfassers
Klaus Britting
Treenestraße 71, 24896 Treia
Telefon 04626 189988

Nach Tarif

Biedermann las in der Morgenzeitung
im Bewusstsein echter Menschlichkeit
plane man die Ausarbeitung
neuer Regeln für die Arbeitszeit.

Nämlich durch die Vierzigstundenwoche,
davon sei man gründlich überzeugt,
werde wie in einem Schinderjoche
würdelos der freie Mensch gebeugt.

Biedermann las dieses mit Bestürzung...
Wie, so fragt er, wirkt im Krankenhaus
sich denn diese Arbeitszeitverkürzung
auf die Pflege der Patienten aus?

Aber unsre weisen Hochgestellten
wissen sicherlich mal wieder Rat.
Mögen auch die Kranken schelten
auf das personelle Wechselbad -

schließlich wird man sich daran gewöhnen,
wenn es auch die Menschlichkeit nicht mehrt,
und so werden leider all die schönen
Reden in des Gegenteil verkehrt.

Wie man auch die Sache dreht und wendet -
alles, scheint mir, deutet darauf hin:
Arbeit adelt nicht mehr. Arbeit schändet!
Erst der Müßiggang verleiht dem Leben Sinn.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Irene Benes, Wetzlar, am 1. März,
Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Magdalene Bürger, Linden, am 21. März,
Dr. med. Eva Block, Gießen, am 27. März.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Alfred Kellner, Kassel, am 20. März.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Wilfried Strothenke, Stadtallendorf, am 7. März.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

†

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Werner Bechinger, Braunfels
* 20.2.1923 † 3.9.2007

Michael Dreisch, Kelkheim
* 27.9.1951 † 24.9.2007

Dr. med. Guenter Evertz, Wiesbaden
* 14.4.1914 † 1.12.2007

Dr. med. Christian Kemmerling, Bad Homburg
* 21.6.1916 † 15.11.2007

Dr. med. Erhard Michel, Babenhausen
* 31.12.1932 † 13.10.2007

Dr. med. Rosemarie Nitsch, Darmstadt
* 4.9.1924 † 4.12.2007

Dr. med. Klaus Reinhardt, Fritzlar
* 9.6.1922 † 1.12.2007

Dr. med. Hans-Joachim Schoelzel, Babenhausen
* 17.5.1921 † 25.4.2007

Dr. med. Rosemarie Schollmayer, Heppenheim
* 16.5.1923 † 30.3.2007

Dr. med. Jerzy Szewczyk, Schotten
* 6.8.1951 † 28.11.2007

Dr. med. Rochus Turmann, Bad Sooden-Allendorf
* 19.6.1924 † 9.12.2007

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/F/12399, ausgestellt am 28.10.2004, für Klaudia Adler, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M 128/2004, ausgestellt am 27.9.2004, für Dr. med. Brita Fritsch, Washington D.C.,

Arztausweis Nr. HS/F/11451, ausgestellt am 1.7.2003, für Dr. med. Wolfgang Heil, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/13349, ausgestellt am 17.2.2006, für Dr. med. Dipl.-Biol. Claudia Kuhnigk, Oberursel,

Arztausweis Nr. HS/M 116/2007, ausgestellt am 24.7.2007, für Damiano Librizzi, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/K 5746, ausgestellt am 21.1.2002, für Dr. med. Klaus-Peter Liebscher, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/10107, ausgestellt am 2.5.2001, für Dr. med. Ulrike Utry, Frankfurt,

Stempel Nummer 40 75 570, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Gelnhausen/Freigericht (Wochentagdienst) (Dr. med. Edmond Höll, Gründau-Niedergründau).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Christel Wetzstein, tätig bei Dr. med. A. Mortazawi, Darmstadt

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

Katja Danz, seit 15 Jahren tätig bei Dres. med. J. Sauerbier und R. Bährens, Bebra

Jasmin Eichstetter, seit 23 Jahren tätig bei Dr. med. K. P. Schimmel, Schwalmstadt

Tatjana Möller, seit 20 Jahren tätig bei Dres. med. J. Sauerbier und R. Bährens, Bebra

Hannelore Schmerer, seit 24 Jahren tätig bei Dr. med. K. P. Schimmel, Schwalmstadt

Tina Taube, seit 11 Jahren bei Dres. med. J. Sauerbier und R. Bährens, Bebra

Sonja Wöhrn, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. A. Mortazawi, Darmstadt

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

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

Ines Hohlwein, tätig bei Dr. med. H. Hecking und M. Sommer, Limburg

Irmgard Knipschild, tätig bei Dr. med. D. Herguth, Waldeck-Sachsenhausen

Carmen Scharff, tätig bei Dr. med. S. Mohadjer, Schöneck

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Ingrid Fischer, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. U. Kau und E. Rossa, Oestrich-Winkel, vormals in verschiedenen Praxen tätig

Beate Wenning-Hirt, seit 38 Jahren tätig bei Dr. med. Ch. Scheffer, Kassel

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

Zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Helferin

Ute Werner, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. Ch. Scheffer, Kassel

In Anerkennung ihrer treuen Dienst wurde dieser Helferin eine Urkunde ausgehändigt.

Akademie der Ärztinnen

Dr. med. Susan Trittmacher und Dr. med. Kirstin Börchers

Den Chefsessel im Visier:
Karrieretraining und Coaching für Ärztinnen
(Intensivseminar, kleine Teilnehmerzahl, individuelle Strategieplanung)
zertifiziert mit 23 Fortbildungspunkten

4. bis 6. April 2008 in Bad Salzig

(875,- Euro inkl. Seminar- und Arbeitsunterlagen, Coaching, Vollverpflegung, Komfortzimmer)

weitere Informationen: anfrage@aerztinnen-akademie.de
Tel: 02323 9871480, Fax: 02323 9871398

Geschäftsnummer: **21 BG 641/06**

Verkündet am 06.06.2007

als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

BERUFSGERICHT FÜR HEILBERUFE BEI DEM

VERWALTUNGSGERICHT KASSEL

Rechtskräftig !

Kassel, den 20. Sep. 07

Oberinspektor

als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle des Verwaltungsgerichts Kassel

VERWALTUNGSGERICHT KASSEL

URTEIL

IM NAMEN DES VOLKES!

in dem Berufsgerichtsverfahren

g e g e n

den Facharzt für Allgemeinmedizin Rudolf Eberius,*
Hauptstraße 32, 75223 Niefern-Öschelbronn

EINGEGANGEN
21. Sep. 2007
BG-Abt.

Verteidiger: Rechtsanwalt Rudolf Zacharias,
Hermann-Löns-Straße 4, 33104 Paderborn,

hat das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Kassel durch

Vorsitzenden Richter am VG Heidemann,
ehrenamtlichen Richter Dr. Achler,
ehrenamtlichen Richter Dr. Heesch

aufgrund der Hauptverhandlung am 06. Juni 2007 für Recht erkannt:

Der Beschuldigte wird wegen eines Vergehens gegen seine Berufspflichten als Arzt mit einem Verweis und einer Geldbuße in Höhe von 50.000,-- € belegt.

Die Entscheidung ist nach Eintritt der Rechtskraft in dem Mitteilungsblatt der Landesärztekammer Hessen zu veröffentlichen.

Der Beschuldigte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Gebühr beträgt 1.000,-- €.

20070613 Urteil21_BG_641_06

** Anmerkung: Der verurteilte Arzt war zur Tatzeit Mitglied der LÄKH. Er hat während der Rechtshängigkeit des Berufsgerichtsverfahrens seine Niederlassung in ein anderes Bundesland verlegt.*

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Nachfolgend haben wir die **Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung** in Verbindung mit den neuen Prüfungsterminen dargestellt.

Über die vorzeitige Zulassung erhält der Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner regulären Abschlussprüfung **unmittelbar** vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine Leistungen während der **gesamten Ausbildungszeit** dies rechtfertigen.

In der Prüfungsordnung vom 12. Dezember 2006 wurden neue Zulassungsvoraussetzungen festgelegt:

Die Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der Ausbildungszeit ist gerechtfertigt, wenn die Leistungen des Auszubildenden während der Ausbildungszeit
- in den **Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts** der Berufsschule **mit mindestens 2,0** und
- von dem **Ausbildenden** im **Durchschnitt mit mindestens „gut"** beurteilt werden und
- wenn die Leistungen in der **Zwischenprüfung** im **Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens befriedigende Ergebnisse** erbracht haben.

Die neuen Voraussetzungen gelten erst für Auszubildende, die ihre Ausbildung ab 1. August 2007 begonnen haben.

Erhebliche **Fehlzeiten** in Ausbildungspraxis und Berufsschule können auch einer Prüfungszulassung entgegenstehen. Nach § 43 Berufsbildungsgesetz, der die Zulassungsvoraussetzungen festlegt, ist die Zulassung zur Abschlussprüfung u.a. nur möglich, wenn die Ausbildungszeit zurückgelegt wurde. Zum Ausfüllen dieses unbestimmten Rechtsbegriffs hat die Landesärztekammer Hessen folgende Verwaltungsrichtlinie erlassen:

Fehlzeiten-Regelung

(1) Die Ausbildungszeit ist (im Hinblick auf § 43 Abs. 1 Ziff. 1 BBiG) auch zurückgelegt bei Unterbrechungen durch
1. *Urlaub bis zur Dauer von sechs Wochen pro Ausbildungsjahr,*
2. *Krankheit oder andere Gründe bis zur Gesamtdauer von **90 Werktagen** (außer Sonn- und Feiertagen), bei vorzeitiger Teilnahme an der Abschlussprüfung gemäß § 9 Abs. 1 Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelfer/in bis zu höchstens **75 Werktagen,** bei verkürzter Ausbildungszeit gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz bis zu höchstens **75 Werktagen** bei halbjähriger Verkürzung und **60 Werktagen** bei einjähriger Verkürzung,*
3. *Inanspruchnahme der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz,*
4. *Fehlzeiten in der Berufsschule bis zu **30 Berufsschultagen.***

(2) Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit Umstände vorliegen, deren Nichtberücksichtigung eine besondere Härte bedeuten würde und zur Erreichung des Ausbildungsziels keine Verlängerung der Ausbildungszeit erforderlich ist (Einzelfallentscheidung).

Sofern die in Ziffer 2 und 4 angegebenen Fehltage überschritten wurden (wobei die 30 Fehltage in der Schule in den 90/75/60 Werktagen enthalten sind), erfolgt eine Einzelfallprüfung. Ausschlaggebend für eine Zulassung sind begründete Fehlzeiten und Leistungen, die eine Zulassung rechtfertigen.

Falls eine Zulassung nicht erfolgen kann, wird seitens der Landesärztekammer Hessen eine Verlängerung entsprechend der Fehlzeiten empfohlen. Die Verlängerung muss vom Auszubildenden beantragt werden und bedarf der Genehmigung der Landesärztekammer Hessen. Der ausbildende Arzt erhält Gelegenheit, zur Verlängerung Stellung zu nehmen.

Auch Auszubildende mit bereits verkürzter Ausbildungszeit können die Abschlussprüfung vorzeitig ablegen. Es müssen aber mindestens 18 volle Ausbildungsmonate absolviert werden.

Wir bieten folgende Prüfungstermine an:

Sommerprüfung 2008

Schriftliche Prüfung:	Mittwoch, den 5. Mai 2008
Praktische Übungen und Mündliche Ergänzungsprüfung:	2. Juni bis 1. Juli 2008

Winterprüfung 2008/2009

Schriftliche Prüfung:	Mittwoch, den 14. Januar 2009
Praktische Übungen und Mündliche Ergänzungsprüfung:	9. Februar bis 2. März 2009

Die Anmeldefristen liegen jeweils zwei bis drei Monate vor dem Termin der schriftlichen Prüfung.

Weitere Fragen beantworten wir und die Mitarbeiter/innen der zuständigen Bezirksärztekammer gerne.

Landesärztekammer Hessen
Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Haushaltsvoranschlag 2008

Der von der Delegiertenversammlung am 24. November 2007 beschlossene Haushaltsvoranschlag 2008 (mit Anlagen) liegt gemäß § 1 Abs. 15 der Haushalts- und Kassenordnung vom 3. Dezember 2003 in der Zeit vom **11. bis 22. Februar 2008** im Verwaltungsgebäude in Frankfurt/Main, Im Vogelsgesang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienststunden (montags bis mittwochs von 9:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 15:30 Uhr, donnerstags von 9:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 18:00 Uhr sowie freitags von 9:00 bis 12:00 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt/Main, 11. Dezember 2007
gez. Dr. med. Ursula Stüwe
– Präsidentin –

Hinweis auf die 13. Ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2004 – 2008

Ort: Seminargebäude im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim

Zeit: Samstag, 15. März 2008, 10:00 Uhr s.t.

Die komplette Tagesordnung wird im März-Heft des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht.

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

Beiträge ab 1. Januar 2008

Gemäß § 13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI). Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und damit gleichlautend zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen beträgt vom 1. Januar 2008 an 19,9 % der monatlichen Bruttobezüge, soweit diese die Beitragsbemessungsgrenze von 5.300,00 € monatlich (alte Bundesländer) bzw. 4.500,00 € monatlich (neue Bundesländer) nicht überschreiten.

Ab 1. Januar 2008
betragen daher die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen:

1. für angestellte Ärzte, die von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind:
   19,9 % der maßgebenden Bruttobezüge,
   höchstens monatlich
   alte Bundesländer 1.054,70 €
   neue Bundesländer 895,50 €
2. für angestellte Ärzte, die keinen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben und eine Beitragsermäßigung gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben:
   9,95 % der maßgebenden Bruttobezüge,
   höchstens monatlich
   alte Bundesländer 527,35 €
   neue Bundesländer 447,75 €
3. für in Hessen niedergelassene Ärzte mit rechtskräftiger Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (früher RVO-Kassenpraxis):
   monatlich 527,35 €
4. für niedergelassene Ärzte – soweit sie nicht unter Punkt 3 fallen – und Sonstige:
   monatlich
   alte Bundesländer 1.054,70 €
   neue Bundesländer 895,50 €
5. für niedergelassene Ärzte in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung und niedergelassene Ärzte außerhalb Hessens gilt:
   monatlich
   alte Bundesländer 1.054,70 €
   neue Bundesländer 895,50 €
6. für alle Ärzte, die den Mindestbeitrag nach § 13 der Versorgungsordnung entrichten gilt:
   monatlich
   alte Bundesländer 105,47 €
   neue Bundesländer 89,55 €

Für die Überweisung des für Sie zutreffenden neuen, monatlichen Beitrages laut Ziffern 1 – 6 bitten wir, Sorge zu tragen.

Höherversorgung:
Der Höchstbeitrag (Pflichtbeitrag und Höherversorgung) zum Versorgungswerk beträgt ab 1. Januar 2008:

monatlich
alte Bundesländer 2.109,40 €
neue Bundesländer 1.791,00 €

Die Vornahme einer Höherversorgung ist bis zu dieser Grenze auf schriftlichen Antrag, aber nicht rückwirkend möglich.

Die Rechtsabteilung informiert:

Einsatz von Sachverständigen bei staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges

Das Bundesverfassungsgericht hat sich im Rahmen seines Beschlusses über die Nichtannahme einer Verfassungsbeschwerde vom 31. August 2007 (AZ: 2 BvR 1681/07) mit der Arbeit der Ermittlungsbehörden in Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges befasst, u.a. dem Einsatz von Sachverständigen einer Sachverständigen-GmbH.

Damit Betroffene und deren Rechtsanwälte einschätzen können, welche Ermittlungshandlungen rechtlich zulässig sind, möchten wir hierüber kurz berichten. Die bisher nicht veröffentlichte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes hat uns die Staatsanwaltschaft zur Verfügung gestellt.

Werden im Rahmen eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens sog. Sachverständige bei der Auswertung von ärztlichen Abrechnungsunterlagen eingesetzt, so sieht das Bundesverfassungsgericht hiergegen keinen Verstoß gegen Verfassungsrecht.

Die Einbeziehung der Mitarbeiter einer Sachverständigen-GmbH in die Auswertung von Abrechnungsunterlagen im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren sei in der konkreten Art nicht zu beanstanden. Die Tätigkeit der als „Sachverständige" bezeichneten Mitarbeiter bestehe darin, die ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen auf Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung zu untersuchen und den eventuell entstandenen Schaden zu berechnen.

Eine rechtliche Wertung hinsichtlich eines möglicherweise vorliegenden Betrugstatbestandes werde von den beauftragten Mitarbeitern der Sachverständigen-GmbH nicht vorgenommen. Insbesondere würden keine konkreten Aussagen getroffen werden, die im Rahmen der Beurteilung des subjektiven Tatbestandes verwertet werden könnten. Die rechtliche Bewertung der festgestellten Tatsachen obliege allein der Staatsanwaltschaft. Die Tatsachenaufbereitung versetze die Staatsanwaltschaft in die Lage, zu entscheiden, ob das Verfahren fortgeführt werden solle und inwiefern weitere Ermittlungsmaßnahmen notwendig seien.

Durch die Einbeziehung der Mitarbeiter der Sachverständigen-GmbH werde im konkreten Fall auch nicht gegen den Grundsatz des Gesetzesvorbehaltes verstoßen.

Der Mitarbeiterkreis der Sachverständigen-GmbH habe in dem der Verfassungsbeschwerde zugrundeliegenden Fall keine in die Grundrechte eingreifenden strafprozessualen Ermittlungsmaßnahmen im eigenen Ermessen angeordnet, er sei vielmehr im Bereich der Vorbereitung derselben in tatsächlicher Hinsicht nach Weisung tätig, ohne damit Entscheidungen für den Fortgang des Ermittlungsverfahrens vorwegnehmen zu können. Es sei nichts dagegen zu erinnern, dass die Staatsanwaltschaft sich zur Durchführung des komplexen Gebietes des ärztlichen Abrechnungswesens besonderer Sachkunde bediene. Die Einordnung der Mitarbeiter als Sachverständige im Sinne der §§ 72 ff. Strafprozessordnung durch die Staatsanwaltschaft sei nach verfassungsrechtlichen Maßstäben nicht zu beanstanden.

Rechtsabteilung

Das Versorgungswerk veröffentlicht wiederholt*:

Änderung der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in der Sitzung am 19.12.2007 mit der in § 4 A) (1) a) der Satzung vorgeschriebenen Zweidrittelmehrheit aller gewählten Mitglieder die nachfolgenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung beschlossen, die das Hessische Sozialministerium mit Schreiben vom 19.12.2007 unter dem Geschäftszeichen IV 3 B – 54 g 3110 genehmigt hat:

Artikel 1

Die nachfolgenden Tabellenänderungen gelten ab 01.01.2008 bzw. betreffen ausschließlich die Verrentung von Beiträgen, die ab 01.01.2008 eingehen. Eine inhaltliche Veränderung der bislang gültigen Tabellen erfolgt nicht.

Die Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

§ 9 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Wird die Gewährung der Altersrente nach § 2 Abs. 3 der Versorgungsordnung vorgezogen, so mindert sich der Betrag der lebenslänglich zahlbaren Altersrente um einen versicherungsmathematischen Abschlag.
Dabei wird die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwartschaft auf eine nach Vollendung des 65. Lebensjahres beginnende Altersrente in Abhängigkeit vom Zeitraum der vorgezogenen Inanspruchnahme wie folgt gekürzt:

Tabelle der Abschläge bei Inanspruchnahme vorgezogener Altersrente

(gültig ab 01.01.2008)

Vorverlegung um Monate	Kürzung um	Vorverlegung um Monate	Kürzung um
1	0,5%	31	13,4%
2	0,9%	32	13,8%
3	1,4%	33	14,2%
4	1,9%	34	14,5%
5	2,3%	35	14,9%
6	2,8%	36	15,3%
7	3,3%	37	15,7%
8	3,7%	38	16,0%
9	4,2%	39	16,4%
10	4,7%	40	16,7%
11	5,1%	41	17,1%
12	5,6%	42	17,5%
13	6,0%	43	17,8%
14	6,5%	44	18,2%
15	6,9%	45	18,5%
16	7,3%	46	18,9%
17	7,7%	47	19,2%
18	8,2%	48	19,6%
19	8,6%	49	19,9%
20	9,0%	50	20,3%
21	9,4%	51	20,6%
22	9,9%	52	20,9%
23	10,3%	53	21,2%
24	10,7%	54	21,6%
25	11,1%	55	21,9%
26	11,5%	56	22,2%
27	11,9%	57	22,5%
28	12,2%	58	22,9%
29	12,6%	59	23,2%
30	13,0%	60	23,5%

* *Vergleiche Veröffentlichung auf den Seiten 64-66 im Sonderheft 1a/2008, 69. Jahrgang, zum Hessischen Ärzteblatt 1/2008, Januar 2008, 69. Jahrgang*

Die Tabellen **in § 14** der Versorgungsordnung werden wie folgt neu gefasst:

„Beitrags- und Leistungstabelle

(gültig für ab 01.01.2008 entrichtete Beiträge)

EA	B	R	EA	B	R	EA	B	R
bis								
20	1,981	50,485	35	4,000	24,998	50	10,412	9,604
21	2,068	48,363	36	4,217	23,712	51	11,331	8,825
22	2,159	46,309	37	4,451	22,469	52	12,390	8,071
23	2,256	44,324	38	4,702	21,267	53	13,620	7,342
24	2,358	42,403	39	4,973	20,107	54	15,069	6,636
25	2,466	40,544	40	5,267	18,985	55	16,798	5,953
26	2,581	38,745	41	5,586	17,902	56	18,900	5,291
27	2,702	37,005	42	5,934	16,853	57	21,515	4,648
28	2,831	35,322	43	6,314	15,839	58	24,851	4,024
29	2,968	33,694	44	6,730	14,858	59	29,274	3,416
30	3,113	32,121	45	7,190	13,908	60	35,436	2,822
31	3,268	30,599	46	7,698	12,990	61	44,643	2,240
32	3,433	29,127	47	8,264	12,101	62	59,952	1,668
33	3,610	27,704	48	8,896	11,241	63	90,498	1,105
34	3,798	26,328	49	9,607	10,409	64	181,818	0,550

Die Tabelle gibt an in der Spalte:

EA = das Eintrittsalter, d. h. das versicherungstechnische Alter*, in dem das Mitglied in das Versorgungswerk eintritt, oder falls es nicht unter die Pflichtmitgliedschaft fällt, eine freiwillige Mitgliedschaft mit dem Versorgungswerk eingeht.

B = den monatlichen zahlbaren Beitrag für die Anwartschaft auf eine Berufsunfähigkeits- und Altersrente von 10,-- € monatlich.

R = den Betrag der monatlichen Rentenanwartschaft auf eine Berufsunfähigkeits- und Altersrente bei Zahlung eines monatlichen Beitrages von 10,-- € bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

*) Ein bis zum Berechnungsstichtag (Beginn der Mitgliedschaft oder Zeitpunkt einer Beitragsänderung) mehr als zur Hälfte verbrachtes Lebensjahr wird als vollendetes Lebensjahr gerechnet.

Tabelle über die Verringerung der Rentenanwartschaft bei Beitragsausfällen

(gültig ab 01.01.2008)

Maßgebendes Alter	Minderung der monatlichen Rentenanwartschaft in % der Summe der ausgefallenen Beiträge	Maßgebendes Alter	Minderung der monatlichen Rentenanwartschaft in % der Summe der ausgefallenen Beiträge
bis 20	1,768333	43	0,817500
21	1,711667	44	0,791667
22	1,654167	45	0,765000
23	1,600833	46	0,740833
24	1,549167	47	0,716667
25	1,499167	48	0,693333
26	1,450000	49	0,670833
27	1,402500	50	0,649167
28	1,356667	51	0,628333
29	1,310833	52	0,607500
30	1,268333	53	0,588333
31	1,226667	54	0,569167
32	1,185833	55	0,551667
33	1,146667	56	0,535833
34	1,108333	57	0,520000
35	1,071667	58	0,506667
36	1,035833	59	0,495000
37	1,001667	60	0,485000
38	0,966667	61	0,476667
39	0,935000	62	0,469167
40	0,902500	63	0,462500
41	0,874167	64	0,458333
42	0,845000		

Berechnungsanleitung:

Zur Ermittlung des Beitragsausfalls ist der laufende Monatsbeitrag mit der Anzahl der Ausfalltage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.
Sind innerhalb dieser Zeit Beiträge entrichtet worden, so ist die Summe dieser Beiträge abzusetzen.
Als maßgebendes Alter für die Anwendung der Tabelle gilt:

A) für Personen, die vor dem 1.7. eines Jahres geboren sind, die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in das die Ausfallzeit fällt, abzüglich des Geburtsjahres.
B) In allen übrigen Fällen ermäßigt sich das entsprechend A) ermittelte Alter um ein Jahr."

Artikel 2

Die Änderungen treten zum 01.01.2008 in Kraft.

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

Frankfurt am Main, den 20.12.2007

Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin der
Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Brigitte Ende
Vorsitzende des Vorstandes

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde". In diesem Jahr erfolgt dies zum zweiten Mal im Rahmen eines größeren Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576018/016.

Bitte richten Sie Ihre Rückmeldungen an folgende Adresse:

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Promotionsbüro
Frau Manuela Hirche
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) programmverantwortliche Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 2 bzw. 4 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening**

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFU-R) vom 1. Januar 2004 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV)) vom 12. Dezember 2003 sowie der Änderungen der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV einschließlich der letzten Änderungen vom 1. Mai 2006.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFU-R, der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel
Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 1. Januar 2004 in dem Abschnitt B Nr. 4 der KFU-R ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge erhalten können. Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Der Versorgungsauftrag für die Screening-Einheiten 2 wurde erstmals 2005 an die Programmverantwortliche Ärztin Professor Dr. Jutta Peters vergeben.

Der Versorgungsauftrag für die Screening-Einheiten 4 wurde erstmals 2005 an den Programmverantwortlichen Arzt Dr. Klaus-Peter Riester vergeben.

Für die Screening-Einheiten 2 bzw. 4 werden zum nächst möglichen Zeitpunkt jeweils ein(e) zweite(r) Programmverantwortliche(r) Ärztin/Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber(in) und der Programmverantwortlichen Ärztin Professor Dr. Jutta Peters bzw. dem bisherige Programmverantwortlichen Arzt Dr. Klaus-Peter Riester geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung
Die KV Hessen führt ein öffentliches Ausschreibungsverfahren für den Versorgungsauftrag an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Ärztin/Arzt der Screening-Einheit 2 bzw. 4 durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **17. März 2008, 12 Uhr,** bei der KV Hessen in Wiesbaden einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Verbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Im Fall der Vergabe des Versorgungsauftrages an einen zweiten Programmverantwortlichen Arzt nach Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages dienen die von den Bewerbern vollständig und fristgerecht eingereichten Bewerbungsunterlagen als Entscheidungsgrundlage. Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i.V.m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 a) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Für eine Auswahl unter mehreren Bewerbern, die an dem Ausschreibungsverfahren teilnehmen, ist die persönliche Qualifikation des Bewerbers sowie die geeignete räumliche Zuordnung für die Versorgung der Frauen maßgeblich. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, entscheidet die bestmögliche räumliche Zuordnung für die Versorgung der Frauen.

Die Genehmigung für die Übernahme des Versorgungsauftrages durch den programmverantwortlichen Arzt wird den ausgewählten Bewerbern durch die KV Hessen und im Einvernehmen mit den hessischen Krankenkassen erteilt.

2. Versorgungsaufträge/Screening-Einheiten
Für die folgenden Screening-Einheiten wird der Versorgungsauftrag jeweils getrennt ausgeschrieben:

SE 2
Frankfurt Stadt
Main-Taunus-Kreis
Programmverantwortliche Ärztin: Professor Dr. Jutta Peters

sowie für die

SE 4
Landkreis Offenbach
Offenbach Stadt
Main-Kinzig-Kreis
Wetteraukreis
Programmverantwortlicher Arzt: Dr. Klaus-Peter Riester

Die Einteilung aller Screening-Einheiten in Hessen wurde bereits im September-Heft 2004 des Hessischen Ärzteblatts veröffentlicht.

Eine Screening-Einheit umfasst eine oder mehrere Mammographie-Einheiten, in denen die Mammographien durchgeführt werden, sowie eine oder mehrere Einheiten zur Abklärungsdiagnostik.

3. Inhalt der Versorgungsaufträge
Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B Nr. 4 i der KFU-R bzw. § 3 Absatz 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Kooperation mit der Zentralen Stelle, der Kooperationsgemeinschaft und dem Referenzzentrum (§ 7)
2. Überprüfung des Anspruchs der Frau auf Teilnahme am Früherkennungsprogramm vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§13)
8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

4. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:
Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin in einer bestimmten Mammographie-Einheit. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob die Frau das Merkblatt zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IV der KFU-R) über die Zentrale Stelle erhalten hat und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFU-R) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt die Ergebnisse der Doppelbefundung zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der programmverantwortliche Arzt die Durchführung einer MRT-Untersuchung, eine Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle sowie ggf. die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Teilnehmer sind u.a. auch der künftige Operateur sowie die mit ihm zusammen tätigen Radiologen und Pathologen und eine radiologische Fachkraft.
Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u.a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i.V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFU-R (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. (Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.)
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

5. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Hierzu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und eine Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen erhalten können, wenn die Voraussetzungen nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erfüllt und nachgewiesen sind.

6. Radiologische Fachkräfte

Der programmverantwortliche Arzt kann Radiologische Fachkräfte nur dann im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erfüllen.

7. Abrechnung/Vergütung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01752, 01753, 01754), von den programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen. Der programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle bzw. die Vakuumsaugbiopsie (§ 19) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20) an andere am Screening-Programm teilnehmenden Ärzten, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung des programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV). Der programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.
Der programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

Abrechnung

Die programmverantwortlichen Ärzte sowie alle mit ihnen kooperierenden Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über eine eigene Abrechnungsnummer mit der KV Hessen ab. Die Leistungen sind zusätzlich entsprechend der Screening-Einheit zu kennzeichnen, für die der Arzt sie erbracht hat.

Punktwert

Mit den hessischen Krankenkassen wurde für die Zeit vom 1. April 2006 bis 31. März 2009 folgende Punktwertstaffel auf Basis der Bundesempfehlung (nach § 86 SGB V zum 1. Januar 2004) vereinbart, die für jede einzelne Screening-Einheit angewandt werden wird:

Teilnahmequote ≤ 50 Prozent: 5,11 Cent
Teilnahmequote > 50 Prozent: 4,9 Cent
Teilnahmequote > 60 Prozent: 4,7 Cent
Teilnahmequote > 70 Prozent: 4,5 Cent

Die Teilnahmequote wird für jede Screening-Einheit und je Quartal ermittelt. Sie errechnet sich als Quotient aus der innerhalb des Quartals am Screening teilgenommenen Versicherten dividiert durch ein Achtel der teilnahmeberechtigten Versicherten.

Die programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des Zwei-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können.
Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. Die genannten Punktwerte mindern sich um zehn Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Rahmen der KFU-R (u.a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren).
Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Beiträge und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

8. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Für die Übernahme des Versorgungsauftrages kann sich eine Ärztin/ein Arzt bewerben, die mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein wird.

Dabei ist zu beachten, dass der Arzt die Voraussetzungen für die Übernahme des Versorgungsauftrages als programmverantwortlicher Arzt zu erfüllen hat und dafür eine Genehmigung benötigt.

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

9. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich als zweiter programmverantwortlicher Arzt um den Versorgungsauftrag in den Screening-Einheiten 2 oder 4 bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erfüllen und **bis zum 18. Februar 2008** gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie' oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe'
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 18a Abs. 1 und 2 Röntgenverordnung
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen' Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Sollten Sie diese Voraussetzungen bereits gegenüber der KV Hessen nachgewiesen haben, so ist ein erneuter Nachweis nicht erforderlich. Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen dennoch nur auf Ihren Antrag hin zugeschickt.

10. Genehmigungsverfahren

10.1 Bewerbung

Sie haben bis zum **17. März 2008, 12 Uhr,** Zeit, Ihre Bewerbungsunterlagen für die Screening-Einheit 2 und 4 bei der KV Hessen einzureichen.

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms

10.2 Genehmigung unter Auflagen

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein wird. Diese Auflagen sind innerhalb von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Zu den Auflagen zählen gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV:

1) Zulassung gemäß § 25 RöV zur Durchführung der Röntgenuntersuchungen
2) Fachliche Befähigung zur Erstellung und Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 24 Abs. 1 und 2)
3) Fachliche Befähigung zur Ultraschalldiagnostik (§ 26 Abs. 1)
4) Fachliche Befähigung zur Biopsie unter Ultraschallkontrolle (§ 27 Abs. 1)
5) Teilnahme an dem Fortbildungskurs für programmverantwortliche Ärzte gemäß Anhang 2 Nr. 2. Dieser Kurs muss zusammen mit den vorgeschriebenen Kursen nach Ziffern 2 bis 4 innerhalb von sechs Monaten vor Aufnahme der Tätigkeit in dem Referenzzentrum nach Ziffer 8 absolviert sein. Hinsichtlich der Vorgaben der zeitlichen Reihenfolge gem. § 5 Abs. 5 e) letzter Satz BMV-Ä/EKV (hier: Ziffer 5) findet die Übergangsregelung gem. § 41 b) Nr. 4 BMV-Ä/EKV Anwendung.
6) Praxisausstattung und -organisation (Abschnitt G)
7) Apparative Ausstattung der Röntgendiagnostikeinrichtungen (§ 33 Nr. 1) und Ultraschalldiagnostikeinrichtungen (§ 34)
8) Tätigkeit über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einem Referenzzentrum (§ 6 Abs. 2). Die Tätigkeit kann in zwei Blöcke aufgeteilt werden und muss insbesondere umfassen
   - Teilnahme an den Konsensuskonferenzen
   - Teilnahme an den Sprechstunden zur Abklärungsdiagnostik
   - Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen
   - Selbstständige Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 3.000 Frauen unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums
9) Zertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft (Abschnitt J).

Zusätzlich wird der programmverantwortliche Arzt in den ersten drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit durch den Leiter des Referenzzentrums spezifisch betreut (§ 5 Abs. 5 i der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).
Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Bewerbungsfristen und Anschrift

Diese Ausschreibung erfolgt im Februar-Heft des Hessischen Ärzteblattes. Interessierte Ärzte haben bis 18. Februar 2008 die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern. Vollständige Bewerbungen incl. des Konzeptes müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum 17. März 2008, 12 Uhr, bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Projektstelle Mammographie-Screening
Stichwort: Ausschreibung MSP
Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

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 Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Umstadt	Fachärztin/Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Planungsbereich Landkreis Bergstrasse

Heppenheim	Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Odenwaldkreis

Erbach	Fachärztin/Facharzt für Radiologie

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.-Bornheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Bornheim	Anästhesistin/Anästhesist
Frankfurt/M.-Westend	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde (Gemeinschaftspraxisanteil)
Frankfurt/M.-Ostend	Orthopädin/Orthopäde
Frankfurt/M.-Bockenheim	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Frankfurt/M.-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Ostend	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hofheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Hochtaunuskreis

	Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin/ Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
	Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin/ Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau-Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde
Linsengericht	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Soden-Salmünster	Orthopädin/Orthopäde
Nidderau-Windecken	Orthopädin/Orthopäde (Gemeinschaftspraxisanteil)
Nidderau-Erbstadt	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Jossgrund-Lettgenbrunn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

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

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Ulrichstein	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin/ Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie
Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Friedberg	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin/ 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 Gießen, Eichgärtenallee 6-8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Eschwege	Neurologin/Psychiaterin/ Neurologe/Psychiater

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 Hochtaunus

Grävenwiesbach	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 Marburg-Biedenkopf

Marburg	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Homberg	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden,** zu senden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle – vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
– Landesstelle –
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt/M.
Telefon 069 716798-29

zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.

Noch freie Plätze im Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement" [200 P]

Am Montag, den 11. Februar 2008 beginnt in Bad Nauheim der diesjährige Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement" für Ärzte und vertragsärztlich tätige Psychotherapeuten gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. Er vermittelt folgende Qualifikationen:

- Voraussetzung für die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement" gemäß Weiterbildungsordnung
- Qualifikation als „Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie" im Sinne der ‚Hämotherapierichtlinien der Bundesärztekammer'
- Qualifikation als Moderator von Qualitätszirkeln nach Kriterien von KVH und LÄKH
- Grundkurs in evidenzbasierter Medizin

Bitte melden Sie sich bei Interesse umgehend an!
(5 % Sonderrabatt bei Buchung aller 4 Blöcke für 2008)

Anmeldung/Info: Frau A. Schad, Akademie der LÄKH
Carl-Oelemann-Weg 5-7, 61231 Bad Nauheim
Tel. 06032 782-213, Fax 06032 782-220
E-Mail: annerose.schad@laekh.de
Info: www.laekh.de (Rubrik: Ärzte-Qualität & Versorgung)

Neue Maßnahmen gegen Klinikbürokratie im Saarland

Im Dezember 2007 sind zwei Wildscheine im saarländischen St. Wendel in einen Bürotrakt des Marienkrankenhaus eingedrungen. Die beiden wackeren Sauen seien nach Angaben der Polizei zunächst durch automatisch öffnende Türen ins Gebäude gelangt, sprangen dann durch eine Sicherheitsglastür in den Verwaltungstrakt und drangen schließlich in ein Büro ein.

(nach Bericht der „Rheinpfalz" vom 15. 12. 2007)

ANZEIGENSCHLUSS
März-Ausgabe 2008: 05.02.2007