

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

6 | 2008

Juni 2008

69. Jahrgang



- Ambrosia artemisiifolia in Hessen
- 4. Fachtagung für palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Bad Nauheim
- Aktueller Stand der Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten Angehörigenbetreuung:
- Eine stabile Entscheidung für eine Organspende
- Arzneimittel und Fahrtüchtigkeit

Abbildung: Ambrosia artemisiifolia
© Projektgruppe Biodiversität und
Landschaftsökologie, Friedberg



Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen
der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsang 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-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Dr. Alexander Schmid, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsang 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-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Tel. 0341 710039-92
E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

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



Editorial	356
Aktuelles	
Ambrosia artemisiifolia in Hessen	358
4. Fachtagung für palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Bad Nauheim	361
Historisches	
Große der Chirurgie – Ein philatelistisches ABC	365
Landesärztekammer Hessen	
Umsatzsteuer auf Befundberichte für Versorgungsämter	367
Landesärztekammer Hessen	
Aktueller Stand der Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten in Hessen	368
Aktuelles	
Angehörigenbetreuung: Eine stabile Entscheidung für eine Organspende	371
Landesärztekammer Hessen	
Das Versorgungswerk informiert: Reich im Alter – oder reicht's im Alter?	375
Schöne neue e-Health-Welt?	376
Fortbildung	
Arzneimittel und Fahrtüchtigkeit	378
Arzt- und Kassenarztrecht	
Akute Pankreatitis – medikamenteninduziert?	381
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	385
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	391
Aktuelles	
Oberender: Keine Alternativen zu mehr Marktwirtschaft	393
Fortbildung Sicherer Verordnen	394
Mit meinen Augen Die Zeiten ändern sich – und wir ändern uns mit ihnen	395
Satire Germany's next Topmanager	396
Humoristisches Grün ist die Liebe	396
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	397
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	399
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	408

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, Besprechungsbeispiele 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.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!



Dr. med. Ursula Stüwe
Foto: Monika Buchalik

Sicher haben Sie in den letzten Monaten beobachtet, wie Krankenkassen ihre Aktivitäten ausweiten! Dies alles geschieht, wenn man den Presseberichten Glauben schenken darf, mit dem Ziel, die Versicherten „gesün-

der“ zu haben, chronisch Kranke sollen intensiv betreut werden, damit Krankenhauseinweisungen verhindert werden können. Eigentlich doch gute Ziele...

Diese Aktivitäten sind jedoch für die Ärzteschaft interessant, weil hier offenbar anderen „Dienstleistern“ reichlich Gelder zur Verfügung gestellt werden, um eben die Aufgaben zu erfüllen, die ureigene ärztliche Aufgaben sind: im weitesten Sinne geht es um das „Fördern der Compliance“ der Patientinnen und Patienten. Dazu gehören unterschiedliche Angebote: Primärprävention, aber auch Sekundärprävention und Betreuung der chronisch Kranken. Allen Angeboten gemeinsam ist, dass hinter diesen „Dienstleistern“ finanzstarke Firmen stehen, die in ähnlicher Weise schon sehr aktiv auf dem US-amerikanischen Markt sind.

Die AOK Hessen z.B. kooperiert mit der Firma CompuGROUP, ich hatte bereits in der Delegiertenversammlung im November darauf hingewiesen. Damals war in allen öffentlich zugänglichen Medien zu erfahren, dass die AOK Hessen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten neben einem außerbudgetären Fixbetrag ein

„Erfolgshonorar“ zahlen wird. Im April 2008 kann im Internet Folgendes gefunden werden:

*CompuGROUP „verschenke“ seine Produkte an die Kunden und habe dadurch bereits jetzt den exklusiven Zugang zu mehr als 300.000 Ärzten und Krankenhäusern und ihrem Workflow sichern können. Dadurch seien nicht nur die Markteintrittsbarrieren für potentielle Wettbewerber enorm hoch – zugleich sei das Unternehmen der bestmögliche Partner für Krankenkassen, Pharmaunternehmen, Finanzdienstleister u.a., die CompuGROUP und die Ärzte für die einzigartige Möglichkeit der Umsetzung ihrer individuellen Ziele wie z.B. der Effizienzsteigerung und dem personalisierten **Marketing** fürstlich entlohnen würden. Dies würden EBIT-Margen in diesem Segment von mehr als 40 % beweisen.¹*

Langfristiges Wachstum des Softwareabsatzes sei in dem von Ineffizienzen und zunehmenden Budgetrestriktionen geprägten Gesundheitsmarkt sicher und diene als Triebfeder für den weiteren Unternehmenserfolg: Krankenkassen und Pharmaunternehmen würden CompuGROUP nach der Zahl der erreichten Ärzte entlohnen, diese wiederum würden von technologisch ausgereifteren Produkten profitieren. Damit mache jeder hinzukommende Arzt das System für alle beteiligten Personen noch wertvoller und verstärke damit immer weiter die Wettbewerbsqualität von CompuGROUP.²

Ich werde den Eindruck nicht los, dass hier vorwiegend ökonomische Interessen bedient werden sollen, und ich möchte jeder Ärztin, jedem Arzt raten, sich die Vertragsunterlagen für derartige Kooperationen intensiv und sehr genau anzuschauen. Anfängliche „Erfolgshonorare“ können sich

u.U. auch schnell zu einer echten Belastung entwickeln – wenn nämlich dauernd nachgefragt wird, warum was wie entschieden wurde!

Die DAK kooperiert mit Healthways. So beschreibt der „stern“ diese in Deutschland noch neue Firma, die auf den ersten Blick als Call-Center wahr genommen wird, am 8. Februar 2008:

Vor ihnen rote Trennwände. Und doch gibt es einen entscheidenden Unterschied zu den üblichen Inbound-Outbound-Repräsentanten: „Alle Angestellten sind examinierte Pflegekräfte oder Krankenschwestern. Sie sollen die Versicherten dazu anhalten, sich therapietreu zu verhalten – sie „compliant“ machen. 20 Minuten dauern die Gespräche im Durchschnitt. Darin geht es um Ernährungspläne, die Medikamenteneinnahme, aber auch um persönliche Ziele, was das Thema Bewegung oder das Nichtrauchen angeht“, sagt Michael Klein, Geschäftsführer von Healthways Deutschland.³

Eine weitere große Krankenkasse kooperiert ebenfalls: die KKH zusammen mit Health-Dialog der Unternehmensberatung Accenture:

Wer mehr über seine Gesundheit weiß, der lebt und handelt auch gesünder – nach dieser Formel entwickelte die KKH ihr neues Beratungsmodell in Zusammenarbeit mit der Unternehmensberatung Accenture auf Basis des Health-Coaching-Ansatzes des US-Unternehmens Health Dialog. Rund 20 medizinische Fachkräfte, die zuvor speziell für diese Tätigkeit geschult wurden, sprechen am Telefon mit den Versicherten über ihre Gewohnheiten, ihre Therapien und ihr Befinden. Ziel ist es, das Bewusstsein für den Umgang mit ihrer Krankheit zu schärfen. Besonderen Wert legt die KKH darauf, das Verständnis für Wechselwirkungen von

¹<http://www.ad-hoc-news.de/Nebenwerte/de/16245195/CompuGROUP+kaufen,8.4.2008>

²http://www.finanzen.net/analyse/CompuGROUP_kaufen-SES_Research_GmbH_285709,8.4.2008

³<http://www.stern.de/wirtschaft/unternehmen/unternehmen/Krankenkassen-Pflege-Telefon/609133.html>

Krankheiten zu vertiefen – wie etwa für den Zusammenhang von Übergewicht und Herz-Kreislauf-Beschwerden.

„Die Telefonbetreuung ersetzt keineswegs den Arztbesuch, sondern ergänzt ihn. Wir erreichen die Patienten im Alltag und können so zum Beispiel erfragen, ob es Unverträglichkeiten bei den verordneten Medikamenten gibt oder inwieweit eine Ernährungsumstellung eingehalten wird. Durch die regelmäßigen Kontakte baut sich ein Vertrauensverhältnis auf und die Patienten können dann leichter zu einem gesünderen Lebensstil hingeführt werden, als das beim Arztbesuch möglich ist“, erläutert Kailuweit. Bereits nach drei Monaten konnte die KKH über 1.000 Teilnehmer für dieses Pilotprojekt gewinnen. Über die Perspektiven des telefonischen Gesundheits-Coaching informierten sich bereits Vertreter des französischen Dachverbandes der gesetzlichen Krankenkassen bei der KKH Hauptverwaltung in Hannover.⁴

⁴ <http://www.kkh.de/detail.cfm?pageid=931&op=dsp&pk=107492>, 13.11.2007

Liebe Kolleginnen und Kollegen – warum haben wir immer wieder darauf hingewiesen, dass uns Zeit fehlt für die Patientenbetreuung, für das Gespräch? Warum sind wir alle irgendwann in einem „Hamster-rad“ angekommen in der täglichen Arbeit – sowohl in der Praxis eines Vertragsarztes wie in den Kliniken? Warum wird nicht den zentralen Playern im Gesundheitssystem – das sind wir Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis! – gerade dieses Geld zur Verfügung gestellt, um eben diese Aufgaben zur Förderung der Patienten-Compliance erfüllen zu können?

Trotz dieser ärgerlichen Widrigkeiten bieten wir entsprechende Fort- und Weiterbildungen für Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter an! Wir werden genau das Anbieten können, was für kranke Menschen wichtig ist: persönliche Zu- und Hinwendung in schwierigen Lebensphasen. Und das „aus einer Hand“ – nämlich aus der Arztpraxis heraus mit bekannten Menschen, die sogar nach Hause kommen bei ernsthaften Problemen!

Ich bin überzeugt, dass wir das besser können – zum Nutzen der Patientinnen und Patienten. Jetzt wird viel Geld ausgegeben an Beratungsunternehmen – warum geht das Geld nicht dahin, wo derartige Dinge „besser“ gemacht werden können, nämlich in unsere Kliniken und Praxen! Und wir können es besser machen, weil bereits eine persönliche Bindung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient besteht! Man muss uns nur endlich die Möglichkeit dazu geben!

Ihre



Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

P.S. **Und nicht vergessen:
KAMMERWAHL**

Ausschreibung

August Wilhelm und Lieselotte Becht-Forschungspreis 2008 der Deutschen Stiftung für Herzforschung



Die Deutsche Stiftung für Herzforschung vergibt auch 2008 den August Wilhelm und Lieselotte Becht-Forschungspreis. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftlich hochwertige und zugleich patientennahe Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Krankheiten. Teilnahmeberechtigt sind in Deutschland tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Der Preis ist mit 15.000 Euro dotiert. Die Arbeiten dürfen einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht übersteigen und in dieser Form noch nicht veröffentlicht sein. Eine Zusammenfassung in deutscher Sprache ist sowohl englischsprachigen Arbeiten als auch deutschen Texten voranzustellen. Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf sind in dreifacher Ausfertigung und mit Einverständniserklärung der Co-Autoren sowie der Angabe zu deren jeweiligen Arbeitsanteilen bis zum 12. Juli 2008 (Poststempel) an die Deutsche Stiftung für Herzforschung, Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main, einzusenden. Der Bewerber verpflichtet sich, im Falle der Prämierung eine für die Veröffentlichung in der Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung „HERZ HEUTE“ allgemeinverständliche Kurzfassung zu erstellen. Über die Vergabe des Preises entscheidet der Vorstand der Deutschen Stiftung für Herzforschung auf Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im Oktober 2008 in Hamburg.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.dshf.de

Ambrosia artemisiifolia in Hessen.

Wie kann die Ausbreitung dieser Pflanze mit hohem Allergiepotential noch gestoppt werden?

Ursel Heudorf*, Heidrun Behrendt**

Beate Alberternst***, Stefan Nawrath***

*Stadtgesundheitsamt Frankfurt;

**Zentrum für Allergie und Umwelt,

Technische Universität München;

***Projektgruppe Biodiversität und
Landschaftsökologie, Friedberg

Ambrosia breitet sich in den letzten Jahren rasant aus, auch in Hessen. Die Pollen dieser Pflanze – Ragweed Pollen – gehören zu den stärksten bekannten Inhalationsallergenen. Deswegen fordern Allergologen wirksame Aktionen, der weiteren Ausbreitung dieser Pflanze in unseren Breiten zuvorzukommen. Aber nicht nur Ärzte sehen die Ausbreitung dieser Pflanze als sehr problematisch an. So ist die Art in einigen Ländern (z.B. Ungarn, Kanada) ein gefürchtetes landwirtschaftliches Unkraut, das Ertragseinbußen bei verschiedenen Feldfrüchten verursachen kann. Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Ambrosia könnten auch eine weitere Reduzierung der Artenvielfalt zur Folge haben.

Ambrosiapollen – ein höchst potentes Allergen

In den USA, wo diese Pflanze heimisch ist, sind etwa die Hälfte der Pollenallergien auf Ragweed zurückzuführen. Die Pollen dieser Pflanze

werden zu den stärksten Allergenen gezählt nicht nur im Hinblick auf die Häufigkeit und die Schwere der Sensibilisierung sondern auch bezüglich der Intensität der Symptome. So reichen wenige Pollen/m³ zur Sensibilisierung aus, die sehr rasch nach Ansiedlung der Pflanze in einer Region auftritt. Dies konnte beispielsweise sehr gut in der Region Mailand gezeigt werden: dort nahm der Anteil der Sensibilisierten von 1990 bis 2006 von < 1% auf > 20 % zu; im Jahr 2007 war Ambrosia bereits die zweithäufigste Ursache für Pollen-Asthma in dieser Region. Auch ältere Erwachsene, die nie Allergieprobleme hatten, können erstmals an einer Ambrosia-Allergie erkranken, mit schweren Symptomen (Asero 2007). Interessanterweise sind die Symptome in Bevölkerungen, wo diese Pflanze neu auftritt, noch wesentlich stärker ausgeprägt als in Regionen, wo sie seit langem wächst. Kreuzallergien zu Beifuß, Kräutern, aber auch zu Nahrungsmitteln wie Melonen, Gurken, Bananen sind beschrieben (Egger et al., 2006).

Die sehr kleinen Pollen können je nach Wetterlage über weite Strecken (> 100 km) mit dem Wind transportiert werden und Menschen in Regionen sensibilisieren, wo die Pflanze selbst noch nicht heimisch geworden ist (Cecchi et al., 2007). Im Tagesgang werden die höchsten Pollenkonzentrationen in den Morgenstunden

gefunden, wenn die Temperatur ansteigt und die relative Luftfeuchtigkeit abnimmt (Laaidi et al., 2003).

Da die Pollen insbesondere im Spätsommer/Herbst fliegen, treten die Symptome nach der typischen Gräserpollenflugzeit auf und belasten die Betroffenen bis in den späten September (Anfang Oktober). Das bedeutet für die Betroffenen nicht nur ein um weitere Wochen/Monate verlängertes Leiden, darüber hinaus ist mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten durch medizinische Behandlung, Arbeitsausfälle, aber auch für die Bekämpfung der Ambrosia selbst zu rechnen; das Umweltbundesamt geht von etwa 17 bis 47 Millionen Euro im Jahr aus (Reinhardt et al. 2003).

Ambrosia – Ausbreitung in Europa ...

1863 wurde erstmals eine Ambrosia in Brandenburg und Frankreich dokumentiert, nach dem 2. Weltkrieg wurde eine langsame weitere Ausbreitung in Europa beschrieben. Seit wenigen Jahren ist jedoch eine rasante Ausbreitung in verschiedenen Ländern Europas zu verzeichnen, u.a. in verschiedenen Regionen in Frankreich und Norditalien, in Ungarn, Kroatien, Bulgarien, Österreich, Schweiz und Tschechien (D'Amato 1998; Cecchi et al., 2007). Als (Mit-)Ursache wird der Klimawandel diskutiert, mit

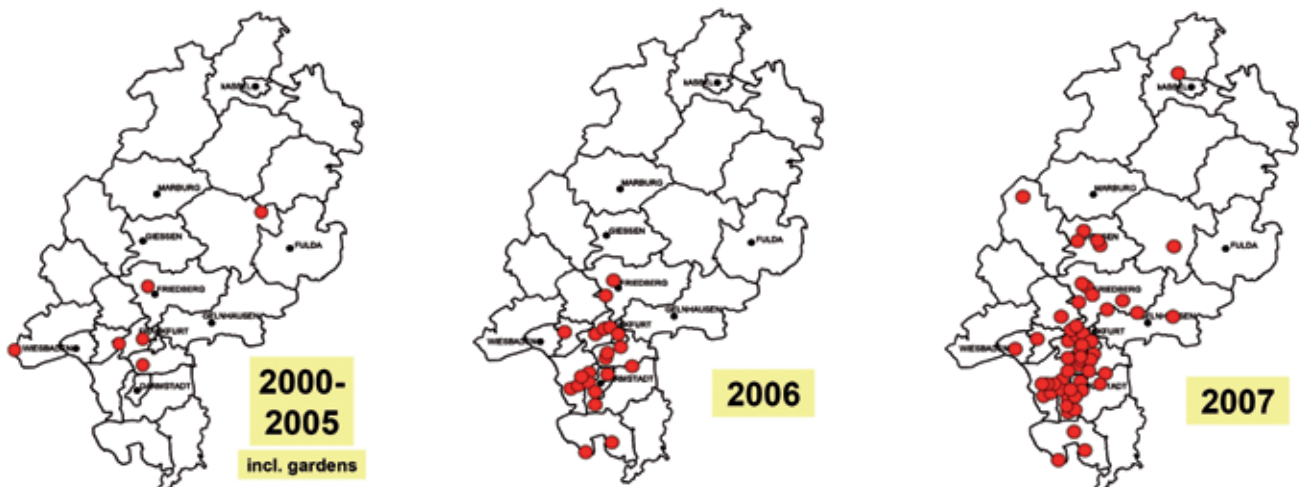


Abb. 1-3

Ausbreitung der Ambrosia in Hessen 2002-2007. Daten der Arbeitsgruppe Biodiversität; Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Alberternst und Dr. Nawrath

der Änderung der Temperatur und des CO₂-Gehalts. So haben Untersuchungen aus den USA zeigen können, dass die Pflanzen in Ballungsgebieten mit höheren Temperaturen und CO₂-Gehalten eine signifikant höhere Anzahl an Pollen und Samen produzieren als in umliegenden kühleren Nachbargebieten.

... und in Hessen

Auch in Hessen breitet sich diese Pflanze rasant aus. Dies zeigen die Abbildungen 1-3 die die Arbeitsgruppe Biodiversität auf der Grundlage der Meldungen erstellt hat. Einige Allergologen berichten bereits über Ambrosia (Ragweed)-Allergien bei ihren Patienten, systematische Untersuchungen liegen allerdings für unseren Raum noch nicht vor.

Die Einschleppung und Ausbreitung der Samen wird vor allem durch menschliche Aktivitäten bewirkt:

- Transport von belasteter Erde im Rahmen von Baumaßnahmen (stark im Raum Darmstadt).
- Verschleppung durch an Fahrzeuge anhaftende Samen bzw. Erde entlang von Straßen.
- Verschleppung durch an landwirtschaftliche Fahrzeuge anhaftende Samen bzw. Erde von Acker zu Acker.
- Mit Ambrosia-Samen verunreinigtes Vogelfutter und Futtermittel.
- Verwendung von Sonnenblumensamen-Vogelfutter zur Einsaat von Schnittblumenfeldern und Wildäckern.

Deswegen wird die Pflanze im Gartenbereich häufig im Umfeld von Vogelhäuschen, im öffentlichen Bereich auf Brachflächen, Baustofflagern, Erdaufschüttungen, Neubaugebieten, entlang von Verkehrswegen und Straßen (die Pflanze ist recht salztolerant) und an Bahnleisen gefunden. In Südfrankreich konnte gezeigt werden, dass die Samen auch über Flüsse weiterverbreitet werden können (Fumal et al., 2007).

Gefahr erkannt

Was also ist zu tun? Zunächst gilt es, die Pflanze zu erkennen. Die Ambrosia (*A. artemisiifolia*)

ähnelt dem gemeinen Beifuß (*Artemisia vulgaris*) und kann leicht mit diesem, aber auch anderen Pflanzen aus dieser Gattung verwechselt werden. Die Wuchshöhe variiert, das zunächst unscheinbare einjährige Kraut kann eine Höhe von bis zu etwa 2 Meter erreichen. Auf der Pflanze befinden sich sowohl männliche als auch weibliche Blütenköpfchen.

Charakteristische Kennzeichen der Ambrosia sind die doppelt fiederteiligen Blätter mit grüner Unterseite (Beifuß: silbrig-grauer Unterseite) und die abstehend behaarten Stängel (Beifuß: unbehaarte, glatte Stängel). Bei der Bestimmung der Pflanze können die aufgeführten Internetseiten Hilfe bieten, s. z.B. Kästchen. Die Blütezeit der Beifuß-Ambrosia erstreckt sich relativ spät von Mitte Juli bis zum ersten Frost. In dieser Zeit werden pro Pflanze bis zu einer Milliarde Pollen gebildet, die – typischer Windbestäuber – mit dem Wind weit fort getragen werden können. Die Frucht ist etwa 2,5 x 3,5 mm groß mit einer ca. 2 mm langen Spitze und enthält einen einzigen Samen. Pro Pflanze können mehrere Tausend bis zu >60.000 Samen produziert werden. Diese sind sehr lange im Boden lebensfähig und können nach Jahrzehnten noch keimen.

.... Gefahr gebannt?

Wird diese Pflanze festgestellt, sollte sie durch wirksame Bekämpfungsmaßnahmen kurzfristig entfernt werden – im privaten und öffentlichen Bereich. Falls Ambrosia zur Samenbildung gelangt ist, sind auch in den nachfolgenden Jahren Kontrollen durchzuführen. Im Privatgartenbereich sollte sie mit der Wurzel herausgezogen und in einem Plastiksack in der Restmülltonne entsorgt werden – möglichst vor der ca. Mitte Juli beginnenden Blüte. Zum Schutz vor Kontaktallergien sollten dabei Handschuhe getragen werden. Bei Entfernung bereits blühender Pflanzen wird darüber hinaus das Tragen einer Feinstaubmaske, eines Mund-Nasenschutzes zum Schutz vor Pollen empfohlen. Generell sollte möglichst Ambrosiafreies Vogelfutter verwendet werden (Händler fragen!), und Vogelfutterreste sollten nicht in der freien Landschaft entsorgt werden. Mit Samen der Beifuß-Ambrosia verunreinigte Erde darf nicht für Baumaßnahmen verwendet werden. Baustellen und Erdzwischenlager sind auf Vorkommen der Pflanze zu kontrollieren. Vogelfutter darf nicht in die Landschaft ausgebracht werden, z.B. als Saatgutersatz für Schnittblumenfelder oder für Wildäcker.

Ambrosiabestände außerhalb von Gärten sollten entweder an die Projektgruppe Biodiversität (www.ambrosiainfo.de; meldung@ambrosiainfo.de) und/oder an die örtlichen Behörden (z.B. Umweltämter) gemeldet werden. Oft hapert es hierzulande dann aber an ausreichenden Maßnahmen, wobei mit fehlender gesetzlicher Grundlage argumentiert wird. Hier gilt es anzusetzen. So könnte von anderen Ländern (Ungarn oder Schweiz) gelernt werden. In der Schweiz beispielsweise wurden auf folgende Weise Erfolge erzielt:

- Gesundheits- und Landwirtschaftsbehörden arbeiten zusammen (nicht gegeneinander)
- Futtermittel für Heimtiere müssen Ambrosiafrei sein.
- Vorkommen müssen gemeldet und entfernt werden.
- Die Bevölkerung wurde umfassend informiert und es werden nationale Ambrosiabekämpfungstage organisiert
- Grundstückseigentümer sind verpflichtet, ihre Grundstücke den Behördenvertretern zugänglich zu machen und entsprechende Bekämpfungsmaßnahmen mit zu tragen
- Landwirte werden für Ambrosia-Schäden entschädigt.

In unseren Regionen kann angesichts des derzeitigen Verbreitungsdrucks dieser Pflanze nur eine sehr baldige abgestimmte Bekämpfung noch Abhilfe schaffen, jedes weitere Zuwarten verringert die Chancen, diese Pflanzenart und damit dieses hohe Allergenpotential für die Bevölkerung fernzuhalten. Leider werden in Deutschland oftmals nicht die notwendigen Maßnahmen ergriffen, um die Ambrosia wirksam zu bekämpfen und die weitere Ausbreitung zu unterbinden. Während einige Umweltbehörden argumentieren, dass das Auftreten neuer Pflanzenarten ein ständiger Prozess sei, der dynamischen Prozessen unterliege und durch den Menschen nicht beeinflusst werden könne/solle, fordern beispielsweise das Julius Kühn-Institut - Bundesforschungsinstitut für Kulturpflanzen (www.bba.bund.de/ambrosia) und in Hessen das Hessische Ministerium für Umwelt,

ländlichen Raum und Verbraucherschutz und die Wissenschaftler der Projektgruppe Biodiversität der Universität Frankfurt (www.ambrosiainfo.de) eindringlich Vorsorge- und Bekämpfungsmaßnahmen. Mit Informationsmaterial (Internet und Flyer) wird die Bevölkerung auf das Problem aufmerksam gemacht und aufgefordert, in ihrem Bereich die Ambrosia zu beseitigen. In einzelnen Städten, so auch in Frankfurt, nehmen die Ämter Meldungen über Ambrosiabestände entgegen und veranlassen deren Beseitigung in den stadteigenen öffentlichen Grünanlagen. Für die nicht im Zugriff der öffentlichen Hand liegenden Privatflächen bestehen – nicht zuletzt wegen fehlender gesetzlicher Regelungen – derzeit keine direkten Zugriffsmöglichkeiten.

Literatur:

Alberternst B, Nawrath S, Klingenstein F. *Biologie, Verbreitung und Einschleppungswege von Ambrosia artemisiifolia in Deutschland und Bewertung aus Naturschutzsicht. Nachrichtenbl. Deut. Pflanzenschutzdienst (2006) 58: 279-85*

Asero R. *Analysis of new respiratory allergies in patients monosensitized to airborne allergens in the area North of Milan. J Invest Allergol Clin Immunol. (2004) 14: 208-213*

Asero R. *The changing pattern of ragweed allergy in the area of Milan, Italy. Allergy (2007) 62: 1097-1099.*

Cecchi L, Torrigiani T, Albertini R, Zanca M, Ridolo E, Usberti I, Morabito M, Dall'Aglio P, Orlandini S. *The contribution of long-distance transport to the presence of Ambrosia pollen in central northern Italy. Aerobiologica (2007) 23: 145-151.*

D'Amato G, Spieksma FT, Liccardi G, Jäger S, Russo M, Kontou-Fili K, Nikkels H, Wüthrich B, Bonini S. *Pollen-related allergy in Europe. Allergy (1998) 53: 567-78.*

Egger M, Mutschlechner S, Wopfner N, Gadermaier G, Briza P, Ferreira F. *Pollen-food syndromes associated with weed pollinosis: an update from the molecular point of view. Allergy (2006) 61: 461-476*

Fumanal B, Chauvel B, Sabatier A, Bretagnolle F. *Variability and Cryptic Heteromorphism of Ambrosia artemisiifolia Seeds: What Consequences for its Invasion in France? Ann Bot (Lond). (2007) 100: 305-13. Epub 2007 Jun 16*

Laaidi M, Laaidi K, Besancenot JP, Thibaudon M. *Ragweed in France: an invasive plant and its allergenic pollen. Ann Allergy Asthma Immunol. (2003) 91: 195-201.*

Reinhardt F, Herle M, Bastiansen F, Streit B: *Ökonomische Folgen der Ausbreitung von Neobiota. Umweltbundesamt Texte (2003) 79/03, 248 S.*

Wichtige Internetadressen:

www.ambrosia.de
www.ambrosiainfo.de
www.bba.bund.de/ambrosia
www.polleninfo.de
www.acw.admin.ch

Korrespondenzanschrift

PD Dr. med. Ursel Heudorf
 Stadtgesundheitsamt Frankfurt
 Medizinische Dienste und Hygiene
Ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de



Kästchen: Informationen zu Ambrosia und Meldeformular; Internetseite der Arbeitsgruppe Biodiversität; www.ambrosiainfo.de

„Nur die Akteure vor Ort können die Situation vor Ort beurteilen“

4. Fachtagung für palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Bad Nauheim

Das Interesse an einer weiteren Vernetzung der palliativen Versorgung in Hessen ist unvermindert hoch: Über 200 ehrenamtliche Betreuer, Ärzte, Pfleger und einige Seelsorger nahmen am 9. April an der 4. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“ im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim teil. „Angst, Hilflosigkeit, Schmerzen und Einsamkeit belasten die Menschen am Ende ihres Lebens“, sagte die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe zu Beginn der Veranstaltung. „Wir wollen unsere Patienten daher gemeinsam mit allen uns in der palliativen Medizin und Betreuung zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Angst vor dem Sterben nehmen, sie begleiten und ihre Angehörigen unterstützen.“

Auch in diesem Jahr standen der Informationsaustausch und die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Sterbebegleitung beteiligten Berufsgruppen auf regionaler Ebene im Mittelpunkt der interdisziplinären Tagung (Schirmherrin: Hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger, Leitung und Moderation: Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Dr. med. Michael Popović), die gemeinsam von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen veranstaltet wurde. Darüber hinaus bot die Fachtagung Informationen zur aktuellen Gesetzgebung und einen Überblick über die vorhandenen Strukturen zur hospizlichen und palliativen Versorgung in den hessischen Regionen.

Für eine humane Sterbebegleitung

Eindeutig sprach sich Ärztekammerpräsidentin Stüwe gegen aktive Sterbehilfe aus und verurteilte gegenläufige Strömungen, die einen Hamburger Händler ermutigt hätten, kürzlich

eine „Suizidmaschine“ zu präsentieren. „Noch haben sich die Krankenkassen erstaunlicherweise nicht dazu geäußert“, bedauerte Stüwe und forderte deren Vertreter zu einer klaren Stellungnahme auf. Dass die wachsende Ökonomisierung inzwischen auch vor dem Sterben nicht mehr zurückschrecke, mache deutlich, dass das Thema Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung wichtiger sei denn je. Stüwe plädierte dafür, die Palliativmedizin als Bestandteil des Medizinstudiums zu etablieren. Auch die Moderatoren Professor Loch und Dr. Popović machten deutlich, wie wichtig es sei, für eine humane Sterbebegleitung – möglichst zuhause – einzutreten.

„In der schwächsten Phase des Lebens ist an der Menschenwürde unbedingt festzuhalten“, unterstrich Dr. Stephan Hölz vom Hessischen Sozialministerium in seinem Grußwort. Obwohl heute 80-90 % der Menschen in Krankenhäusern oder Heimen sterben, hofften die meisten, die letzte Zeit ihres Lebens in vertrauter Umgebung zu Hause verbringen zu können. Hölz bezeichnete die von menschlicher Zuwendung getragene Sterbebegleitung durch Hospizarbeit und Palliativmedizin daher als wichtig und sprach sich für ein partnerschaftliches Miteinander beider Bereiche aus. Grundsätzlich begrüßte er die nach dem § 37 b des Sozialgesetzbuches V formulierten neuen Be-

schlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV). So werde dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen. Kritisch merkte Hölz jedoch an, dass wichtige Richtlinien, wie die zur Spezialisierung der Leistungserbringer und Vorschläge zur interprofessionellen Zusammenarbeit, vage blieben. „Nur die Akteure vor Ort können die Situation vor Ort beurteilen“, hob Hölz hervor.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Dr. Thomas Schindler, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, teilte die Bedenken in seiner Analyse der neuen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. So sei die Absicht des Gesetzgebers, die palliative Versorgung im Zuge der 2007 verabschiedeten Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) zu fördern, zwar gut, aber offensichtlich nicht gut vorbereitet gewesen. Schindler nannte den Gesetztext und auch die später erlassenen Richtlinien an einigen Stellen unbestimmt. So hätten nur ca. 10 % der Sterbenden einen besonderen Versorgungsbedarf; das Gros der Patienten würde weiterhin von den Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung betreut. Wie lassen sich die 10 % identifizieren, gibt es Instru-

mente dafür und wer regelt das? Auf diese Fragen gäben die neuen Beschlüsse keine Antwort. Auch werde nicht gesagt, wer die Leistungserbringer seien. Schindler meldete außerdem Bedenken der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin an, ob die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ als Qualifikation ausreiche, um dem – im Bereich Palliativmedizin durchaus erfahrenen Hausarzt – unterstützend zur Seite zu stehen. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband hätten auf Bundesebene gemeinsam Vorschläge und Empfehlungen vorgelegt, berichtete Schindler. Man wisse jedoch nicht, wie rasch diese umgesetzt würden.

Enge Kooperation aller Beteiligten

„Sollen wir warten? Und wie lange?“, fragte Pfarrer Peter Otto von der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospize Hessen. Man warte schon geraume Zeit auf das SAPV-Programm, auf seine Präzisierung durch Richtlinien und auf die Umsetzung. Noch handele es sich bei SAPV

allerdings um ein „verpacktes Überraschungsei“. Zugleich dränge sich der Eindruck auf, dass die Einrichtung realer Palliative-Care-Teams von einigen Beteiligten gar nicht wirklich erwünscht sei. Ein Zeichen dafür sei, dass das vom Gesetzgeber bereit gestellte Geld zwar vorhanden sei (80 Mio Euro allein für das Jahr 2007), aber wegen des brutalen Verteilungskampfes nicht abgerufen wurde. „Lassen Sie uns nicht mehr abwarten, sondern gestalten wir die Umsetzung vor Ort in Hessen mit“, appellierte Otto daher. Dies erfordere eine enge Kooperation aller an der Sterbebegleitung Beteiligten und die Einsicht in die Gleichwertigkeit der vier Säulen der palliativen Betreuung: medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Versorgung. In Hessen seien Zusammenarbeit und Vernetzung der an der Sterbebegleitung beteiligten Berufsgruppen auf der Grundlage der vergangenen drei Fachtagungen in Bad Nauheim aufgebaut worden. „Lassen Sie uns nicht länger warten, sondern das Feld selbst bestellen“, forderte Otto.

Dass die regionale Vernetzung auch im letzten

Jahr erfolgreich fortgeschritten ist, zeigten die Berichte aus sechs hessischen Regionen. In Diskussionen und Workshops wurden weitere Unterstützungsangebote und Strukturen zur Verbesserung der Arbeit erörtert (siehe nachfolgender Bericht von Sigrid Blehle). Ein mögliches Unterstützungsangebot können Regionale Hospiz- und Palliativkonferenzen (RHPK) sein, die von gemeinsamen Arbeitsgruppen aus Vertretern örtlicher Gesundheitsämter, Bezirksärztekammern der Landesärztekammer, der LAG Hospize und der KASA getragen werden sollen. Ihre Aufgabe wird es sein, die vorhandenen Strukturen in den Regionen zu beraten, zu unterstützen und die Kommunikation in der Versorgung zu fördern. Die Teilnehmer der 4. Fachtagung waren sich darin einig, dass es zukünftig darauf ankommen muss, auch in den ländlichen Regionen Hessens nachhaltige Strukturen zu schaffen, wie sie in den Ballungsgebieten bereits existieren. Zugleich soll der Kreis der Menschen, die sich im Bereich der hospizlichen und palliativen Versorgung engagieren, erweitert werden.

Katja Möhrle

Vorträge und Workshops am Nachmittag

Am Nachmittag hält Elisabeth Terno (KASA) ihren Vortrag über „die Idee der regionalen Hospiz- und Palliativkonferenzen (RHPK). Ziel dieser Konferenzen soll sein, Netzwerkarbeit regional strukturiert fortzusetzen. Diese Konferenzen sollten in den sechs Versorgungsgebieten der Hessischen Krankenhausplanungsregionen ausgerichtet werden. Die Träger-schaft vor Ort könnte gemeinsam durch die Gesundheitsämter, die LAG Hospize, die Bezirksärztekammern und die KASA übernommen werden. Durch diese Konferenzen würden die Akteure unterstützt und entlastet, die Kommunikation untereinander verbessert werden. Von der Basis aus würden die Beteiligten unter Beachtung der vier Säulen der Hospizidee – die palliativmedi-

zinische, die palliativpflegerische, die psychosoziale und die spirituelle – mitgestalten. Das multiprofessionelle Handeln von Haupt- und Ehrenamt im palliativen und hospizlichen Bereich könnte besser abgestimmt werden. Es würden damit Kommunikationsplattformen auf drei Ebenen geschaffen werden – im Rahmen der Runden Tische, der RHPK und der hessenweiten Fachtagungen. Dies wäre eine gute Basis für eine suffiziente palliative und hospizliche Versorgung sterbender Menschen und deren Angehöriger, erläuterte Terno.

Danach folgte die Einteilung in die einzelnen Arbeitsgruppen. Dies bezog sich sowohl auf vorhandene Strukturen als auch auf eine kritische Reflexion der Situation

vor Ort. Hieraus resultierend sollten Verbesserungspotentiale formuliert werden. So berichteten aus der Region Kassel Dr. med. Elisabeth Lohmann und Michael Poetsch, aus Fulda/Bad Hersfeld berichteten Dr. med. Ulrike Mäthrich und Manuela Straub, aus Frankfurt/Offenbach Professor Dr. med. Kaesemann und Monika Müller-Herrmann, aus Wiesbaden/Limburg Dr. med. Harald Braun und Lothar Lorenz, aus Gießen/Marburg Martin Leimbeck und Judith Pfeiffer de Fragoza und aus Darmstadt berichteten Dr. med. Mathias Pfisterer und Doris Kellermann. Im Rahmen dieser Workshops wurde die Bestandsaufnahme der vorhandenen Strukturen mit kritischer Reflexion der Situation vor Ort ergänzt. Hierbei stellten die Teilnehmer fest,

dass teilweise noch unbekannte Doppelstrukturen existieren.

Forderung nach finanzieller Absicherung

In allen Regionen sind mittlerweile regionale Runde Tische aktiv. Der Impuls hierzu ging von der letzten Fachtagung aus. Wünschenswert sei jedoch eine bessere Strukturierung der Runden Tische, verbunden mit einer neutralen aber kompetenten Moderation z.B. durch die Gesundheitsämter oder die KASA. Auch soll hier eine gemeinsame und effektive Öffentlichkeitsarbeit angesiedelt sein. Ergänzend ist die Erarbeitung eines Internetauftritts für Hessen geplant. In Nordhessen als einziger Region fehle noch ein I.V.-Vertrag. Als gemeinsames Ziel wurde formuliert, dass endlich eine finanzielle Absicherung der geleisteten Arbeit erfolgen müsse. Es solle Klarheit bezüglich der Kostenübernahmen geschaffen werden. Nur so könne dann nachhaltig die Breitenversorgung sichergestellt werden.

Innerhalb der verschiedenen Regionen erstreckt sich das Spektrum der vorhandenen Strukturen von rudimentär bis professionell. Im ambulanten Bereich gibt es oft gute Netzwerkstrukturen, funktionierende Kooperationsverträge und regional gute Schmerzversorgung. Beklagt wurde, dass insbesondere im ländlichen Bereich mangelhafte Entwicklungsstrukturen existierten. Im Bereich der Pflegeheime gäbe es auf der einen Seite eine gute Palliative-Care-Ausbildung, auf der anderen Seite jedoch eine mangelhafte Versorgung mit einer adäquaten Schmerztherapie. Im Bereich der Krankenhäuser sei eine gute spirituelle Begleitung, eine suffiziente Anwendung einer entsprechenden Schmerztherapie, eine adäquate Symptomkontrolle und eine gute Zusammenarbeit durch gute persönliche Kontakte vorhanden. Kritisiert

wurde das Konkurrenzdenken untereinander und die fehlende Vernetzung im Bereich der ambulanten Strukturen. Hier solle es das erklärte Ziel sein, ein verbessertes Entlassungsmanagement und eine verbesserte Informationsweitergabe in den ambulanten Bereich umzusetzen. Anzustreben sei eine 24-h-Erreichbarkeit von Ärzten mit palliativmedizinischer Qualifikation für Pflegedienste und Familien und erweiterte Beratungsangebote. Für kleine Hospizvereine ohne hauptamtliche Mitarbeiter sei darüber hinaus finanzielle Hilfe notwendig.

Multiprofessionelle Ausbildung, interdisziplinärer Ansatz

Für eine effektive Netzwerkarbeit brauche man eine externe, ordnende Kraft, mehr Aus-, Fort- und Weiterbildung und mehr Wissen umeinander. Bei der Ausbildung in



Berichte aus der Praxis

Palliative Care sei eine multiprofessionelle Ausbildung (Pflege, Ärzte, Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) und ein interdisziplinärer Ansatz in der Aus- und Weiterbildung wichtig. Besonders betont wurde hier die Fortbildung für die Sterbebegleiter bei Demenzkranken. Wünschenswert sei ein Fonds der Landesregierung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. An Unterstützung werden eine entsprechende Qualitätssicherung der Versorgung und eine klare Integration der Hospizdienste gewünscht. Dies könne idealer Weise durch einen multiprofessionell ausgerichteten Qualitätszirkel ergänzt werden. Strukturell seien hierfür nicht zu viele Zirkel, jedoch eventuell eine RHPK jährlich sowie



angeregte Diskussionen in den Arbeitsgruppen

eine zentrale, überregional ordnende Kontaktstelle notwendig. Erforderlich seien darüber hinaus ganztägige überregionale Workshops.

Die zur Verfügung stehenden Instrumente sollen genutzt werden. Auch werden offene Netzwerke für Leistungserbringer gewünscht; bestehende Strukturen sollen abgestimmt werden. Zu wünschen ließe nach wie vor die Zusammenarbeit mit den Hausärzten, kritisierten die Teilnehmer. Hier bestünde ein erheblicher Nachholbedarf bezüglich der palliativen Kompetenz und einer kooperativen Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Auch könne die Schnittstelle Pflegedienst und Hausarzt noch optimiert werden. U.a. bestünde Nachholbedarf bei den Hausärzten bezüglich der Kenntnisse über BTM-Verordnungen. An dieser Stelle komme es immer wieder zu Engpässen. Die Einbindung von Physio- und Ergotherapie solle vermehrt erfolgen. Bei Vorhandensein eines ambulanten Palliativdienstes sei der reale Bedarf an nächtlichen Hausbesuchen gering, da ein entsprechendes Sicherheitsgefühl bei den Beteiligten präsent sei und tagsüber vorausschauend geplant werde. In Frankfurt werde dies durch ein zentrales Hospiz- und Palliativtelefon noch verstärkt. Ergänzt wurde, dass es ein Defizit an qualifizierter Sozialarbeit und psychoonkologischer Ver-

Eine Anleitung zur aktiven und professionellen Netzwerkarbeit wurde als wünschenswert bezeichnet und die Durchführung von Regionalkonferenzen mit Unterstützung eines externen Experten, wie z.B. KASA, ausdrücklich gewünscht. Diese sollten möglichst zwei Mal jährlich durchgeführt werden. Kleine Gruppen vor Ort sollten ihre Treffen nach wie vor in Eigenregie organisieren; bei ländlichen Strukturen müsse die Versorgung regional und sehr individuell z.B. über Kooperationsverträge gelöst werden. Alle Beteiligten waren sich einig, dass vorhandene Strukturen erhalten, gefördert und eingebunden werden müssen. Diesen solle die Möglichkeit gegeben werden, auf Augenhöhe mit Institutionen, die einen I.V.-Vertrag abgeschlossen haben, innerhalb von entsprechenden Kooperationen zusammenzuarbeiten. Neben der Implementierung der I.V.-Versorgung und der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) solle unbedingt auch die allgemeine Palliativversorgung gefördert und weiterentwickelt werden.

sorgung gäbe. Ein Problem sei prinzipiell, dass keine soliden Zahlen vorlägen. So könne eine solide Bedarfsplanung nicht erstellt werden.

Professionelle Netzwerkarbeit

In der nachfolgenden Diskussion wurde durch Elke Kilz vom Hessischen Sozialministerium ergänzt, dass es mittlerweile für finanzschwache Hospizinitiativen eine Möglichkeit zur Finanzierung einer hauptamtlichen Arbeitskraft gäbe. Hierfür würde das Land Hessen 150.000 Euro zur Verfügung stellen. Grundsätzlich wurde betont, dass erhebliche Impulse von der letzten Fachtagung ausgegangen seien, die zur Gründung regionaler Tische geführt haben. Die Teilnehmer sprachen sich für eine Fortführung der überregionalen Fachtagungen aus, die auch zukünftig als Plattformen für eine hessenweite Netzworkebildung und einen hessenweiten Erfahrungsaustausch zur Verfügung stehen sollen.

Darüber hinaus wurde einhellig die Meinung vertreten, dass der Druck auf die Politik verstärkt werden solle. Es sei nicht zu verantworten, dass 60.000 betroffenen Patienten nur deshalb eine adäquate Versorgung vor-enthalten werde, weil sich die Verantwortlichen über die Art und Weise der Mittelverwendung nicht einig werden.

Sigrid Blehle
Fotos: S. Blehle



Dr. Mathias Pfisterer im Einsatz als Moderator

Große der Chirurgie

Ein philatelistisches ABC Hans Hermann Dietrich

Großen der Chirurgie soll diese Markenreihe gewidmet sein. Mit den kleinen Bildern einer alphabetischen Reihe soll ihrer gedacht sein und sie vor der Vergessenheit bewahren.



Asklepios wurde als Gott der Heilkunde verehrt. Der angebliche Sohn des Apollo und der thessalischen Königstochter Phlegias war wahr-

scheinlich ein thessalischer Fürst, der als Heilkundiger Wunderheilungen durchgeführt haben soll. Der von Epidaurus ausgehende Asklepioskult gelangte bis Rom. Heilende Kräfte wurden den Zungen von Hund und Schlange, den ursprünglichen Symbolen des Asklepios zugeschrieben. Der Äskulapstab bildet noch heute das Symbol der Ärzteschaft.



Böhler, Lorenz (1885 – 1973) gilt als Vater der konservativen Knochenbruchbehandlung. In Österreich schuf er die Voraussetzungen für die Eigenstän-

digkeit der Unfallheilkunde. Im ersten Weltkrieg errichtete er das erste Speziallazarett für Schussbrüche in Bozen. Später gründete er sieben Unfallkrankenhäuser. Sein Lebenswerk war gekennzeichnet durch eine straffe Organisation, klare Typisierung, exakte Dokumentation und genau aufgezeichnete Behandlung jedes Traumas.



Czerwiakowski, Raphael Josef (1743 – 1816) wechselte als ursprünglich Geistlicher mit Genehmi-

gung des Vatikans zur Medizin. In Krakau lehrte er neben Anatomie und Geburtshilfe vor allem Chirurgie. Sein Hauptwerk besteht in einer umfangreichen mit vielen Zeichnungen ausgestatteten Verbandslehre.



Doppler, Christian Joh. D. (1803 – 1853) gab dem Doppler-Effekt seinen Namen. Seine Entdeckung 1842 beinhaltet das Gesetz in der Wel-

lenlehre, dass erhöhte Schwingungen von Licht- oder Schallwellen bei Annäherung zu Frequenzsteigerung führen. In der gesamten Medizin wie in Angiologie und Chirurgie wird heute auf die Doppler-Methode nicht mehr verzichtet.



Eisenbarth, Johann Andreas (1663 – 1727) galt lange Zeit als marktschreierischer Wanderarzt, dessen Heilmethoden in aller Munde waren. So wurde er weltbekannt. Jedoch weiß man heute,

dass gemessen an seiner Zeit er als Arzt ein gediegenes Wissen und Können besaß. Dieser Stein- und Bruchschneider war ein Vorkämpfer der Chirurgie. Da wohl sein Ruf nach neueren Forschungen nicht so negativ war, wurde er von seinem König zum Hofrat gemacht.



Filatow, Wladimir Petrowitsch (1875 – 1956) Professor für Augenheilkunde in Odessa machte sich durch Operationen vor allem auf augenärztlichem

Sektor einen Namen. 1931 übertrug er als erster Hornhaut von frischen Leichen auf Patienten mit Hornhauttrübung. Die Filatowsche Gewebetherapie bedeutet Einpflanzung von tierischem oder menschlichem Gewebe als biogene Stimulation.



Galen, Claudius (um 129 – um 199) war neben Hippokrates der bedeutendste Arzt der Antike. Aufbauend auf der Vier-säftelehre (Blut, Schleim, gelbe und schwarze

Galle) entwickelte er wirksame Behandlungsmethoden wie Diätetik, Pharmakotherapie und Chirurgie. Er war Gladiatorenarzt und Leibarzt Marc Aurels.



Halsted, William Stewart (1852 – 1922) rechnet zu den bedeutendsten Chirurgen der neueren Zeit. Der Professor für Chirurgie an der Universität

John Hopkins in Baltimore führte bereits 1884 die Eigenblutinfusion aus, schuf ein Jahr später die Cocainanästhesie und verwendete erstmalig Gummihandschuhe beim Operieren. Mit Bassini entwickelt er eine Methode der Hernienradikal-Operation.



Karbolspray gehört unweigerlich zum Namen von

Lord Josef Lister (1827 – 1912), Professor für Chirurgie in Edinburgh. Mit seinem Karbolspray wurde er zum Begründer der

Historisches

Antisepsis und gab damit der Chirurgie den Boden zu ihrem großen Aufschwung. Listers Erfolge basierten auf den Ergebnissen von Louis Pasteur.



Leriche, René (1879-1955) gilt als einer der bedeutendsten Chirurgen Frankreichs. Er nannte die Operation das größte und wichtigste aller Experimente. Er trat für ein behutsames und schonendes Operieren ein. Sein Hauptarbeitsgebiet betraf Magen und Gefäße. Er entdeckte die Bedeutung des vegetativen Nervensystems.



Moniz, Antonio Caetano de Abreu Freire Egas (1874 – 1955) Professor in Lissabon erhielt 1949 den Nobelpreis für Medizin für seine Entdeckung des therapeutischen Wertes der präfrontalen Leukotomie bei gewissen Psychosen. Er wurde damit zum Begründer der Psychochirurgie. Zeitweilig fungierte er als Botschafter seines Landes und als Außenminister.



Nachtigall, Gustav (1834 – 1884) wurde zunächst Militärarzt, ging dann aus Krankheitsgründen nach Nordafrika. Dort wurde er Chefarzt der Marine. Er durchquerte die Sahara, wobei er als Forscher und Arzt tätig wurde. Der Mann, der nur kurz als Chirurg tätig sein konnte leistete Großes für die Wissenschaft, wie ihm Virchow bescheinigte und

errang Ruhm als deutscher Kolonialpolitiker, der Togo und Kamerun für Deutschland erwarb.



Paré, Ambroise (1510 – 1590), Vater der französischen Chirurgie entdeckte bereits mit 19 Jahren als Wundarzt der Armee neu die für die Chirurgie so wichtige Gefäß-

unterbindung. Er verbesserte Trepanation und Frakturbehandlung. Das übliche Ausgießen von Wunden mit siedendem Holunderöl ersetzte er durch kühlende Verbände. Als erster erkannte er den Schenkelhalsbruch, für Amputierte ließ er Kunstglieder anfertigen. 30 Jahre zog der von der Truppe vergötterte Heereschirurg durch die Lande.



Rydygier, Ludwig (1850 – 1920) stammte aus Westpreußen. Als erster wurde er auf den chirurgischen Lehrstuhl der Fakultät Lemberg berufen. Er entwickelte eine neue Methode zur Therapie der Pseudarthrose und ersann ein Verfahren zur Lappenplastik nach Oberschenkelamputation. Pylorusresektion und Splenopexie sind mit seinem Namen verbunden.



Sauerbruch, Ferdinand (1875 – 1951) wurde zum unumstrittenen Führer der deutschen Chirurgie. Mit seiner pneumatischen Kammer eröffnete

er der Thoraxchirurgie neue Möglichkeiten. Im 1. Weltkrieg schuf er seine willkürlich beweglich künstliche Hand. Die Naht einer verletzten Lunge und die Verwandlung des offenen in einen geschlossenen Pneumothorax gehören zu seinen Verdiensten. Seine Laufbahn wurde gekrönt durch den Ruf an die Charité.



Vesalius, Andreas (1514 – 1564) Professor der Chirurgie in Padua und Leibarzt Kaiser Karls V. forderte die Autopsie zur genauen Erkenntnis des menschlichen Körpers und

begründete damit die neuzeitliche Anatomie. Er wird als tüchtiger Chirurg beschrieben, der als erster 1544 eine Oberarmamputation durchgeführt habe.



Die Betrachtung großer Vorbilder auf kleinen Marken und die Darstellung eines Operationsteams möge dem unbekannten Chirurgen in aller Welt ein Denkmal setzen, der in selbstloser Arbeit Tag für Tag unermüdlich seine Pflicht tut und das verwirklicht, was die Großen einst vorlebten.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hans Hermann Dietrich
Tannenweg 3
35066 Frankenberg/Eder

Umsatzsteuer auf Befundberichte für Versorgungsämter

Ärzte sind verpflichtet, Anfragen von Versorgungsämtern in Schwerbehindertenangelegenheiten zu beantworten und eingeforderte Befundberichte zeitnah zu erstellen. Die Vergütung hierfür ist mehr als gering. Hinzu kommen noch unterschiedliche Auffassungen zwischen Versorgungsämtern und Finanzbehörden über die Umsatzsteuer, die letztlich auf dem Rücken der Ärzte ausgetragen werden.

Für Verärgerung sorgt dabei insbesondere die restriktive Haltung der Versorgungsämter, den Ärzten nicht die von ihnen berechnete Umsatzsteuer auf Befundberichte zu erstatten. Ärzte, deren umsatzsteuerpflichtige Einnahmen im Vorjahr Euro 17.500,- überschritten haben bzw. voraussichtlich Euro 50.000,- im Jahr der Veranlagung übertreffen werden, haben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 UStG Umsatzsteuer an das Finanzamt abzuführen. Diese wird von den Finanzämtern in jedem Fall auch eingefordert, unabhängig davon, ob Versorgungsämter dem Arzt Umsatzsteuer gezahlt haben oder nicht.

Versorgungsämter benötigen in der Regel für ihre Entscheidungen in Schwerbehindertenangelegenheiten das Wissen der behandelnden Ärzte. Dieses fordern sie durch Befundberichte ohne nähere gutachtliche Äußerung im Sinne der Nummer 200 der Anlage 2 zu § 10 Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) ein. Die Vergütung beträgt hier Euro 21,-.

Das Hessische Landessozialgericht hat in seinem noch nicht rechtskräftigen Urteil vom 29. August 2007 (AZ.: L 4 SB 15/07) entschieden, dass auf die Vergütung nach Nummer 200 der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG die begehrte Umsatzsteuer zu ersetzen ist. Das Gericht vertritt die Auffassung, aus dem Wortlaut des Gesetzes gehe eindeutig hervor, dass der umsatzsteuerrechtliche

Leistungsbegriff durch die Verwendung der Worte „Honorar“ und „Leistung“ im Zusammenhang mit dem sachverständigen Zeugen erfüllt sei. Zwar könne die Verwaltung bei dem Arzt als sachverständigen Zeugen grundsätzlich zunächst davon ausgehen, dass dieser nach § 19 Abs. 1 Satz 1 UStG von der Erhebung der Umsatzsteuer ausgenommen sei, weil die dort genannten Umsatzgrenzen nicht überschritten würden. Sofern der Arzt für seine Leistungen nach dem JVEG aber Ersatz der auf die Vergütung entfallenden Umsatzsteuer begehrt, sei er verpflichtet, im Zweifelsfall seine Veranlagung zur Umsatzsteuer gegenüber der Verwaltung nachzuweisen. Ohne einen solchen Nachweis sei die Verwaltung nicht verpflichtet, Umsatzsteuer zu ersetzen.

Das Gericht stellt damit klar, dass bei nachgewiesener Veranlagung Umsatzsteuer von den Versorgungsämtern auch zu bezahlen ist.

Im allgemeinen Geschäftsleben würde jeder wirtschaftlich denkende Unternehmer bei einer derartigen Konstellation seine Leistung von einer Kostenübernahme des Auftraggebers abhängig machen, die auch die Umsatzsteuer enthielte. Dieses wirtschaftliche Handeln ist Ärzten aufgrund ihrer Verpflichtung zur Abgabe derartiger Befundberichte nach dem Sozialgesetzbuch – die sich auch in § 25 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen widerspiegelt – verwehrt. Sie müssten letztlich bei jeder auf die Umsatzsteuer entfallenden Rechnungskürzung durch die Versorgungsämter einen rechtsmittelfähigen Bescheid einfordern und hiergegen gerichtlich vorgehen bzw. das Ruhen des Verfahrens bis zu einer Entscheidung durch das Bundessozialgericht beantragen. Dies kann aber weder im Sinne der Versorgungsämter noch der Ärzte sein.

Aus diesem Grunde hat sich die Präsidentin Dr. med. Ursula Stüwe mit den oben genann-

ten Argumenten an die Hessische Staatsministerin Silke Lautenschläger gewandt, damit diese sich bei den Versorgungsämtern für die Ärzte einsetzt. Dem Hessischen Landesamt für Versorgung und Soziales wurde von der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen das gleiche Anliegen unterbreitet. Die Bundesärztekammer wurde um Unterstützung auf Bundesebene durch Einwirken auf das Bundesfinanzministerium gebeten.

Silke Lautenschläger hat in ihrer Antwort an die Präsidentin die Auffassung des Landes Hessen kurz skizziert und im Ergebnis auf die ausstehende Entscheidung beim Bundessozialgericht verwiesen. Bis zu einer Entscheidung durch das Bundessozialgericht wird – so Silke Lautenschläger – in Hessen keine Umsatzsteuer für Befundberichte im Rahmen der Durchführung des SGB IX erstattet werden.

Somit bleibt es bei der unbefriedigenden Situation, dass Ärzte gegen jeden Bescheid des Versorgungsamtes, der nicht die beantragte Umsatzsteuer ausweist, rechtlich vorgehen müssen. Ihnen kann nur empfohlen werden, Widerspruch gegen diese Bescheide einzulegen und hier auf das Urteil des Hessischen Landessozialgerichtes sowie die ausstehende Entscheidung des Bundessozialgerichtes zu verweisen. Parallel dazu sollte ggf. unter Einbeziehen eines Steuerberaters bei dem Finanzamt eine Stundung der Umsatzsteuer in diesen Fällen nachgefragt werden.

Rechtsabteilung

Aktueller Stand der Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten in Hessen

Liina Baumann, Roland Kaiser

Nach den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ der Bundesärztekammer [1] haben die Landesärztekammern die Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten zu überwachen und zu unterstützen. Dazu gehören insbesondere:

1. Fortbildung der Qualitätsbeauftragten¹ sowie der Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten gemäß TFG [2],
2. Überwachung und Prüfung der Bestellung ausreichend qualifizierter ‚Qualitätsbeauftragter Ärzte für Hämotherapie‘ sowie deren Beratung und Unterstützung,
3. Entgegennahme der jährlichen Qualitätsberichte Blutprodukte anwendender Einrichtungen.

Fast alle der LÄKH bekannten Blutprodukte anwendende überwachungspflichtige Einrichtungen haben inzwischen Qualitätsbeauftragte bestellt und gemeldet, teilweise erfüllen diese aber noch nicht alle Qualifikationsanforderungen der BÄK-Richtlinien. Die Tätigkeit vieler Qualitätsbeauftragter ist nicht vertraglich geregelt und wird nicht adäquat vergütet, ferner bestehen noch offene Fragen hinsichtlich des Einschlusses in die ärztliche Haftpflichtversicherung. Die Einreichung der jährlichen Qualitätsberichte bei der LÄKH hat sich zwar verbessert, ist aber noch nicht zufriedenstellend. Eine neue Formatvorlage für Qualitätsberichte steht zur freiwilligen Nutzung als Download auf der LÄKH-Homepage zur Verfügung.

1. Fortbildung zur Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten

Bereits seit 2006 führt die Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie des Universitätsklinikums Marburg regelmäßig Fortbildungskurse – sowohl für ‚Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie‘ (40 Std.) gemäß der Hämotherapie-Richtlinie als auch für Transfusionsbeauftragte/-verantwortliche i.S.d. TFG (16 Std.) – durch. Am 7. März 2008 fand im Rahmen der 7. Marburger Transfusionsgespräche der erste Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie statt. Von den insgesamt 69 Teilnehmern waren 24 in Hessen aktiv tätige Qualitätsbeauftragte Hämotherapie. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer kam aus anderen Bundesländern. Im Rahmen dieses Workshops wurde u.a. über Praxis und Ergebnisse der Überwachung verschiedener Landesärztekammern berichtet und praktische Probleme der Qualitätsbeauftragten, wie z.B. arbeitsvertragliche Regelung ihrer Tätigkeit oder Haftpflichtversicherung, diskutiert. (Offenbar ist vielen Haftpflichtversicherern die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter Hämotherapie bisher nicht ausreichend bekannt bzw. sie sind noch nicht zu einer angemessenen Bewertung des damit verbundenen Risikos in der Lage.) Auf Wunsch der Teilnehmer soll eine zweite Veranstaltung dieser Art im Frühjahr 2009 in Mannheim folgen.

2. Überwachte Einrichtungen und ‚Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie‘

2.1. Anzahl der Einrichtungen und Qualitätsbeauftragten²

Bei der LÄKH sind im Rahmen der Überwachung inzwischen 203 Einrichtungen gemeldet. Von diesen wenden 141 Einrich-

tungen Blutprodukte an und unterliegen der Überwachungspflicht. Weitere 15 fallen unter die Sonderregelung 1.6.2.1 der Richtlinie (Anwendung von weniger als 50 Erythrozytenkonzentraten pro Jahr), 40 wenden (zurzeit) keine Blutprodukte an, und von sieben Einrichtungen liegen uns trotz mehrfacher Nachfragen immer noch keine ausreichenden Daten vor.

Von den uns bekannten 141 Blutprodukte anwendenden Einrichtungen haben 140 einen Qualitätsbeauftragten Hämotherapie benannt. Dabei handelt es sich um insgesamt 92 verschiedene Personen. (Ein Qualitätsbeauftragter kann für mehrere Einrichtungen bestellt sein.) Von diesen erfüllen 17 Personen aber auch nach Ablauf der Übergangsfrist zum 5. November 2007 [3] immer noch nicht die von den Richtlinien geforderten Qualifikationsvoraussetzungen.

2.2. Schriftliche Befragung der hessischen ‚Qualitätsbeauftragten Hämotherapie‘ 2007

Im Dezember 2007 wurden alle 88 damals der LÄKH namentlich bekannten Qualitätsbeauftragten Hämotherapie mittels standardisierten Fragebogens schriftlich und anonym befragt. Neben allgemeinen Daten wie Berufsalter, berufliche Qualifikation oder Dienststellung wurde unter anderem nach Umfang und Art der Tätigkeit als QbA Hämotherapie, Verlauf der Bestellung und Einschluss der QbA-Aufgaben in die Berufshaftpflicht gefragt. 65 %, d.h. insgesamt 57 Personen, antworteten³.

Berufserfahrung und Qualifikation

Die überwiegende Mehrheit der Antwortenden (90 %) ist mehr als zehn Jahre ärztlich tätig und/oder hat bereits eine

² Alle nachfolgend angegebenen Daten beziehen sich auf den Stichtag 15. April 2008.

³ Nachfolgende %-Angaben beziehen sich auf diese Antwortenden als Grundgesamtheit.

¹ Aus Gründen der Einfachheit wird nicht nach Geschlechtern differenziert und einheitlich die männliche Form benutzt.

Facharztanerkennung. 73 % arbeiten in einem Krankenhaus – davon über die Hälfte als Oberärzte, 20 % sind niedergelassen. Die meistgenannten Fachgebiete waren Anästhesie, Innere Medizin und Transfusionsmedizin (29 %, 21 % bzw. 15 %). 42 % hatten die 200-Stunden-Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ absolviert.

Umfang und Art der Bestellung

72 % sind nur für eine Einrichtung bestellt, 23 % wurden für mehrere Einrichtungen einer Kategorie (z.B. Krankenhaus oder Praxis) und 5 % für mehrere Einrichtungen verschiedener Kategorien bestellt. Bei den Mehrfachbestellungen erfolgten 56 % nur durch einen Träger und 44 % durch verschiedene Träger von Einrichtungen. Fast drei Viertel der Bestellten haben sich entweder aktiv für die Bestellung beworben (20 %) oder konnten sich selbst für die Tätigkeit entscheiden (54 %). Bei mehr als 1/4 erfolgte die Bestellung jedoch per Delegation ohne eine echte Möglichkeit der Ablehnung. Die Mehrheit der Bestellten sind Angestellte/r der Einrichtung bzw. des Trägers (68 %), 15 % sind Praxisinhaber. Die sonstigen Antworten (17 %) verteilen sich auf freiberufliche Tätigkeit, Angestellter einer Blutprodukte produzierenden Einrichtung, Angestellter in einer Praxis. Der Umfang der Tätigkeit richtet sich erheblich nach der Größe der Einrichtung. Die Mehrheit benötigt pro Einrichtung bis zwei Std./Monat. Bei langen Anfahrtswegen und für größere Einrichtungen kann der Zeitaufwand jedoch höher liegen.

Arbeitsvertragliche Regelungen und Vergütung

Unbefriedigend ist immer noch die vertragliche Regelung der Tätigkeit. 2/3 der Qualitätsbeauftragten wurde die Tätigkeit „formlos“ und ohne einschlägige vertragliche Regelung übertragen. Besondere Regelungen/Ergänzungen des Anstellungsvertrages oder gesonderte Werkverträge haben weniger als 1/3 der Befragten. Sonstige Regelungen wurden von ca. 10 % getroffen. Mehr als 4/5 der Qualitätsbeauftragten erhalten keine Vergütung für diese Tätigkeit. Einen funktionsabhängigen Zuschlag, eine Gehaltsanpassung oder Zeitausgleich bekommen ca. 10 %. Eine vertraglich frei vereinbarte Vergütung (z.B. im Rahmen von Werkverträgen über selbständige Tätigkeit) nannten 8 %.

Weisungsunabhängigkeit der Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter

Die von der Richtlinie verlangte Unabhängigkeit ist bei der Mehrheit der für Krankenhäuser Tätigen nach eigener Einschätzung voll (43 %) oder in der Regel (51 %) gegeben. Immerhin 7 % hielten diese Unabhängigkeit aber kaum für gegeben. Bei den in oder für Praxen Tätigen liegt der Anteil der volle Unabhängigkeit Angebenden mit 82 % erwartungsgemäß deutlich höher.

Haftpflichtschutz

Lediglich 1/5 der Antwortenden haben ihre private Haftpflichtversicherung über die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragte informiert. (In 42 % dieser Fälle erfolgte bisher keine Reaktion seitens des Versicherers. Bei 42 % wurde das ‚Risiko‘ zwar akzeptiert aber gleichzeitig die Prämie erhöht.) Insgesamt nur 1/4 der haben den Einschluss in ihre eigene Haftpflichtversicherung geklärt oder eine Bestätigung des Auftrag- bzw. Arbeitgebers über den Einschluss in dessen Versicherung.

3. Qualitätsberichte der überwachten Einrichtungen

Von den 141 zu überwachenden Einrichtungen erhielten wir für das Jahr 2007 bislang (Stand: 15. April 2008) 102 Qualitätsberichte. Das bedeutet, dass 1,5 Monate nach der Abgabefrist immer noch 1/4 der Qualitätsberichte fehlen. Es zeigt sich zwar eine deutliche Verbesserung zum Vorjahr [3] – als zufriedenstellend kann die Situation jedoch noch nicht bezeichnet werden. Für das Jahr 2007 konnten die Qualitätsberichte erstmalig auch unter Nutzung einer von der LÄKH als Download zur Verfügung gestellten Formatvorlage⁴ verfasst werden. Dieses Angebot wurde sehr gut angenommen und wird deshalb

⁴ Diese Vorlage wurde mit einigen anderen Landesärztekammern abgestimmt, ist dort in ähnlicher Form im Einsatz und soll u.a. vergleichende Auswertungen des Standes der Qualitätssicherung in verschiedenen Bundesländern ermöglichen.

weitergeführt. Falls erforderlich, können auch zukünftig Qualitätsberichte frei formuliert werden und es sind, soweit zweckmäßig und erforderlich, auch Ergänzungen und Anlagen zu den Berichten im Standardformat möglich.

Referenzen:

1. *Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes. (In der Fassung vom 17.4.2007 - vgl. BAnz vom 19.5.2007 S. 5075 f) - www.baek.de*
2. *Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG) in der Fassung vom 28.8.2007 - www.gesetze-im-internet.de*
3. *L. Baumann und R. Kaiser: Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten durch die Landesärztekammer Hessen - Ablauf der Übergangsfrist, HÄBL 9/2007, S. 549*

Weiterführende Literatur:

- V. Kretschmer, H. Gombotz u. G. Rump: *Transfusionsmedizin - Klinische Hämotherapie, Kurzlehrbuch für Klinik und Praxis, Thieme, 2008*
- *Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten - www.baek.de*

Korrespondenzadresse

Dr. med. Roland Kaiser
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt
E-Mail: qs@laekh.de

Volker Kretschmer, Hans Gombotz, Gerhard Rump (unter Mitarbeit von Monika Weipert-Kretschmer): **Transfusionsmedizin – Klinische Hämotherapie**. 200 Seiten, kartoniert. Thieme Verlag. 2008. ISBN: 978-3-13-145751-6. Euro 39,95.

Das Kurzlehrbuch des ‚interdisziplinären Autorenteam‘ Kretschmer (Transfusionsmediziner), Gombotz und Rump (Anaesthesisten) wendet sich weniger an den transfusionsmedizinisch Erfahrenen als vielmehr beginnend beim Medizinstudenten der klinischen Semester über den Assistenten in Weiterbildung bis hin zum Facharzt verschiedener Fachgebiete an alle, die praktisch anwendbare und doch wissenschaftlich aktuelle transfusionsmedizinische und hämotherapeutische Kenntnisse in einer kompakten und übersichtlichen Darstellung benötigen.

An eine einleitende kurze Übersicht über die mittlerweile sehr detaillierten gesetzlichen Bestimmungen sowie Richt- und Leitlinien zum Einsatz von Blut und Blutprodukten schließt sich eine Darstellung der physiologischen und klinischen Auswirkungen der Anämie an. Es folgen Kapitel zu:

- Blutgruppenantigenen und -antikörpern, erythrozytären Blutgruppensystemen, immunhämatologischer Diagnostik und transfusionsmedizinischer Bedeutung von Blutgruppenantikörpern
- Hämostasestörungen und deren Diagnostik und Komplikationen
- Anwendung von Blut- und Blutkomponenten
- Prophylaxe und Therapie von Blutungskomplikationen
- Notfall- und Massivtransfusionen
- Risiken und unerwünschten Wirkungen bei der Anwendung von Blutprodukten
- Autologer Hämotherapie

Alle diese Kapitel sind übersichtlich gegliedert und strukturiert und durch zahlreiche Tabellen, Abbildungen und Flussdiagramme aufgelockert. Dies erleichtert die Lesbarkeit und auch das rasche, gezielte Nachschlagen von Einzelinformationen. Am Ende jeden Kapitels finden sich Literaturreferenzen. (Für die Aktualität des Buches spricht, dass sich darin auch viele Hinweise auf Publikationen des Jahres 2007 finden.)

Im 10. Kapitel entwerfen die Autoren ein hämotherapeutisches Gesamtkonzept, das auch logistische und organisatorische Aspekte bis hin zur Dokumentation berücksichtigt. Im Anhang finden sich schließlich noch verschiedene nützliche Tabellen und Übersichten (z.B. marktgängige Gerinnungs- und Inhibitorpräparate oder hämatologische Referenz- und Normalwerte – auch für Früh- und Neugeborene) sowie Muster eines Anamnesebogens zur Erfassung von Blutungsneigungen oder einer Patienten-Einverständniserklärung für die Anwendung von Blutprodukten. Ein alphabetisches Sachverzeichnis rundet das Werk ab.

Das neue Kurzlehrbuch kann als Lehrbuch bereits Studenten in den klinischen Semestern, als Auffrischungs- und praxistaugliches Nachschlagewerk dem klinisch mit transfusionsmedizinischen und hämotherapeutischen Fragen konfrontierten Arzt und insbesondere auch allen Ärzten, die sich als Transfusions- oder Qualitätsbeauftragte mit Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten befassen, guten Gewissens empfohlen werden.

Die drucktechnische Ausstattung ist ansprechend und der Preis dem Gebotenen durchaus angemessen.

Dr. med. R. Kaiser
Landesärztekammer Hessen

Angehörigenbetreuung: Eine stabile Entscheidung für eine Organspende

Dietmar Mauer, Sabine Moos

Bundesweit ist die niedrige Zustimmungsrates einer der wichtigsten Faktoren, die einer Organspende entgegenstehen. Aufgrund der deutschen Gesetzeslage (erweiterte Zustimmungslösung) ist die Zustimmung zur Organspende eine unabdingbare Voraussetzung zur Organspende. Daher hat das Angehörigengespräch mit der Bitte um Organspende, neben der intensiven Aufklärung der Öffentlichkeit, einen hohen Stellenwert für das Zustandekommen einer Organspende.

Wenn der Tod eines geliebten Menschen plötzlich und unerwartet eintritt, ist dies für Angehörige ein erschütterndes und tiefgreifendes Erlebnis. Eine zusätzliche Belastung stellt die Konfrontation mit der Diagnose „Hirntod“ dar. Entgegen den üblichen Vorstellungen, wie ein verstorbener Mensch aussieht, wird die Familie nach der Todesnachricht mit einem nicht erwarteten Bild konfrontiert. Obwohl der Tod des Familienmitglieds von den Angehörigen rational verstanden wird, werden die intensivmedizinisch aufrechterhaltene Herzaktion und Körperwärme des hirntoten Patienten von vielen Angehörigen auf der Gefühlsebene nach wie vor als Lebenszeichen gedeutet.

In der Vergangenheit kam es in vereinzelten Fällen dazu, dass Angehörige von verstorbenen Organspendern ihre Entscheidung zur Organspende bereuten, wenn sie in der Akutsituation schlecht betreut wurden und drängende Fragen, z.B. zur Sicherheit der Hirntoddiagnostik oder der Qualität der Organentnahme, unbeantwortet blieben. Diese Familien können das Thema Organspende belasten, entwickeln sich in Einzelfällen zu Meinungsbildnern gegen die Organspende und können zu einer Verunsicherung in der Öffentlichkeit führen. Dem gegenüber ist es wichtig, über die positiven Erfahrungen

der Mehrzahl der Angehörigen, die einer Organspende zustimmten, zu berichten. Patientenverbände haben vereinzelt Aktionen gestartet um dem verstorbenen Organspender und seiner Familie zu danken. Gesellschaftliche Formen der Anerkennung der positiven Entscheidung zur Organspende von Spenderfamilien wie es sie in anderen Ländern gibt, sind bisher in Deutschland nicht etabliert. Auch eine flächendeckende Angehörigenbetreuung über die Akutsituation hinaus ist hierzulande nicht standardisiert.

Betreuende Ärzte und Pflegekräfte erleben den Umgang mit den trauernden Angehörigen ebenfalls belastender als die Versorgung des Organspenders. Hilfestellungen für Intensivpflegekräfte zum Umgang mit Angehörigen eines hirntoten Patienten und damit eines möglichen Organspenders sind dringend erforderlich.

Angehörigenprojekt der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)

In Deutschland wurde der Betreuung von Angehörigen während und nach postmortalen Organspende bisher keine große Bedeutung beigemessen. Da auch offizielle Formen der gesellschaftlichen Anerkennung bundesweit fehlten, entwickelte die DSO-Region Mitte das Angehörigenprojekt. Das Projekt ist eine erste Initiative, die Betreuung der Angehörigen flächendeckend in drei Bundesländern (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) auch über die Organspende hinaus sicherzustellen. In das Projekt ist zudem die Weiterbildung des Intensivpersonals in der Angehörigenbetreuung integriert.

Die betroffenen Familien und die behandelnden Teams im Krankenhaus werden sowohl in der Akutsituation als auch in der Zeit nach einer realisierten Spende durch die Koordinatoren der DSO aktiv unterstützt. Die Angehörigenbetreuung wäh-

rend der Organspende umfasst verschiedene Bereiche: vom Erstkontakt auf der Intensivstation, dem Gespräch über eine mögliche Organspende, der Gestaltung des Übergangs in den OP, der Abschiednahme nach der Explantation bis hin zur Betreuung der Spendefamilien nach der Organspende.

Im Anschluss an die Organspende erhalten die Familien in angemessenem zeitlichem Abstand, wenn sie es wünschen, einen Dankesbrief durch den betreuenden Koordinator. In diesem Brief wird auch anonym über das Ergebnis der Transplantation berichtet.

Ungefähr ein Jahr nach der Organspende werden die Angehörigen von der DSO zusammen mit erfahrenen Psychologen zu einem Seminartag eingeladen. Dabei wird es den Angehörigen ermöglicht, auch mit anderen Familien in Kontakt zu treten. Koordinatoren der DSO beantworten alle Fragen zum Ablauf der Organspende, zur Hirntoddiagnostik und Verteilung der Organe. Außerdem bedanken sich langjährig transplantierte Patienten stellvertretend für alle persönlich bei den Angehörigen. Seit 2002 können Angehörige von Spendern einen speziell entwickelten Fragebogen ausfüllen, dessen Auswertung genutzt wird, die Bedürfnisse und die Situation der Angehörigen besser zu verstehen. Die Erfahrungen aus der Angehörigenbetreuung und die Erkenntnisse aus den Befragungen fließen in die Betreuungsarbeit der Koordinatoren ein und sind Grundlage für Empfehlungen zur Gesprächsführung und zur weiterführenden Betreuung der Angehörigen. Dabei sollen Hilfestellungen für den Umgang mit den Angehörigen dargestellt werden.

Betroffene Familien beurteilen die Organspende im Nachhinein überwiegend positiv. Die Ergebnisse der Befragung wirken

vielen Vorurteilen auf den Intensivstationen entgegen:

- Eine stabile Entscheidung für eine Organspende ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle (→ 90 Prozent) möglich. (Abbildung 1)
- Die Organspende erschwert nicht die Zeit der Trauer. (Abbildung 2)
- In den meisten Fällen (→ 90 Prozent) wurde bei der Bitte um die Organspende von den Angehörigen kein Druck empfunden. (Abbildung 3)
- In mehr als 50 Prozent hatten die Angehörigen die Ärzte auf die Organspende angesprochen oder hatten die Frage erwartet. (Abbildung 4)
- Die Abschiednahme nach der Organspende beugt negativen Vorstellungen (Entstellung des Leichnams durch die Organentnahme) vor und erleichtert den Beginn der Trauer. (Abbildung 5)

Die Ergebnisse dieser Untersuchung ermutigen das Intensivpersonal, die Frage nach der Organspende in allen Fällen des festgestellten Hirntodes zu stellen.

In Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Angehörigenbetreuung werden, basierend auf den Ergebnissen der Befragung, die Intensivteams gezielt in der qualitativ hochwertigen Betreuung der Angehörigen

geschult. Die während des Projekts erarbeiteten Leitlinien sind Grundlage für eine standardisierte Schulung.

Parallel dazu müssen die personellen und strukturellen Voraussetzungen (ausgebildeter Gesprächsführer, Gesprächsraum, Raum für die Abschiednahme) für ein qualitativ hochwertiges Angehörigengespräch beim Intensivpersonal kontinuierlich verbessert werden.

Leitlinie für die professionelle Gesprächsführung beim Angehörigengespräch für das Intensivpersonal

In speziellen Fortbildungen für Ärzte und Pflegende zum Thema Angehörigenbetreuung wird das Konzept der DSO-Region Mitte in den Krankenhäusern regelmäßig vermittelt.

Aus den Erfahrungen dieser Arbeit mit den Angehörigen und der Auswertung der Befragungsergebnisse wurde das Betreuungskonzept weiter entwickelt und eine Leitlinie zur Gesprächsführung für das Intensivpersonal erarbeitet. Diese Leitlinie ist mittlerweile Grundlage für die Gesprächsführung in vielen Kliniken der DSO-Region Mitte.

Eckpunkte sind die stufenweise Aufklärung der Angehörigen zu Krankheitsverlauf, Therapie, Prognose, Einleitung der Hirntoddiagnostik und die mögliche Organspende. Es gibt keinen optimalen Zeitpunkt für die Bitte um Organspende. Situationsbezogenes Handeln durch den erfahrenen Gesprächsführer nach Planung der Vorgehensweise im Team ist eine wichtige Voraussetzung. Auch äü-

ßere Rahmenbedingungen für dieses wichtige Gespräch spielen eine entscheidende Rolle (nicht auf dem Flur, nicht am Bett des Patienten, Raum mit Sitzgelegenheit für alle).

Ziel jedes Gespräches mit den Angehörigen über eine mögliche Organspende ist es, eine stabile Entscheidung der trauernden Familie im Sinne des Verstorbenen idealerweise für eine Organspende zu finden. Die DSO bietet jederzeit die Teilnahme eines Koordinators am Angehörigengespräch an. Dieser achtet auf bestimmte Rahmenbedingungen im Angehörigengespräch, um der Trauer- und Verlustsituation sowie dem Informationsbedürfnis gerecht zu werden. Die Gesprächsführenden (Personal auf der Intensivstation, Koordinator der DSO) sind in dieser kritischen Gesprächssituation Fürsprecher der Angehörigenfamilien, aber zusätzlich auch Fürsprecher der Patienten auf der Warteliste.

Gesprächsinhalt

- Wurde der Hirntod und damit Tod des Patienten verstanden?
(Falls nein, verbietet sich die Frage nach Organspende. Der Hirntod und seine Ursachen sollten erneut verständlich gemacht werden).
- Wie geht es jetzt weiter? (Beendigung der Intensivtherapie) Es empfiehlt sich mehrmals klar auszusprechen: „Ihr Angehöriger ist tot/verstorben“.
- Vor Beendigung der Intensivtherapie muss jedoch die Frage geklärt werden, ob der Verstorbene sich zu Lebzeiten zur Organspende geäußert hat, bzw. der mutmaßliche Wille des Verstorbenen hierzu ermittelt werden. Der Hinweis auf das Schicksal der Wartepatienten erklärt der Familie das „Warum“ dieser Frage.
- Vom Fragenden wird klar formuliert, dass die Entscheidung der Familie – egal wie sie ausfällt – akzeptiert wird.

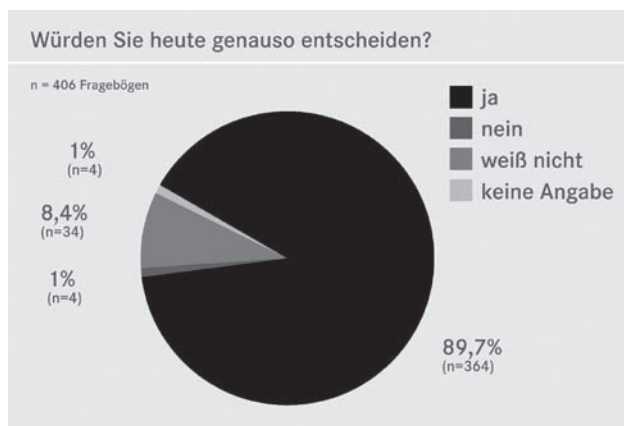


Abbildung 1

- Ist die Bitte um Organspende ausgesprochen, orientiert sich der Verlauf des Gespräches ganz an den Reaktionen der Angehörigen:

- Brauchen sie weitere Informationen?
- Brauchen sie Zeit, um untereinander die Frage zu besprechen?
- Gibt es Einigkeit innerhalb der Familie? Beim Gespräch mit unsicheren Angehörigen ist es wichtig, bei der Entscheidungsfindung zu helfen: „Brücken bauen“ bei der Entscheidungsfindung. Dabei helfen Fragen, die die Persönlichkeit des Verstorbenen charakterisieren sollen:

- War er/sie ein Mensch, der gerne geholfen hat?
- War er/sie ein Mensch, der gerne geteilt hat?
- War die Hilfe für andere ein wichtiger Lebensinhalt?
- War er/sie gemeinnützig tätig?

- Bei Ablehnung der Organspende:

- Akzeptanz der Entscheidung signalisieren.
- Weiteren Ablauf klären.

- Bei Akzeptanz der Organspende:

- Ablauf und Umfang der Entnahme besprechen
- über Verteilungskriterien der Organe informieren
- Verlauf nach Organspende (obligater Hinweis, auf die Möglichkeit den Verstorbenen nach der Entnahme noch einmal zu sehen)
- Info über Dankbrief/Angehörigentreffen und erforderliche Datenspeicherung
- Nennung von Ansprechpartner für spätere Kontaktaufnahme (Visitenkarte des Koordinators)

Im Rahmen des Gespräches erfolgt auch der Hinweis auf die Weiterbetreuung nach der Organspende.

Gesellschaftliche Anerkennung der Organspende

In Jahre 2004 erweiterte die DSO das Angehörigenprojekt. Angeregt durch internationale Beispiele (USA, Israel, Australien) veranstaltete das Team der Region Mitte eine öffentliche Ehrung von Angehörigen verstorbener Organspender. Unter dem Motto „Dem anonymen Organspender ein Gesicht geben“, trafen sich die Hessische Gesundheitsministerin Silke Lautenschläger am 13. November 2004 in Limburg an der Lahn und die Rheinland-Pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer am 10. Februar 2005 in Mainz mit betroffenen Familien. Im Saarland nahm Minister Hecken im November 2007 an einer Veranstaltung mit Angehörigen teil.

„Im Tod Leben schenken – dafür gebührt den Verstorbenen und ihren Familie Dank und gesellschaftliche Anerkennung. Gemeinsam mit der DSO wollen wir mit dieser Veranstaltung in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland ein bundesweites Zeichen setzen“, so die Sozialministerinnen und der Minister in ihren Ansprachen. Sie ermutigten die Angehörigen, selbstbewusst zu ihrer Entscheidung zu stehen und diese auch in die Öffentlichkeit zu tragen. Zuvor hatten sie an einer Gesprächsrunde mit den Angehörigen teilgenommen. Im Rahmen der öffentlichen Würdigung durch die Sozi-

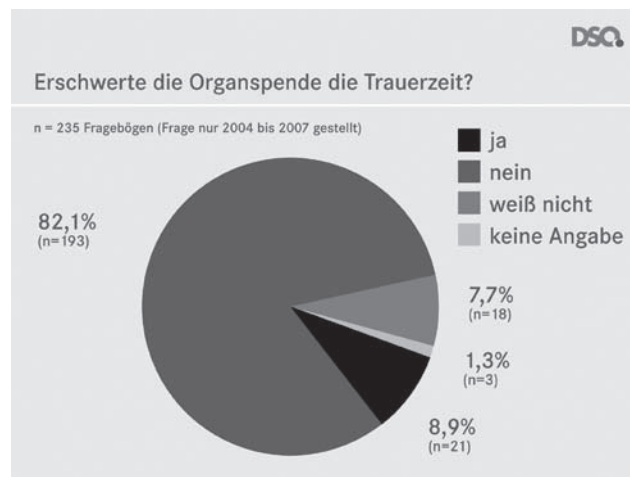


Abbildung 2

alministerinnen, den Minister und die DSO trugen die Familienmitglieder der Verstorbenen deren Namen in ein „Buch der Erinnerungen“ ein, während ein transplantierte Patient symbolisch eine Kerze für den Verstorbenen entzündete.

Ausblick

Angehörigenbetreuung im Umfeld der Organspende umfasst verschiedene Teilabschnitte, vom Erstkontakt auf der Intensivstation über die Abschiednahme nach der Organentnahme bis zur Betreuung Jahre nach der Organspende.

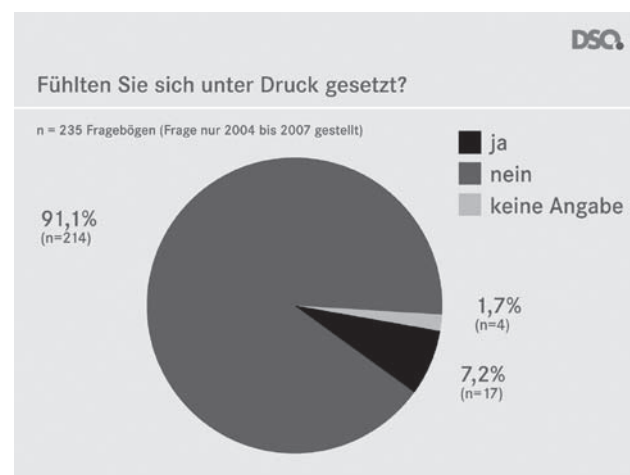


Abbildung 3

Wie haben Sie die Bitte um Organspende erlebt?			DSO
n = 406 Fragebögen			
überrascht	137	33,7%	
schockiert	36	8,9%	
Frage erwartet	164	40,4%	
selbst angesprochen	61	15%	
keine Angabe	8	2%	

Abbildung 4

Das Projekt stellt sicher, dass die Betreuung der Angehörigen auch über die Organspende hinaus gewährleistet ist, wenn dies von der Familie gewünscht ist. Die Angehörigen bleiben in Kontakt mit dem betreuenden Koordinator der DSO und können jederzeit bei Fragen oder Problemen Antworten bzw. Hilfestellung erhalten. Den Teilnehmern der Angehörigentreffen wird eine intensive Auseinandersetzung mit dem zurückliegenden Ereignis der Organspende ermöglicht. Angehörige von Organspendern können, wie keine an-

Realisierung einer Organspende wird für das Intensivteam niemals eine Routineaufgabe werden, ein professionelles Konzept hilft die erfahrene Belastung zu verringern. Ein Beispiel für eine erfolgreiche Umsetzung des Themas im Klinikalltag konnte 2007 an der Justus-Liebig-Universität in Gießen durch das Ausbildungsprogramm „Begleitung von Angehörigen im Entscheidungsprozess zur Organspende“ umgesetzt werden.

Die Würdigung und der Dank für die Organspende durch Vertreter der Politik und

der Gruppe, authentisch und überzeugend über ihre Motive zur Organspende berichten.

Das Projekt unterstützt Ärzte und Pflegende in den Krankenhäusern beim Umgang mit trauernden Angehörigen im Umfeld der postmortalen Organspende. Die

spende in der Öffentlichkeit und im Krankenhaus. Dies wird zukünftig die Organspendebereitschaft in Deutschland positiv beeinflussen.

Anschriften der Verfasser

Priv.-Doz. Dr. Dietmar Mauer

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Region Mitte

Haifa-Allee 2

55128 Mainz

E-Mail: dietmar.mauer@dso.de

Sabine Moos

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Region Mitte

Organisationsschwerpunkt Marburg

Halmburger Weg 4

35043 Marburg-Cappel

E-Mail: sabine.moos@dso.de

der DSO hilft den Angehörigen aus der Anonymität hervor zu treten und sie werden ermutigt, selbstbewusst zu ihrer Entscheidung zu stehen und diese in die Öffentlichkeit zu tragen.

Eine verbesserte Angehörigenbetreuung erhöht die Glaubwürdigkeit und Menschlichkeit der Organ-

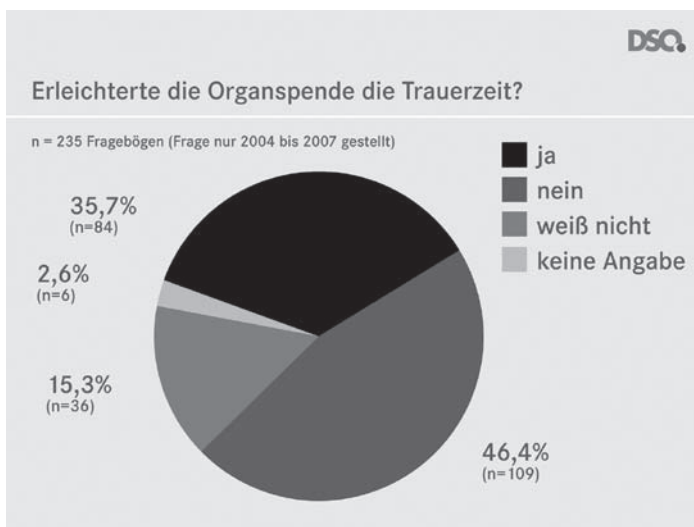


Abbildung 5

Das Versorgungswerk informiert:

Reich im Alter – oder reicht's im Alter?

Ärztinnen und Ärzte leben länger

Ärztinnen und Ärzte leben länger: ein heute 60-jähriger Arzt darf auf eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83,9 Jahre hoffen. Bei einer gleichaltrigen Ärztin beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung sogar 87,1 Jahre. Dieser Trend wird sich auch in Zukunft fortsetzen: für beide Geschlechter wird die durchschnittliche Lebenserwartung auf über 90 Jahre ansteigen.

Eine aktuelle Datenerhebung der Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungswerke (ABV) über die Jahre 2000 bis 2004 bestätigen nicht nur diesen Trend für die Angehörigen der berufsständischen Versorgungswerke, sondern zeigen, dass die Berufsständler sogar in höherem Maß von der Längerlebigkeit profitieren als die Durchschnittsbevölkerung.

Die Längerlebigkeit belastet die gesetzlichen und berufsständischen Rentenversicherungssysteme

Die an sich erfreuliche Tatsache der Längerlebigkeit der Menschen führt zu einer Belastung aller Rentenversicherungssysteme, unabhängig davon, ob es sich um ein umlagefinanziertes (wie die gesetzliche Rentenversicherung) oder um ein kapitalgedecktes (wie das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen) Rentenversicherungssystem handelt. Für alle Rentenversicherungssysteme gilt: je jünger ein Anspruchsberechtigter heute ist, desto stärker fällt die Belastung aus. Die o.g. Datenerhebung der ABV zeigt, dass sich bei den Berufsständlern die durchschnittliche Rentenbezugsdauer in den Jahren von 1970 bis 2005 um ca. 55 % verlängert hat.

Auf diese Problematik hat die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) mit einer Anhe-

bung der Altersgrenze für den Renteneintritt reagiert. Beginnend im Jahr 2012 wird das Renteneintrittsalter schrittweise erhöht, bis im Jahr 2029 das reguläre Renteneintrittsalter bei 67 Jahren liegt. Eine entsprechende Regelung für die Beamten wird wahrscheinlich folgen. Von den berufsständischen Versorgungswerken hat als erstes das Versorgungswerk der Ärztekammer Nordrhein in diesem Sinn gehandelt und das Renteneintrittsalter der dort rentenversicherten Kollegen und Kolleginnen schrittweise auf 67 Jahre festgelegt.

In einem leistungsfähigen Rentenversicherungssystem muss das Äquivalenzprinzip gewahrt sein

Im Gegensatz zur GRV stellt das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen ein kapitalgedecktes Rentenversicherungssystem dar. Das heißt, die zukünftige Altersrente eines Mitglieds wird ausschließlich aus den von ihm oder ihr eingezahlten und verzinsten Beiträgen aufgebaut. Ein dabei wesentliches, und daher in der Satzung des Versorgungswerkes verankertes Finanzierungsprinzip, stellt das sog. „Äquivalenzprinzip“ dar. Hierbei handelt es sich um eine versicherungsmathematische Balance zwischen eingezahlten Beiträgen und daraus resultierenden zukünftigen Verpflichtungen, d.h. Rentenzahlungen.

Wie oben bereits erwähnt weist die Datenerhebung der ABV schon jetzt eine Zunahme der Rentenbezugsdauer aus. Zuge sagte zukünftige Rentenleistungen sind aber nur dann erfüllbar, wenn auch das Äquivalenzprinzip weiterhin erfüllt ist, und die benötigten Mittel zurückgestellt werden.

Ein hierbei unbedingt zu berücksichtigender Aspekt sind die neuen berufsständi-

schen Richttafeln, die von Professor Heubeck im Frühjahr 2007 veröffentlicht wurden. Die Heubeck'schen Richttafeln 2007 weisen auf der Grundlage der Datenerhebung der ABV sämtlich versicherungsrelevanten Maßzahlen aus, so die

- Sterblichkeit, getrennt für Aktive, Invalide, Altersrentner, Witwen bzw. Witwer
- Invalidisierungswahrscheinlichkeiten auf der Grundlage der Berufsunfähigkeit nach Satzungsrecht
- Wahrscheinlichkeit im Todesfall einen Witwer bzw. eine Witwe zu hinterlassen
- Altersdifferenzen zwischen Berechtigten und Hinterbliebenen

Die Heubeck'schen Richttafeln 2007 sind also Generationentafeln und daher in besonderem Maße dazu geeignet, auch die zukünftige Erfüllbarkeit der Rentenverpflichtungen zu beurteilen sowie für eine generationengerechte Verteilung der Mehrbelastung aus der Längerlebigkeit der Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke, also auch der hessischen Ärztinnen und Ärzte, zu sorgen.

Die Anpassung der Beitrags- und Leistungstabellen ab dem 1. Januar 2008 stellt die Balance des Äquivalenzprinzips wieder her

Aktuell hat die Längerlebigkeit und die damit verbundene Zunahme der Rentenbezugsdauer der hessischen Ärztinnen und Ärzte das Äquivalenzprinzip aus der Balance gebracht. Der hieraus resultierende zusätzliche Finanzierungsbedarf beläuft sich auf ca. 576 Mio Euro. Im Hinblick auf die neuen Heubeck'schen Richttafeln hatte das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen bereits vorsorglich in den Jahren 2003 - 2005 74 Mio Euro zu-

rückgestellt. Weitere 75 Mio Euro konnten der Deckungsrückstellung aus Erträgen und Auflösung stiller Reserven in 2006 zugeführt werden. Im Interesse einer risikogerechten und soliden Finanzierung der Altersrenten sowie der Anwartschaften sollte die verbleibende möglichst zügig aufgebracht werden.

Im Dezember 2007 haben die Delegierten der Landesärztekammer Hessen eine Anpassung der Beitrags- und Leistungstabellen ab dem 1. Januar 2008 (Entlastung von 230 Mio Euro) und eine Verteilung des dann noch verbleibenden Restbetrages auf die kommenden fünf Jahre beschlossen. Durch diese Beschlüsse konnten die

Berechnungsgrundlagen für den Leistungsbezug über die Lebensalterstabellen angepasst werden.

Die Tabellenänderungen betreffen ausschließlich die Verrentung von Beiträgen, die ab dem 1. Januar 2008 eingehen. Die vor dem Umstellungsstichtag aus bereits geleisteten Rentenbeiträgen erworbenen Anwartschaften werden von diesen Maßnahmen nicht berührt. Das bedeutet also, dass die Kolleginnen und Kollegen, die bereits Rentenleistungen erhalten, von den o.g. Änderungen nicht betroffen sind. Vielmehr wirken sich die Änderungen der Beitrags- und Leistungstabellen um so stärker aus, je jünger ein Mitglied des Versor-

gungswerkes der Landesärztekammer Hessen ist. Diese Mitglieder werden aber auch von der Längerlebigkeit am stärksten profitieren.

Fragen zu den Änderungen der Beitrags- und Leistungstabellen sowie deren Auswirkungen auf die individuelle Rentenleistung beantworten der Vorstand sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Mitgliederbetreuung des Versorgungswerkes gerne.

Susan Trittmacher

Brigitte Ende

Sabine Müller-Gebhardt

Schöne neue e-Health-Welt?

Diskussionsveranstaltung über Nebenwirkungen der „Elektronischen Gesundheitskarte“

In Aldous Huxleys 1932 erschienenem Roman „Brave New World“ wird die Gesellschaft von einer Handvoll „wohlmeinender“ Kontrolleure regiert. Dass sich der Titel der Diskussionsveranstaltung „Schöne neue e-Health-Welt?“ am 23. April in Frankfurt an die berühmte Literaturvorlage anlehnte, war kein Zufall. Noch für das Jahr 2008 plant das Bundesgesundheitsministerium den „Roll Out“ des milliarden schweren Projekts „Elektronische Gesundheitskarte“, obwohl der Deutsche Ärztetag 2007 ein ablehnendes Votum gegenüber der „e-card“ in der bestehenden Form abgegeben hatte. Auch der diesjährige Deutsche Ärztetag in Ulm wird sich mit dem Vorhaben befassen, das von vielen Ärztinnen und Ärzten als bedrohlicher Ausdruck staatlicher Kontrolle empfunden wird. „Die Gesundheitskarte hat nichts mit Gesundheit zu tun“, stellte Moderator Dr. med. Bernd Hontschik, Chirurg und Autor aus Frankfurt, zum Auftakt der Diskussion über die Nebenwirkungen der Karte fest, zu der die Frankfurter Regionalgruppe der

IPPNW-Ärzte in sozialer Verantwortung in Kooperation mit der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin, Regionalgruppe Frankfurt, in das Haus der KV Hessen eingeladen hatten. Es gehe vielmehr um die Speicherung von Patientendaten – nicht auf der Karte selbst, sondern auf sechs zentralen Servern, erklärte Hontschik und fügte mit feinem Lächeln hinzu: „Wer seiner Regierung vertraut, hat also überhaupt keinen Grund zur Aufregung.“

Auf dem Podium war man sich in der Ablehnung der „Elektronischen Gesundheitskarte“ in ihrer jetzigen Form einig. Als „gigantomanisches“ Projekt, das nach offiziellen Schätzungen zwischen sieben und acht Milliarden Euro kosten solle, bezeichnete die Präsidentin der Landesärztekammer, Dr. med. Ursula Stüwe, die „e-card“. Sie wies darauf hin, dass die Delegiertenversammlung der Kammer im November 2006 und im März 2008 einstimmige Beschlüsse gegen die „Elektronische Gesundheitskar-

te“ gefasst habe. Ein Nutzen der Karte für Ärztinnen, Ärzte und Patienten sei nicht erkennbar, wohl aber ein erhebliches Risiko: Immerhin sollen hochsensible Daten auf Servern gespeichert werden, die zu diesem Zweck an 365 Tagen im Jahr 24 Stunden lang reibungslos funktionieren müssten. Ungelöst sei auch die praktische Anwendbarkeit der Karte z.B. in Notfallsituationen, kritisierte Stüwe. Außerdem warf sie die Frage nach der künftigen Vernetzung und Verwertung der Daten auf. Als warnendes Beispiel nannte Stüwe die auf dem jüngsten nationalen DRG-Forum geäußerte Absicht, auch für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes Fallpauschalen zu erstellen. Wenn die Bundesregierung sich von der Einführung der „Elektronischen Gesundheitskarte“ mehr Wettbewerb erhoffe, müsse diesem Ansinnen eine Absage erteilt werden. „Wettbewerb passt nicht ins Gesundheitssystem“, urteilte Stüwe. Niemand könne sich seine Krankheit aussuchen.

„Wir befürchten eine totale Kontrolle“, begründete Dr. Ulrich Müller die Ablehnung der „e-card“ durch die Psychotherapeutenkammer Hessen. Die elektronische Datensammlung suggeriere Beherrschbarkeit von Krankheiten und Machbarkeit von Gesundheit. Tatsächlich führe die Karte jedoch keine Heilung herbei, sondern leite vielmehr einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen ein. Aus dem Kollektivvertragssystem werde ein Selektivvertragssystem, in dem die Verantwortung für Gesundheit individualisiert werde und sich der Patient von seinem Kostenträger beobachtet fühle. Im Zuge der Reform des Gesundheitswesens werde die Schweigepflicht immer weiter ausgehöhlt, was auch für das Verhältnis zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten eine Katastrophe sei: Gerade psychisch Kranke hätten Angst vor der Speicherung und Weitergabe ihrer Daten.

Die „e-card“ sei ein wesentlicher Baustein zur Umstrukturierung des Gesundheitswesens, unterstrich Dr. Elke Steven vom Komitee für Grundrechte und Demokratie in Köln. Der zentrale Schutz des Patienten – das Arztgeheimnis – werde zerstört und die Beziehung zwischen Arzt und Patienten in den Hintergrund gerückt. Steven sprach von einer „Mac-

donaldisierung“ des Gesundheitswesens, bei der es um Gesundheit als Ware und die Steuerung von Kosten und Nutzen gehe. Überdies mache die Karte Kontrolle möglich: Was hat der Patient für seine Gesundheit getan? Fraglich sei, ob die gespeicherten Daten gegen illegale Zugriffe technisch geschützt werden könnten. „Doch das, was legal möglich ist, ist schon erschreckend genug“, fasste Steven zusammen. Gegen die Einführung der „Elektronischen Gesundheitskarte“ spreche 1.) das Einlesen der Daten (die Versicherung wisse sofort, wer wann und wo beim Arzt ist), 2.) die so genannte „Freiwilligkeit“ der Datenspeicherung (viele Patienten seien mit der Beurteilung, welche ihrer Daten gespeichert werden sollen, überfordert, so dass die „Freiwilligkeit“ früher oder später zurückgenommen werde) und 3.) die Auswertung der Patientendaten durch die Krankenkassen. Bei den Testverfahren hätten nicht inhaltliche Fragen, sondern die technische Entwicklung der „e-card“ im Mittelpunkt gestanden. „Die Einführung der Karte muss ausgesetzt werden“, forderte Steven.

Uneingeschränkte Loyalität zu dem Patienten und Wahrung des Arzt-Patienten-Geheimnis: Dazu sei jeder Arzt durch den Hippokratischen Eid verpflichtet, hob Dr. med. Axel

Brunngraber von der Landesärztekammer Niedersachsen und Mitstreiter des Bündnisses „Stoppt die e-card“ hervor. Die „Elektronische Gesundheitskarte“ sei hingegen Ausdruck von Distanzentscheidungen, urteilte der Arzt, der zu den Antragstellern des Gegenantrags gegen die Bundesärztekammer auf dem Deutschen Ärztetag 2007 gehört. Die BÄK hatte trotz aller Bedenken dafür plädiert, dass sich die Ärzteschaft nicht von der „e-card“ abkoppeln solle. „Doch dabei sein, ist nicht alles“, argumentierte Brunngraber in Frankfurt. Er teilte Stevens Prognose von der „Macdonaldisierung“ des Gesundheitswesens, zu der die „Elektronische Gesundheitskarte“ einen wesentlichen Beitrag leisten werde. Obwohl das erste Testjahr fast ausschließlich schlechte Ergebnisse hervorgebracht habe, wolle das Bundesgesundheitsministerium in einem „Akt kollektiver Entmündigung“ die Karte einführen. „Nur die Bevölkerung weiß nicht, was auf sie zukommt“, sagte Brunngraber und forderte auf, die Patienten zu informieren. Dazu gehöre die Aufklärung über die Verflechtung von Wirtschaft und Politik. Moderator Hontschik kündigte eine große öffentliche Diskussionsveranstaltung über die „Elektronische Gesundheitskarte“ im September an.

Katja Möhrle

Fortbildungsseminar
„Medizin und Ökonomie“
Krankenhausökonomie, allgemeine Einführung in die Finanzierungsgrundlagen

vom 17. – 19. Juli 2008, Bundesärztekammer, Berlin

Moderation: Prof. Dr. Schlüchtermann, Universität Bayreuth

Dr. Bartmann, Ärztekammer Schleswig-Holstein

Das Verständnis betriebswirtschaftlicher Abläufe in der stationären und ambulanten Versorgung ist für Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit von großer Bedeutung. Um ökonomische Prozesse zu verstehen und aktiv mitzugestalten, sind fundierte Kenntnisse im Bereich der Ökonomie notwendig. Die Veranstaltung der Bundesärztekammer ist Bestandteil einer Fortbildungsreihe, die sich mit ökonomischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeiten befasst. Sie wendet sich an Ärzte in Klinik und Praxis, die Interesse daran haben, ihre Kompetenzen auf diesem Gebiet zu erweitern. Ziel der Fortbildung ist die Vermittlung von Kenntnissen der aktuellen ökonomischen Rahmenbedingungen in der stationären Versorgung und der Modelle zum Bürokratie- und Dokumentationsabbau sowie die Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Ökonom.

Weitere Themen:

- Sektorübergreifende Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitssystem
- MDK-Prüfverfahren, Zweitmeinungsverfahren
- MVZ
- Privatisierung von Universitätskliniken

Nähere Informationen erhalten Sie bei der Bundesärztekammer, Dezernat 1: Telefon: 030 400456-410 (Frau Dr. Engelbrecht), E-Mail: cme@baek.de

Arzneimittel und Fahrtüchtigkeit Günter Hopf

Medikamente können die Fahrtüchtigkeit eines Patienten aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung wie auch durch unerwünschte Nebenwirkungen gefährden. Unser Beitrag informiert über Sicherheitsrisiken von Arzneimitteln im Straßenverkehr. Ärztinnen und Ärzten wird empfohlen, ihre Patienten sorgfältig aufzuklären und dies auch zu dokumentieren.

Bereits vor einigen Jahren haben wir ausführlich über das mögliche Sicherheitsrisiko von Arzneimitteln im Straßenverkehr und die übertrieben erscheinenden offiziellen Warnhinweise berichtet (Rheini-

schen Ärzteblatt Februar 2004, Seiten 10 bis 13, unter www.aekno.de verfügbar im ÄrzteblattArchiv). Anlässlich einer Diskussion über dieses Problem bei der 50. Sitzung des ADAC-ÄrzteCollegiums nachfolgend einige aktuelle Hinweise.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen einer möglichen Verkehrsgefährdung bei erstmaliger oder einmaliger Gabe eines Arzneimittels und bei Dauergebrauch, zwischen Gefährdungen aufgrund der therapeutischen Wirkung und aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Erstmalige oder einmalige Anwendung

Bei erstmaliger Anwendung sollte ein verordnender Arzt die Hinweise in den Fachinformationen des Herstellers beachten, auch wenn diese häufig nur aus produkt haftungsrechtlichen Gründen erfolgen und vielfach unklar bleiben (zum Beispiel „nicht bekannt“, „vernachlässigbarer Einfluss“, „nicht untersucht“). Die Sicherheitsaufklärungspflicht des Arztes erfordert einen Hinweis für den Patienten, zum Schutz des verordnenden Arztes bei möglichen Klageverfahren dokumentiert in den Patientenunterlagen (zum Beispiel mit einem Buchstaben wie „V“).

In *Übersicht 1* sind die Arzneimittelgruppen aufgezählt, bei denen eine mögliche Beeinträchtigung bei einer Teilnahme im Straßenverkehr besteht – häufig in Kombination mit einer Einschränkung des Bedienens anderer „Maschinen“. Als Faustregel kann gelten: alle im Zentralen Nervensystem angreifenden (beginnend bei Koffein!) oder auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Arzneistoffe können sich bei erstmaliger Einnahme negativ auf die Fahrtüchtigkeit auswirken.

Dauergebrauch

Hier ist ein differenziertes, individuelles Vorgehen zu empfehlen. In der Regel kann

eine verträgliche Dauertherapie Krankheitssymptome ausgleichen und so eine Teilnahme am Straßenverkehr erst ermöglichen. Zwei Beispiele:

- Antiepileptika: Nach entsprechend langer Anfallsfreiheit (in der EU: 1/2, 1 oder 2 Jahre je nach Land und Art der Anfälle) unter der Therapie ist im Einzelfall zu prüfen, ob der Patient wieder in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu steuern.
- Opiate: Bei einer von einem erfahrenen Schmerztherapeuten genau titrierten Dauertherapie mit Opiaten ist in Einzelfällen eine Teilnahme am Straßenverkehr wieder möglich (Beispiel eines Patienten mit Phantomschmerzen im Expertengremium).

Therapeutische Wirkung und Nebenwirkungen

Der Wirkungsmechanismus eines Arzneimittels lässt in der Regel eine Abschätzung zu, ob der Patient am Straßenverkehr teilnehmen kann oder nicht. Zu unterscheiden sind – wie oben erwähnt – erstmalige Gabe und Dauergebrauch, zusätzlich auch die Dosis und die besonderen Eigenschaften des Patienten wie zum Beispiel Körpergewicht, Ernährung, Ausprägung und Art der Grunderkrankung, Komorbidität, Alter und unter Umständen auch genetische Besonderheiten. So wird bei ultraschnellen Metabolisierern Kodein so schnell in Morphin umgewandelt, dass bei stillenden Müttern eine Gefährdung des Neugeborenen eintritt. Ein Patient mit einer derartigen Genmodifikation gefährdet bei Teilnahme am Straßenverkehr nach Kodeineinnahme sich selbst oder andere.

Im Hinblick auf das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) mit Einfluss auf die Verkehrstauglichkeit ist es schwieriger, die Zulässigkeit einer Teilnahme am Straßenverkehr zu beurtei-

Übersicht 1

Arzneimittelgruppen mit (möglichem) Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit

Antiasthmatika
Antibiotika
Antidepressiva
Antidiabetika
Antiepileptika
Antihistaminika
Antihypertensiva
Antikoagulantien
Appetitzügler
Barbiturate
Digitalis-Glykoside
Grippemittel
Muskelrelaxantien
Narkotika
Neuroleptika
Nicht-steroidale Antiphlogistika
Ophthalmika
Opiate/Opioide
Sedativa/Hypnotika
Stimulantien
„traditionelle“ Arzneimittel wie Klosterfrau Melisengeist mit 79 Vol% Ethanol
Tranquilizer

Übersicht 2

Typisierung von UAW nach dem Grad der möglichen Gefährdung im Straßenverkehr und dem Grad Erkennbarkeit durch den Patienten (von A nach D zunehmendes Gefährdungspotential)

A UAW aufgrund des therapeutischen Wirkungsmechanismus, grundsätzlich bekannt, zum Beispiel:

- Müdigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen insbesondere unter Benzodiazepinen und ihren Derivaten, aber auch unter allen Psychopharmaka mit sedierenden Eigenschaften,
- Sehstörungen unter diagnostischer oder therapeutischer lokaler Anwendung von Ophthalmika,
- Müdigkeit unter Antihistaminika (gilt grundsätzlich auch bei den so genannten nicht sedierenden Antihistaminika) und Grippemitteln.

B Mit der therapeutischen Wirkung nicht verbundene, oft selten und akut eintretend, grundsätzlich aber bekannte UAW, zum Beispiel:

- anaphylaktische systemische Reaktionen nach zum Beispiel Diclofenac i.v. oder Hyposensibilisierungslösungen

C Von Patienten nicht oder schwer erkennbare oder einschätzbare UAW, zum Beispiel

- Amnesien unter kurzwirksamen Benzodiazepinen,
- Psychosen oder andere Wesensveränderungen unter Psychopharmaka, bekannt auch unter Antiinfektiva [3],
- Suizidgedanken, zum Teil auch durchgeführte Suizide unter Gyrasehemmern,
- schleichender Verlust kognitiver Fähigkeiten bei Arzneimittel mit anticholinergen UAW, insbesondere bei Älteren (Vertreter von vielen Arzneimittelgruppen wie Antiemetika, Bronchodilatoren, Glukokortikoide) [4].

D UAW aufgrund von Interaktionen

- Bei Multimedikation ist oft nicht absehbar, ob die Fahrtüchtigkeit durch Wechselwirkungen beeinträchtigt sein kann. Die Anzahl möglicher Wechselwirkungen steigt exponentiell mit der Anzahl der eingenommenen Arzneimittel. Eine exponentiell ansteigende Gefährdung kann insbesondere für eine Kombination von Arzneimitteln gelten, bei denen entsprechende Warnhinweise bei Teilnahme am Straßenverkehr bekannt sind (vergleiche die Kombination von psychotropen Arzneistoffen mit Äthylalkohol, auch mit freiverkäuflichen ethanolhaltigen Arzneimitteln wie Tonika oder Herzweine)

len. Für das Auftreten einer UAW gelten individuelle und situative Besonderheiten stärker als bei therapeutischen Wirkungsmechanismen. Zusätzlich sind UAW generell schwierig zu erkennen, vor allem wenn sie einen Krankheitszustand imitieren oder eine bereits bestehende Erkrankung verschlechtern (so genannte paradoxe UAW). In Übersicht 2 wurde versucht, anhand von Beispielen einige UAW nach dem Grad ihres Gefährdungspotentials für den Straßenverkehr zu typisieren.

Missbrauch, Sucht und Drogen

Die obigen Ausführungen gelten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch von Arzneimitteln. Eine Teilnahme am Straßenverkehr ist verboten bei

- Arzneimittelmisbrauch und Arzneimittelsucht
- gleichzeitigem Alkoholkonsum (vor allem mit ZNS-wirksamen Arzneimitteln)
- gleichzeitiger Einnahme von Drogen wie

Cannabisprodukten, Amphetaminen, Kokain, Heroin, LSD oder Rauschpilzen

Da die Nachweismethoden für diese Stoffe sehr empfindlich sind und es derzeit keine unteren Grenzwerte für diese Stoffe im Hinblick auf die Fahruntüchtigkeit gibt (bei Cannabis in Diskussion), empfiehlt sich bei Verdacht auf Drogensucht eine vorbeugende Beratung. Das Strafmaß (Bußgeld bei folgenloser Drogenfahrt, Freiheitsstrafe, Geldstrafe und Führerscheinentzug bei einer Gefährdung des Straßenverkehrs) kann erheblich sein.

Beispiele für die Empfindlichkeit der modernen Nachweismethoden: Ein Cannabisjoint am Abend erzeugt am Morgen noch relevante Blutkonzentrationen von Tetrahydrocannabinol; Ecstasy auf einer Samstagabendparty führt zum Nachweis von MDMA noch am Montagmorgen.

Pflicht zur Sicherungsaufklärung

Grundsätzlich muss ein Teilnehmer am Straßenverkehr selbst Vorsorge treffen, durch vorliegende körperliche oder geistige Mängel andere Verkehrsteilnehmer nicht zu gefährden (§§ 1 und 3 StVO). Das vermindert aber nicht die Pflicht zur Sicherungsaufklärung des Arztes. Aus juristischer Ansicht muss ein Arzt in entsprechenden Fällen von sich aus den Patienten befragen, ob er gegenwärtig ein Kraftfahrzeug führt [1]. Bei uneinsichtigen Patienten kann sogar die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstandes gerechtfertigt sein. Diese Rechtsauffassung wurde 2007 bestätigt [2].

Etwas relativiert werden diese juristischen Hinweise dadurch, dass entsprechend einer nicht repräsentativen Umfrage bei Staatsanwaltschaften, Gerichten, Polizeidienststellen, der Gutachterkom-

mission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Gerichtsmedizinern und anderen Gutachtern keine oder nur wenige Fälle bekannt sind, in denen Medikamente bei bestimmungsgemäßem Gebrauch allein als mitursächlich für Verkehrsvergehen betrachtet wurden.

Häufiger sind Fälle mit Kombinationen von Arzneimitteln mit Alkohol oder Drogen, strafbestimmend war dabei jedoch der letztgenannte Gebrauch. Dies wird Anwälte nicht hindern, bei Verkehrsverstößen vor Gericht auf Strafmilderung für ihren Mandanten wegen angeblichen Fehlens einer entsprechenden Medikamentenaufklärung des Arztes zu plädieren oder gar ein Mitverschulden des Arztes anzunehmen. Daher gilt: Vorbeugen durch Aufklärung und deren Dokumentation ist hilfreich.

Literatur

1. H. Weltrich, *Zur Sicherheitsaufklärung des Arztes bei behandlungsbedingter Fahrunsicherheit*, Rhein. Ärztebl. 1997; (12): 17
2. H.D. Laum, *Patienten auf Fahrunsicherheit hinweisen*, Rhein. Ärztebl. 2007; (8): 15
3. T. Sorgenfrei et al., *Psychogene Wirkungen von Antiinfektiva*, AVP 2008; 35: 14
4. W. Eisenmenger, *Protokoll der 50.*

Sitzung des ADAC-ÄrzteCollegiums, München, 2007

Weitere Informationen

Nachfolgend einige Listen und Informationen über Arzneimittel im Straßenverkehr, die als Übersicht hilfreich, im Einzelfall jedoch zu pauschal sein können:

ABDA, Leitfaden „Arzneimittel und Straßenverkehr“, 2. Aufl. 1999, Eschborn
 ADAC, *Medikamente im Straßenverkehr*, München, 2005
 Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (bast): *Verkehrsteilnahme und -erleben im Straßenverkehr bei Krankheit und Medikamenteneinnahme*, M162, 2004
 W. Schubert et al. (Hrsg), *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung*, Kommentar, Kirschbaum Verlag Bonn, 2002

Dr. med. Günter Hopf ist Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie. Er leitet die Arzneimittelberatung der Ärztekammer Nordrhein.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Ärztekammer Nordrhein aus: Rheinisches Ärzteblatt: 3/2008

Übersicht 3

Hinweise für ärztliche Fragen und Empfehlungen an Verkehrsteilnehmer

- alle eingenommenen Arzneimittel berücksichtigen (Verordnungen mitbehandelnder Ärzte, aber auch freiverkäufliche!)
- auf Warnungen in der Packungsbeilage hinweisen (vor allem bei Ersteinnahme)
- Dosierungen vorgeben und vor Überdosierung warnen
- auf Langzeitwirkungen aufmerksam machen (Hang-over-Effekte am Morgen)
- verschreibungspflichtige Arzneimittel nie auf Empfehlungen von Freunden einnehmen
- eigenverantwortliche Einschätzung des Fahrvermögens vor Antritt und während einer Fahrt (regelmäßige Pausen bei langen Autofahrten)

Akute Pankreatitis - medikamenteninduziert?

Aus der Arbeit der Gutacher- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen
bei der Landesärztekammer Hessen

W. Rösch, K. Deppert

Zu den Pflichten des Arztes bei der Behandlung von Patienten gehört die Aufklärung über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), wie sie in der Gebrauchsinformation des entsprechenden Medikaments aufgelistet bzw. der aktuellen wissenschaftlichen Information zu entnehmen sind. Dabei genügt es nicht, den Patienten darauf hinzuweisen, sich durch das Lesen des „Waschzettels“ einen Überblick über mögliche Risiken der Pharmakotherapie zu verschaffen. Nicht immer ist es für den behandelnden Arzt, dem eine mangelnde Aufklärung vorgeworfen wird, so einfach wie im vorliegenden Fall, der dadurch geprägt ist, dass die Medikation des Arztes für den Schaden der Patientin nicht ursächlich war.

Kasuistik

Die 62-jährige massiv übergewichtige Patientin suchte am 23. Juli 2004 den behandelnden Arzt im Klinikum G. wegen exzessiv erhöhter Triglyzeride von 1.678 mg/dl auf. Unter einer Behandlung mit MCT-reicher Trinknahrung in Kombination mit einem Fibrat (Normalip pro) sowie Omega-3-Fettsäuren (4 Kapseln Omacor) täglich waren die Triglyzeride am 3. August 2004 auf 375 mg/dl abgefallen.

Am 15. August 2004 wurde die Patientin, bei der asymptomatische Gallensteine bekannt waren, mit einer schweren, akut haemorrhagisch-nekrotisierenden Pankreatitis stationär eingewiesen. Eine zunehmende pulmonale Insuffizienz sowie ein Pankreasabszess machte einen mehrwöchigen Aufenthalt auf der Intensivstation erforderlich.

Die Patientin lässt durch ihren Rechtsanwalt vortragen, dass diese noch nie Beschwerden von Seiten der Bauchspeicheldrüse geklagt habe. Der enge zeitliche Zusammenhang zwischen der Verordnung

fettsenkender Medikamente und dem Auftreten der akuten Pankreatitis mit einem Intervall von drei Wochen mache einen Kausalzusammenhang wahrscheinlich, zumal da die Gebrauchsinformation von Fenofibrat erwähne, dass es unter der Behandlung mit diesem Medikament zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse kommen könne. Über dieses Risiko sei die Patientin nicht aufgeklärt worden.

Der behandelnde Arzt trägt vor, dass exzessiv erhöhte Triglyzeride per se mit Pankreatitisschüben assoziiert seien und dass die Gefahr rezidivierender Pankreatitisschübe ein wesentlicher Grund für die Behandlung hoher Triglyzeridwerte sei. Zum Zeitpunkt der Vorstellung hätten laut Ultraschallbefund bereits Hinweise auf eine Schädigung der Bauchspeicheldrüse (Pankreaslipomatose) vorgelegen. Daher sei davon auszugehen, dass bereits vor Beginn der Therapie subklinische oder nicht diagnostizierte Pankreatitisschübe abgelaufen sein müssten. Hinweise auf eine akute Schädigung hätten zum Zeitpunkt der Vorstellung nicht bestanden.

Die von ihm eingeleitete Therapie einer Ernährungsumstellung mit MCT-reicher Trinknahrung zur Senkung sehr hoher Triglyzeridspiegel würden von ihm seit vielen Jahren mit gutem Erfolg praktiziert. Es gelänge mit dieser Maßnahme durch eine Beeinflussung des Lipidstoffwechsels in der Leber in aller Regel, die Werte in einen Bereich zu senken, der dann die Fortsetzung der Therapie mit Medikamenten ermögliche. Dieses Verfahren sei in seiner Ambulanz, die ein weit überregionales Einzugsgebiet schwerer Lipidstoffwechselstörungen habe, 100-fach mit gutem Erfolg durchgeführt worden, ohne dass es in einem einzigen Fall zu einer akuten Pankreatitis gekommen sei.

Zum Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung hätten klinisch keine Hinweise auf eine

akute Pankreatitis bestanden. Für die beiden Medikamente, nämlich Normalip pro und Omacor, die in der Therapie Anwendung gefunden hätten, seien mögliche Zusammenhänge mit der Entstehung einer akuten Pankreatitis nicht beschrieben bzw. so selten, dass dies in den Fachinformationen (Rote Liste) keine Erwähnung finde.

Die von der Patientin geäußerte Vermutung, die Auslösung des Pankreatitisschubes sei durch die rasche und effektive Senkung der Triglyzeride ausgelöst worden oder stehe in Zusammenhang mit der eingesetzten Medikation, sei äußerst abwegig. Im Gegenteil sei es eher wahrscheinlich, dass eine inkonsequente Therapie mit erneutem Anstieg der Triglyzeride einen entsprechenden Entzündungsschub ausgelöst haben könnte. Der Anwalt der Patientin trägt als Entgegnung auf die Ausführungen des beklagten Arztes vor, dass der Gebrauchsinformation des verwandten Fenofibrats folgender Satz zu entnehmen ist:

„Unter der Behandlung mit Fenofibrat wurde über das Auftreten von Entzündungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis) berichtet. Bei Patienten mit stark erhöhten Neutralfetten (schwere Hypertriglyzeridämie) kann dies auf eine nicht ausreichende Wirksamkeit des Arzneimittels, eine direkte Arzneimittelwirkung oder auf einen Sekundäreffekt zurückzuführen sein, der über eine Gallensteinbildung (Cholelithiasis) mit Verschluss des großen Gallengangs (D. choledochus) vermittelt wird.“ Der Gebrauchsinformation über die ebenfalls eingenommenen Omacor-Kapseln ist zu entnehmen: „Das Präparat ist nicht angezeigt bei bestimmten Formen von erhöhten Blutfettwerten (exogene Hypertriglyzeridämie, insbesondere bei Typ I und Hyperchylomikronämie). Es liegen nur begrenzte Erfahrungen bei bestimmten For-

men von erhöhten Blutfettwerten vor (sekundäre endogene Hypertriglyzeridämie, insbesondere bei nicht behandelter Zuckerkrankheit). Es liegen keine Erfahrungen für die Behandlung der Hypertriglyzeridämie in Kombination mit Fibrat vor“

Die Patientin ergänzt, es sei bei der stationären Aufnahme wegen akuter Oberbauchbeschwerden, die sich dann als akute Pankreatitis herausgestellt hätten, davon die Rede gewesen, dass die akute Pankreatitis durch Medikamente ausgelöst worden sei. Wenn der behandelnde Arzt aufgrund des Sonogramms meine, dass schon früher bei ihr Pankreatitisschübe abgelaufen seien, von denen er ihr nichts gesagt habe, dann hätte er mit besonderer Vorsicht vorgehen müssen und sie als Patientin darüber informieren und über ein mögliches Risiko aufklären müssen.

Seine einzige Aufklärung habe darin bestanden, dass die Eskimos, die sich hauptsächlich von Fisch ernährten, normale Blutfette hätten. Durch die Einnahme der Fischöl-Kapseln sei es außerdem zu Fetteinlagerungen an den Armen und Beinen gekommen. Warum die Blutfettwerte nicht über eine Blutwäsche gesenkt worden seien, wisse sie nicht. Dies sei sicher

schonender als eine lebensbedrohliche akute Pankreatitis in Kauf nehmen zu müssen. Zu einem erneuten Anstieg der Triglyzeride, wie sie der behandelnde Arzt annehme, hätte es nicht kommen können, da sie die Einnahmевorschriften genauestens befolgt habe.

Gutachterliche Stellungnahme

Ursache einer akuten Pankreatitis bei Frauen sind in 60 % ein Gallensteinleiden, in 30 % ein übermäßiger Genuss von Alkohol und in 10 % Stoffwechselstörungen (primärer Hyperparathyreoidismus, Hyperlipidämie), Medikamenteneinnahme sowie angeborene Gendefekte. Im vorliegenden Fall konkurrieren somit drei pathogenetische Faktoren, nämlich Cholelithiasis, Hyperlipidämie und Medikamente um die Wahrscheinlichkeit, eine akute Pankreatitis ausgelöst zu haben.

Bei der Patientin war jedoch die Hyperlipidämie durch medikamentöse Maßnahmen zum Zeitpunkt des Ausbruchs der akuten Pankreatitis bereits weitgehend beseitigt.

In den wenigen Fällen, wo eine exzessive Erhöhung der Blutfette als Auslöser einer akuten Pankreatitis angeschuldigt wird,

liegen die Triglyzeride meist über 5.000 mg/dl, sodass es zu einer Durchblutungsstörung des Organs kommt, weil nicht mehr genügend Sauerstoffträger im Blut zur Verfügung stehen. Dass eine rasche Senkung der Triglyzeride eine Bauchspeicheldrüsenentzündung auszulösen vermag, ist in der medizinischen Fachliteratur nicht belegt und somit extrem unwahrscheinlich.

Zieht man das neueste Lehrbuch der Gastroenterologie zu Rate (RIEMANN et al.: Klinische Gastroenterologie. Thieme, Stuttgart-New York 2008), so kommen in der Tat eine Vielzahl von Medikamenten, am häufigsten Aminosalicylate, Asparaginase, Azathioprin, Didasonin und Valproat in Frage. Unter den dort in einer Tabelle als gesicherte bzw. wahrscheinliche/mögliche Medikamente aufgelisteten 23 Substanzen (Tabelle 1) finden sich weder Fenofibrat noch Omega-3-Fettsäuren. Die zitierten Sätze aus der Gebrauchsinformation sind so weich formuliert, dass über Sekundäreffekte sowohl die unzureichend behandelte Hyperlipidämie als auch ein Gallensteinleiden als Kausalfaktoren aufscheinen.

Der Einwand des beklagten Arztes, aufgrund einer sonographisch nachgewiesenen Pankreaslipomatose sei von bereits früher abgelaufenen Pankreatitisschüben auszugehen, ist sachlich falsch. Bei der Pankreaslipomatose handelt es sich um eine Fettinfiltration des Organs, wie sie bei alten und insbesondere adipösen Patienten fast regelhaft zu finden ist. Eine Pankreaslipomatose geht ohne Funktionseinschränkung des Organs einher und beinhaltet auch keine erhöhte Anfälligkeit gegenüber exogenen und endogenen Noxen.

Mit einer jeden vernünftigen Zweifel ausschließenden Wahrscheinlichkeit lag bei der Patientin im August 2004 eine akute biliäre Pankreatitis vor, auch wenn sich die

Tabelle 1

Medikamente, die eine akute Pankreatitis auslösen können

Aminosalicylate	Ciclosporin
Asparaginase	Clozapin
Azathioprin	Foscarnet
Calcium	Furosemid
Didanosin	Interferon-alpha
6-Mercaptopurin	Metronidazol
Östrogene	Stavudin
Statine	Sulfonamide
Stiboglukonat	Tacrolimus
Sulindac	Tetracycline
Valproat	Thiaziddiuretika
Vincristin	
Kausaler Zusammenhang gesichert	Kausaler Zusammenhang wahrscheinlich/möglich

bei ihr bekannten Gallensteine bislang nicht klinisch bemerkbar gemacht hatten. Dabei kann es zum einen zu einer Steineinklemmung im Mündungsbereich des Gallen- und Bauchspeicheldrüsengangs kommen, zum anderen aber auch auf lymphogenem Wege, von einer Gallenblasenentzündung ausgehend, die Bauchspeicheldrüse mit infiziert werden. Die akute Schmerzsymptomatik am Aufnahmetag wäre durch eine Steineinklemmung präpapillär hinreichend erklärt, wobei die Blockierung des Sekretflusses des Bauchspeichels durch das inkarzierte Konkrement eine akute Pankreatitis zu initiieren vermag, ohne dass es zwangsläufig zu einem Verschlussikterus kommen muss. Eine am 28. Oktober 2004 durchgeführte Computertomographie zeigt nicht nur eine nekrotisierende Pankreatitis mit Ausbildung eines Pankreasabszesses als Spätkomplikation des Grundleidens, sondern auch eine Aerobilie, die nur dadurch entstanden sein kann, dass es zu einer Kommunikation zwischen den extra- und intrahepatischen Gallengängen und dem lufthaltigen Darm gekommen ist. Entweder ist somit ein Stein aus der steingefüllten Gallenblase in ein nahegelegenes Darmsegment, meist der Querdarm, durchgebrochen oder aber, was viel wahrscheinlicher ist, kam es zu einer vorübergehenden Steineinklemmung im Papillenbereich, was fast regelhaft zur Auslösung einer akuten Pankreatitis führt. Geht der vorübergehend eingeklemmte Stein dann spontan ab, meist unter heftigen Bauchschmerzen, kann eine Aerobilie resultieren, wenn der Schließmuskel im Papillenbereich (Sphincter Oddi) zerstört wird. Nicht selten kommt es auch zu einer spontanen Steinperforation in den Zwölffingerdarm knapp oberhalb dieses Schließmuskels, sodass dann über diese Perforationsöffnung, ähnlich wie bei einer operativ angelegten Choledochostoma – duodenos-

tomie, Luft in die Gallenwege aufsteigt. Wenn die von dem beklagten Arzt verordnete Medikation zur Senkung der erhöhten Blutfettwerte als Kausalfaktor nicht in Frage kommt, muss auch ein Aufklärungsfehler verneint werden. Eine medikamenten-induzierte akute Pankreatitis verläuft im übrigen meist blande als seriöse Form, nicht haemorrhagisch-nekrotisierend. Mit dem CT Nachweis der Aerobilie steht bei bekanntem Gallensteinleiden die biliäre Genese der akuten Pankreatitis außer Zweifel, ein vermeidbar fehlerhaftes ärztliches Verhalten des Beklagten liegt somit nicht vor.

Juristische Stellungnahme

Für den gegebenen Fall kam es auf Fehler des Arztes in Bezug auf die Medikation nicht an. Die akute Pankreatitis der Patientin war nicht auf die Verordnung fett-senkender Medikamente, sondern auf ein Gallensteinleiden zurückzuführen. Dies war durch die gutachterlichen Ausführungen des Sachverständigen, unterstützt durch einen CT-Befund, bewiesen. Sollte die Medikation des behandelnden Arztes für den Schaden der Patientin ursächlich sein, befindet er sich in einer schwierigen Lage. Es ist dann in erster Linie zu prüfen, ob die Verordnung trotz etwa bestehender Risiken geboten war. Die Medikation mit aggressiven bzw. nicht ungefährlichen Arzneimitteln ist als ein ärztlicher Eingriff im weiteren Sinne anzusehen (BGH, Urteil vom 15. März 2005, NJW 2005,1716,1717). Wie bei allen ärztlichen Maßnahmen sind bei der Medikation vermeidbare Gefahren auszuschließen und die jeweils risikoärmeren Arzneimittel zu wählen. Grundsätzlich darf sich der Arzt auf die Angaben und Instruktionen des Herstellers verlassen, soweit nicht Bedenken in der einschlägigen, bei ihm als bekannt vorauszusetzenden Fachliteratur dagegen sprechen. Hier hatte die Patien-

tin vorgetragen, auf dem Beipackzettel für das verordnete Fibrat sei darauf hingewiesen worden, dass es unter der Behandlung mit diesem Medikament zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse kommen könne. Sollte diese Behauptung zutreffen, hätte der behandelnde Arzt dieses Risiko bei seiner Medikation in Betracht ziehen und sich überlegen müssen, ob nicht ein Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkungsweise zur Verfügung stand, das die Patientin nicht einer solchen Gesundheitsgefahr ausgesetzt hätte. Es bedarf einer gewissenhaften Abwägung zwischen Nutzen und Risiken der geplanten Therapie. War die Verordnung auch angesichts der Risiken des Medikaments vertretbar, so scheidet ein Behandlungsfehler in Bezug auf die Medikation selbst aus. Hingegen könnte der Arzt einen solchen Fehler durch mangelhafte Aufklärung des Patienten begangen haben. Bei der Verordnung eines aggressiven bzw. nicht ungefährlichen Arzneimittels, das, wie ausgeführt, als ärztlicher Eingriff im weiteren Sinne zu sehen ist, bedarf es einer wirksamen Einwilligung des Patienten. Bei der Aufklärung über eine solche Medikation handelt es sich um einen Fall der sog. Eingriffs- oder Risikoaufklärung, die der Unterrichtung des Patienten über das Risiko des beabsichtigten ärztlichen Vorgehens dient, damit dieser sein Selbstbestimmungsrecht ausüben kann. Die Beweislast für die Erfüllung dieser Aufklärungspflicht liegt beim Arzt; der Warnhinweis in der Packungsbeilage des Pharmaherstellers reicht für eine ordnungsgemäße Aufklärung nicht aus. Kommen schwerwiegende Nebenwirkungen eines Medikaments in Betracht, so ist neben dem Hinweis in der Gebrauchsinformation auch eine Aufklärung durch den das Medikament verordnenden Arzt erforderlich. Dieser muss nämlich dem Patienten eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des

Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermitteln (BGH, a.a.o.; vgl. auch Urteil vom 27. Oktober 1981, NJW 1982, 696, 697). Die Notwendigkeit zur Aufklärung hängt dabei nicht davon ab, wie oft das Risiko zu einer Komplikation führt. Maßgebend ist vielmehr, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet (BGH, Urteil vom 15. März 2005, a.a.o.). Unterlässt der Arzt die

gebotene Aufklärung und verwirklicht sich das aufklärungspflichtige Risiko, hat er für die nachteiligen Folgen einzustehen, auch wenn die Verordnung als solche nicht zu beanstanden war (BGH, a.a.o.; BGH, Urteil vom 15. Februar 2000, NJW 2000, 1785; BGH, Urteil vom 30. Januar 2001, NJW 2001, 2798). Im gegebenen Fall war jedoch, wie ausgeführt, das Gallensteinleiden der Patientin, nicht aber das verordnete fetttsenkende Medikament für ihre schwere akute Pankreatitis ursächlich.

Anschriften der Verfasser

*Professor Dr. med. Wolfgang Rösch
Steinbacher Hohl 32
60488 Frankfurt am Main*

*Dr. Katharina Deppert
Vors. RichterIn am BGH a.D.
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt am Main*

Frankfurter Sparkasse

IRONMAN European Championship / IRONMAN Germany

**6. Juli 2008
Frankfurt**

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

Auch dieses Jahr werden wieder freiwillige Ärzte und medizinisches Hilfspersonal gesucht, die dieses außergewöhnliche Event mitbetreuen wollen.

Am 5. Juli (Theorie) und am 6. Juli (Praxis) wird das „7. Symposium für Ärzte, Trainer, Physiotherapeuten (in Ausbildung) und medizinisches Personal“ im Rahmen des Frankfurter Sparkasse IRONMAN European Championship / IRONMAN Germany angeboten.

Für Ärzte: Sportmedizinische Fortbildung mit 16 CME-Punkten der LÄKH. Leitung: Dr. Pöttgen.
Ort: Römer Saal wird noch bekanntgegeben.

Der Startschuss wird um 6:45 Uhr wieder am Langener Waldsee von einem Mitglied der Landesregierung gegeben.

Das sportliche Großereignis wird vom medizinischen Leiter Dr. Klaus Pöttgen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz und der XDREAM Sports & Events GmbH, betreut.

Informationen finden Sie auf <http://www.sportchef.de/IM-Germany-medizin.htm> und www.ironman.de

Kontakt: Dr. med Klaus Pöttgen, Tel. 0171 3113366, oder per mail: klaus@drpoettgen.de

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

50 Jahre Entwicklung Innere Medizin – Symposium zu 4P Ehren von Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. H. - G. Lasch

Samstag, 28. Juni 2008, 09:30 - 13:00 Uhr

Themen: Fortschritte in der Kardiologie, Intensivmedizin, Hämatologie/Onkologie und Nephrologie

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin 2008

16 P

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Samstag, 14. - Sonntag, 15. Juni 2008, jeweils 09:00 - 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a.M.,
Dr. med. H.-J. Wolfring, Seligenstadt

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Teilnehmerzahl: mind. 25

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß dem neuen Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden) – Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen) – Abschlussprüfung (1,5 Stunden)

Beginn: Mittwoch, 04. Juni 2008, 09:30 – 16:30 Uhr in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Bratzke, Frankfurt a.M.,
Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 650 (davon prakt. Schulung € 400, Prüfung € 50) (Akademiemitgl. insg. € 630)

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt Risikomanagement im Rahmen des neuen Krankenhaus-Einsatzplan

Mittwoch, 25. Juni 2008, 14:00 - 18:00 Uhr

Leitung: Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

1. Sommerakademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Zielgruppe: Niedergelassene Ärzte und Berufsanfänger

Sonntag, 27. Juli - Samstag, 02. Aug. 2008

vorgesehenes Programm:

Sonntag, 27. Juli 2008

- Come together

Montag, 28. Juli 2008

- Unternehmen Praxis – Betriebswirtschaft in der Praxis

Dienstag, 29. Juli 2008

Veranstaltung 1:

- Suchtmedizin – Erkennen von Suchterkrankungen

- Einbruchssicherheit in Arztpraxen

Veranstaltung 2:

- Ultraschall-Refresher-Kurs mit praktischen Übungen

Mittwoch, 30. Juli 2008

Veranstaltung 1:

- EKG-Refresher-Kurs mit praktischen Übungen

Veranstaltung 2:

- Prävention

- Sportmedizin

- Strahlenschutz-Aktualisierungskurs gem. RöV

Donnerstag, 31. Juli 2008

Veranstaltung 1:

- Palliativmedizin in der niedergelassenen Praxis

- Polymedikation in der medizinischen Praxis/im Alltag

Veranstaltung 2:

- Neues aus der Rehabilitationsmedizin

- Work-Life-Balance mit Messer und Gabel

Freitag, 01. Aug. 2008

- Notfall-Refresher-Kurs – Notdienst für die niedergelassene Praxis

Samstag, 02. Aug. 2008

Veranstaltung 1:

- Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis

- Schnupperkurs Akupunktur

Leitung: S. Blehle, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag:

- für die eintägigen Kurse (Unternehmen Praxis – Betriebswirtschaft in der Praxis, Ultraschall-Refresher-Kurs, EKG-Refresher-Kurs, Notfall-Refresher-Kurs)

€ 220 (Akademiemitgl. € 198)

- für den Strahlenschutz-Aktualisierungskurs

€ 110 (Akademiemitgl. € 99)

- für die Vortragsveranstaltungen pro Tag € 130

(Akademiemitgl. € 117)

- für den Akupunktur-Schnupperkurs € 100

(Akademiemitgl. € 90)

Ganze Tage können jeweils einzeln gebucht werden. Teilnehmer, die diese Veranstaltung komplett buchen, erhalten einen Rabatt von 20% auf den Gesamtpreis

Teilnehmerzahl: max. 40

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: : Frau A. Schad, Akademie,

Tel. 06032 782-213, Fax-220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Chirurgie**Chirurgische Erkrankungen des Kolons, Rektums und Anus
Aktuelles in der Diagnostik, operativen und interdisziplinären Therapie****7 P**

Themen: Gutartige Erkrankungen des Dick- und Enddarms: Divertikulitis – Colitis/M.Crohn – Adenome – Proktologische und funktionelle Erkrankungen – Chirurgische Techniken / Komplikationen; Maligne Erkrankungen: Kolonkarzinom – Rektumkarzinom – Analkarzinom – Metastasentherapie

Samstag, 14. Juni 2008, 10:00 – 16:00 Uhr**Leitung:** Prof. Dr. med. Karl-Heinrich Link, Wiesbaden**Septische Chirurgie****7 P**

Themen: Antibiotikaphylaxe in der Chirurgie für Jeden? – Hochresistente gramnegative Bakterien – die Gefahr von morgen – Therapie der Peritonitis – Sepsis – Modernes Management schwerst septischer Wunden-VAC-Instill-Therapie bei schweren septischen Verläufen

Samstag, 13. Sep. 2008, 10:00 – 16:00 Uhr**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Wacha, Frankfurt a.M.**Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de
weiterer Termin: **06. Dez. 2008**

Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe**10 P**

Themen: Frühgeburt – Epidemiologie, Mortalität, Morbidität – Differenzialdiagnostik der Wachstumsretardierung – Überwachung des Feten durch Dopplersonographie – Gynäkologische Sonographie – Kinder- und Jugendgynäkologie – Kontrazeptive Maßnahmen

Mittwoch, 18. Juni 2008, 09:00 – 16:00 Uhr**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen,

Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de
weiterer Termin: **29. Okt. 2008**

EKG-Kurs mit praktischen Übungen**20 P**

Grundlagen der EKG-Auswertung, Reizleitungsstörungen, Infarkt-EKG, Belastungs-EKG, Notfall-EKG, praktische EKG-Auswertung

Freitag, 15. Aug. – Samstag, 16. Aug. 2008, 09:00 – 17:00 Uhr**Leitung:** PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt**Teilnahmebeitrag:** € 290 (Akad. Mitgl. € 261)**Teilnehmerzahl:** 20**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,
Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2008**(insg. 51 P)**

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Dabei wird unter der Gesamt-Moderation von Prof. W. Fassbinder und Mitwirkung zahlreicher Referenten das Gesamtgebiet der Inneren Medizin abgehandelt.

Montag, 10. Nov. bis Samstag, 15. Nov. 2008**Programmübersicht:****Montag, 10. Nov. 2008****9 P**

Gastroenterologie – Kardiologie

Dienstag, 11. Nov. 2008**9 P**

Kardiologie - Internistische Intensivmedizin

Mittwoch, 12. Nov. 2008**9 P**

Angiologie – Pneumologie

Donnerstag, 13. Nov. 2008**9 P**

Internist. Onkologie/Hämatologie - Nephrologie

Freitag, 14. Nov. 2008**9 P**

Rheumatologie – Endokrinologie/Diabetologie

Samstag, 15. Nov. 2008**6 P**

Fallseminar

Leitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de**Medizinische Versorgung und Befunderhebung nach Vergewaltigung**

Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt in Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen

Gefördert durch das Hessische Sozialministerium

Themen:

Vorstellung eines neuen Dokumentationsbogens - Klärung von Sachfragen (rechtsmedizinische Fragestellungen, Abrechnungspraxis) - Die Rolle als sachverständige Gutachter / Zeugen in der Hauptverhandlung - Fallbeispiele - Untersuchung ohne vorherige Anzeigerstattung - Hilfesystem vor Ort

Samstag, 08. Nov. 2008, 09:00 Uhr - 16:00 Uhr**Leitung:** Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim**Veranstaltungsort:** Bad Nauheim,

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

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

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 – Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus e-learning und Präsenzlernen)

Einführung in die 13. Sept. 2008, 09:00 – 10:30 Uhr (sofern
Telelernphase: von den Teilnehmern für notwendig erachtet)
Telelernphase: 14. Sept. 2008 – 14. Nov. 2008
Präsenzphase: 15. Nov. 2008, 13:00 – 17:00 Uhr
mit abschließender
Lernerfolgskontrolle 16. Nov. 2008, 08:30 – 16:30 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)
**Teilnehmer des Arbeitsmedizin-Kurs A2 sowie B2 haben die Mög-
lichkeit am G 20-Kurs zum halben Teilnahmebeitrag teilzunehmen.**
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Musik und Medizin in der Literatur

Ärzte und Patienten in Thomas Manns Roman „Die Buddenbrooks“

Mittwoch, 04. Juni 2008, 19:00 – 21:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. phil. D. von Engelhardt, Lübeck
Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda
Musik: Harald Kraus, Organist
Teilnahmebeitrag: kostenfrei
Tagungsort: Fulda,
Alte Universität, Aula, Jesuitenplatz 2
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de
weiterer Termin: **30. Nov. 2008, Wiesbaden**

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Zurück in den Arztberuf – Aktuelles aus der Praxis und für die Praxis

Montag, 11. – Freitag, 15. Aug. 2008 und
Montag, 18. – Freitag 22. Aug. 2008
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Prof. Dr. med. E.-G. Loch
Teilnahmebeitrag: € 1000 (Akademiemitgl. € 900)
Mindestteilnehmerzahl: 24
Kinderbetreuung kann in der Nähe organisiert werden.
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Termine 2008
alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008 !)
06./07. Juni 2008 Block 16
„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)“ 20 Std. / 20 P
19./20. Sep. 2008 Block 17
„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“ 20 Std.
15./16. Nov. 2008 Block 18
„Allgemeinärztl. Besonderheiten der
Arzneibehandlung“ 12 Std.
neue Weiterbildungsordnung ab 1.11.2005
06./07. Juni 2008
Psychosom. Grundversorgung – Kurs A 20 Std. / 20 P
19./20. Sep. 2008
Psychosom. Grundversorgung – Kurs B 16 Std.
+ Balintgruppe 30 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: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de
Programm s. Internet: www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (theoretischer Teil 120 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der DÄGfA bietet die Akademie den the-
oretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß dem
Curriculum der BÄK an.
Freitag, 22.08. - Sonntag, 24.08.2008 G1-G3
Freitag, 19.09. - Sonntag, 21.09.2008 G1-G3
Freitag, 03.10. - Sonntag, 05.10.2008 G1P-G3P
Freitag, 14.11. - Sonntag, 16.11.2008 G4-G6
Freitag, 28.11. - Sonntag, 30.11.2008 G7-G9
Freitag, 05.12. - Sonntag, 07.12.2008 G10-G12
Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,
Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Didaktik

Moderatorenttraining 20 P
Die Akademie bietet ein zeitlich komprimiertes Moderatorentrai-
ning an. Seminarziel ist, dass die TeilnehmerInnen lernen, Quali-
tätszirkel in kollegialer Weise zu moderieren. Dafür werden Ba-
siswissen der Kommunikation und Moderation als kollegiale
Führungsform vermittelt. Ein weiteres Thema sind zugehörige
Methoden und Techniken.
Gruppendynamische Kenntnisse erleichtern das Verständnis für
Konflikte und Lösungsansätze. Neben dem Wissen wird das Kön-
nen und Anwenden in Übungseinheiten videobegleitet trainiert.
Termine: 02. / 03. Aug. 2008
Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie
Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de



Arbeits- und Betriebsmedizin (60 Std.)**Achtung Terminänderungen!**

Grundkurs: A2 **Samstag, 13. – Samstag, 20. Sept. 2008** 60 P
 Aufbaukurs: B2 **Samstag, 08. – Samstag, 15. Nov. 2008** 60 P
 Aufbaukurs: C2 **Samstag, 29. Nov. – Samstag, 06. Dez. 2008** 60 P

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

**Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 –
 Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung
 (Kombination aus e-learning und Präsenzlernen)**
Einführung in die

Telelernphase: **13. Sept. 2008, 09:00 – 10:30 Uhr**
 Telelernphase: **14. Sept. 2008 – 14. Nov. 2008**
 Präsenzphase: **15. Nov. 2008, 13:00 – 17:00 Uhr**
 mit abschließender
 Lernerfolgskontrolle **16. Nov. 2008, 08:30 – 16:30 Uhr**

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Teilnehmer des Arbeitsmedizin-Kurs A2 sowie B2 haben die Möglichkeit am G 20-Kurs zum halben Teilnahmebeitrag teilzunehmen.

Curriculum „Gesundheit & Ethnisch-kulturelle Vielfalt“**Aufbaukurs 2: Arabischer Raum und Nordafrika (ca. 16 UE)**

Freitag, 19. – Samstag, 20. Sept. 2008

Aufbaukurs 3: Afrika südlich der Sahara (ca. 16 UE)

Freitag, 07. – Samstag, 08. Nov. 2008

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Die Akademie plant im Herbst 2008 die Fortbildungsveranstaltung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

Modul I: **Mittwoch, 01. Okt. 2008**

Modul II: **Mittwoch, 05. Nov. 2008**

Modul III: **Mittwoch, 19. Nov. 2008**

Modul IV: **Freitag, 05. Dez. – Samstag 06. Dez. 2008**

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@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

Hämotherapie**Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie (40 Std.)**

13. – 14. Juni 2008 und 20. – 22. Juni 2008 40 P

Teilnahmebeitrag: € 800 / Einzeltag € 190

(Akademiemitgl. € 720 / Einzeltag € 171)

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

20./21. Juni 2008 belegt 16 P

24./25. Okt. 2008 16 P

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Impfkurs

11 P

Termine: 04. Okt. 2008, 09:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

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

**Medizinische Rehabilitation (16-Stunden-Kurs nach
 der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)**

21 P

06. Sept. 2008, 9:00 – 17:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim, Rehazentrum der DRV-Bund,

Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul II **06. bis 10. Aug. 2008**

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

40 P

Fallseminar Modul III **03. bis 07. Nov. 2008**

€ 650 (Akademiemitgl. € 585)

40 P

Basiskurs **02. bis 06. Dez. 2008**

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

40 P

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Prüfarzt in klinischen Studien (16 Std.)**Termine für 2009 in Planung!**

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

IV. 06. – 08. Juni 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P

A. Das kranke Kind/der kranke Jugendliche und die Familie
B. Merkmale des Familiengesprächs; Gruppentechniken

V. 08. – 10. Aug. 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P

VI. 21. – 23. Nov. 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P

Konferenz Psychosomatische Grundversorgung für Absolventen der Grundveranstaltung 18. Okt. 2008

15. Curriculum 16. – 18. Jan 2009

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oeleman-Weg 5-7

Teilnahmebeitrag: Block (20 h) € 300 (Akademienmitglieder € 270)

31. Bad Nauheimer Psychotherapietage 2008

Block 3: Freitag, 13. – Sonntag, 15. Juni 2008 p.T. 9 P

Block 4: Samstag 18. Okt. 2008

jeweils von 09:15 – 18:30 Uhr

Leitung: Prof. h.c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden, und Mitarbeiter

Tagungsort: Wiesbaden,

Internationale Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie, Langgasse 38 - 40

Teilnahmebeitrag: € 140 p. Seminartag (Akademienmitglieder € 126 p. Tag)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)
Interessenten für den nächsten Kurs wenden sich bitte an
Frau A. Zinkl, Akademie, Tel 06032 782-227 Fax -229
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)
Mittwoch, 13. Aug. 2008

Spezialkurs: 09. – 10. Aug. 2008*

€ 280 (Akademienmitglieder € 252)

***+ 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgeweche f. Praktikum und Prüfung im Uni-Klinikum Gießen 23 P**

Aktualisierungskurs gem. RöV

Mittwoch, 30. Juli 2008, 13:30 - 20:45 Uhr

Samstag, 08. Nov. 2008, 09:00 - 16.15 Uhr 9 P

€ 110 (Akademienmitglieder € 99)

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

Spezielle Schmerztherapie

Teil III 08./09.11.2008 Kassel 20 P

Teil IV 20./21.09.2008 Wiesbaden 20 P

Teilnahmebeitrag pro Teil: € 220 (Akademienmitglieder € 198)

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

Notfallmedizinische Fortbildung

Notdienst-Seminar:

Samstag, 30. – Sonntag, 31. Aug. u. Samstag, 13. Sept. 2008

Bad Nauheim € 320 (Akademienmitglieder € 288)

„Refresher-Kurs Notdienst“ 11 P

Zielgruppe: Ärzte im Bereitschaftsdienst

Mittwoch, 28. Juni 2008, 09:00 – 18:00 Uhr

Bad Nauheim € 220 (Akademienmitglieder € 198)

Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel.Praxis: 10 P

Samstag, 13. Dez. 2008

Bad Nauheim € 220 (Akademienmitglieder € 198)

Marburger Kompaktkurs Zusatzbezeichnung Notfallmedizin:

Kursteile A – D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.)

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg

Freitag, 03. – Samstag, 11. Okt. 2008

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg, Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademienmitglieder € 495) excl. Verpflegung

Leitender Notarzt:

Samstag, 22. – 25. Nov. 2008 Kassel

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

Samstag, 16. Aug. 2008 Wiesbaden

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

Samstag, 25. Okt. 2008 Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolffinger@laekh.de

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

Termine: Baby-Mega-Code-Training

Leitung: G. Kliemann

Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademienmitglieder € 126)

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

Sonntag, 08. Juni 2008 Sonntag, 16. Nov. 2008

Sonntag, 12. Okt. 2008 Sonntag, 14. Dez. 2008

jeweils von 09:00 – 17:00 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim,

Bildungseinrichtung der Johanniter, Schwalheimer Str. 84

Anmeldung und Auskunft: René Pistor,

Tel. 06032 9146-31, Fax: -60, E-Mail: rene.pistor@juh-wetterau.de

Termine: Mega-Code-Training

ALS-Intensiv-Seminar:

Samstag, 14. Juni 2008

Samstag, 01. Nov. 2008

jeweils 09:00 – 19:00 Uhr jeweils € 230

ALS- Refresher-Seminar:

Samstag, 06. Sept. 2008

jeweils 09:00 – 13:00 Uhr jeweils € 85

Leitung: Dr. med. Veit Kürschner

Tagungsort: Wiesbaden

Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel.: 0611 432832, E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Block III **08.09. – 13.09.2008** € 1010 (Akademiemitgl. € 909) **48 P**
 Block IV **10.11. – 15.11.2008** € 1010 (Akademiemitgl. € 909) **48 P**

Termine 2009:

Block I **09. – 15. Feb. 2009**
 Block II **20. – 25. Apr. 2009**
 Block III **07. – 12. Sep. 2009**
 Block IV **16. – 21. Nov. 2009**

EFQM-Assessorenttraining**Neue Termine in Planung!**

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

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag – Samstag, 12. – 13. Sept. 2008 und
Freitag – Samstag, 24. – 25. Okt. 2008

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a.M.

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

Ultraschallkurse**Abdomen**

Abschlusskurs

01. Nov. 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum
 € 230 (Akademiemitgl. € 207)

29 P**Gefäße**

Aufbaukurs (hirnversorg. Gefäße)

19. bis 21. Juni 2008 (Theorie + Praktikum)
 € 350 (Akademiemitgl. € 315)

25 P

Abschlusskurs (hirnversorg. Gefäße)

21. und 22. Nov. 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

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.

Herbst 2008 Rheinland-Pfalz

Kursteil 1 **12. und 13. September 2008**
 Baustein I Grundlagen 1 und 2

Kursteil 2 **18. und 19. Oktober 2008**
 Baustein II Alkohol / Nikotin und Wahlthema

Kursteil 3 **07. und 08. November 2008**
 Baustein III (Medikamente) / VI (illegale Drogen)

Kursteil 4 **21. und 22. November 2008**
 Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

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

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

Frühjahr 2009 Hessen:**Neue Termine in Planung!**

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel. 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Sozialmedizin (320 Std.)

Grundkurs GK II 15. – 24. Okt. 2008 80 P

Grundlagen der Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention, Leistungsarten, -formen und Zugang zur Rehabilitation

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Termine 2009: **AK I 25. März - 03. Apr., AK II 28. Okt. - 06. Nov.**

Verkehrsmedizinische Qualifikation**15 P**

Freitag, 13. Juni 2008, 13:00 – 18:15 Uhr und
Samstag, 14. Juni 2008, 9:00 – 18:15 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a.M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Die Akademie muss sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Ihr 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).

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 (250 P in 5 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.





Schwerpunkt Medizin

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (30 Stunden)

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Inhalte: Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, Infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, Rechtliche Aspekte

Termine:

SAC 6 Montag, 23.06.2008 bis Freitag, 27.06.2008
(30 Stunden, Blocklehrgang)

SAC 7 Dienstag, 24.06.2008 bis Samstag, 28.06.2008
(30 Stunden)

SAC 3 Freitag, 08.08.2008 bis Samstag 09.08.2008 und Donnerstag, 21.08.2008 bis Samstag, 23.08.2008

Teilnahmegebühr: € 410

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 1)

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a RöV. Zielgruppe sind Arzthelfer/innen, medizinische Fachangestellte, Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA's, MTRA's und MTLA's.

Inhalte: Gesetzliche Grundlagen, Strahlenbiologische Grundlagen, Dosis und Referenzwerte, Grundlagen des Strahlenschutzes, Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen einschl. CT und digitale Bilderzeugung, Qualitätssicherung von Röntgenuntersuchungen, Aufgaben der ärztlichen Stellen

Die Fortbildungsveranstaltung ist vom Regierungspräsidium in Kassel anerkannt.

Termin: Samstag, 14.06.2008, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 der Röntgenverordnung

90-Stunden-Lehrgang für nichtärztliche Mitarbeiter in der Radiologischen Diagnostik

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen

Inhalte praktischer Teil: Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab Freitag 29.08.2008

Teilnahmebeitrag: 780 € zuzügl. Prüfungsgebühr: 55,00 €

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782 -187, Fax: -180

Klinikassistentz (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: € 1.190 inkl. Kolloquium

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Die nachfolgend aufgeführten Fortbildungen zur ambulanten Versorgung älterer Menschen werden bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ anerkannt.

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

Inhalte: Altersmedizinische Grundlagen kennen, demenzielles Syndrom beschreiben, Diabetes mit Folgekrankheiten erläutern, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko beschreiben, Dekubitusrisiko einschätzen, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten

Termin: Freitag, 12.09.2008, 13:00 – 18:30 Uhr, (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

Inhalte: Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung handhaben, Verfahren zur Beurteilung der Sturzgefahr anwenden, Verfahren zur Beurteilung der Hirnleistung anwenden, Verfahren zur Beurteilung von Nutrition und Kontinenz anwenden

Termin: Samstag, 13.09.2008, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten

Termin: Mittwoch, 24.09.2008, 15:00 – 18:30 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Wundmanagement (AVÄ 4)

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, 08.08.2008, 13:30 – 17:30 Uhr, bis Samstag, 09.08.2008, 08:30 – 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 150€

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782 -184, Fax: -180

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

Inhalte: Informationsmanagement und Koordination durchführen, bei Einweisung und Entlassung mitwirken, Kooperation im Team, mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen gestalten, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement durchführen

Termin: Mittwoch, 18.06.2008, 15:00 – 18:30 Uhr oder

Mittwoch, 22.10.2008 (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180





Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 3)

Inhalte: Teamarbeit fördern, „Eigenes“ Rollenverständnis im Praxisteam beobachten und analysieren, Beschwerde- und Konfliktmanagement anwenden und analysieren, Lösungsstrategien anwenden

Termin: Freitag, 20.06.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Qualitätsmanagement“, „Palliativmedizin“, „Onkologie“ und „Arztfachhelferin“ anerkannt.

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 10)

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, 08.08.2008 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, 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 (PAT 11)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Samstag, 21.06.2008 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, 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 (PAT 14)

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, 09.08.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, 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.

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 12)

Inhalte: Grundlagen der GOÄ: Bewertungs- und Begründungssystematik bei Höherbewertung, Wegegeld, Analoge Bewertungen, Materialkosten, Rechnungslegung, Gebührenverzeichnis: Begriff des Behandlungsfalles und dessen abrechnungsrelevante Konsequenz, Anwendungsbeispiele zur Rechnungslegung, Inhaltliche Interpretation einzelner ausgewählter Leistungslegenden, allgemeine Abrechnungsbestimmungen zu einzelnen Leistungen oder Abschnitten der GOÄ

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 95

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 8)

Inhalte: Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung, Praxisräume und Funktionsbereiche, Anleitung des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Termin: insgesamt 4x samstags: 23.08.2008,

30.08.2008, 13.09.2008, 20.09.2008 (20 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 280,00

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax: -180

Qualitätsmanagement (120 Stunden)

Grundlagen und Grundbegriffe im Qualitätsmanagement

QMA 1 (30 Stunden)

Inhalte: Qualitätsgedanke-Historie, gesetzlich und vertragliche Regelungen, Richtlinien, Begriffe, Qualitätsmodelle

Termin: Freitag, 22.08.2008 bis Samstag, 23.08.2008 und

Freitag, 05.09.2008 bis Samstag, 06.09.2008

Teilnahmebeitrag: 350 €

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782 -187, Fax: -180

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement

Teil 1 QMA 2 (30 Stunden)

Inhalte: Prozessanalyse, Leitbild, Ressourcenmanagement, Marketing-Mix, Risikomanagement/Patientensicherheit, Organisation des Qualitätsmanagements, Einsatz und Methoden von Befragungen im Rahmen des Qualitätsmanagements

Termin: Freitag, 19.09.2008 bis Samstag, 20.09.2008 und

Freitag, 24.10.2008 bis Samstag, 25.10.2008

Teilnahmebeitrag: 350 €

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax: -180

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement

Teil 2 QMA 3 (30 Stunden)

Inhalte: Erstellen von Qualitätswerkzeugen, Planungstechniken und Hilfsmittel, Praktische Übungen am PC, Nutzung und Umsetzung von Befragungsergebnissen

Termin: Freitag, 28.11.2008 bis Samstag, 29.11.2008 und

Freitag, 12.12.2008 bis Samstag, 13.12.2008

Teilnahmebeitrag: 350 €

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax: -180

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.



Gesundheitswirtschaft

Oberender: Keine Alternativen zu mehr Marktwirtschaft

Harald Clade

Für eine ordnungspolitische Neuorientierung der Gesundheitspolitik und den Stopp aller interventionistischen Maßnahmen in das gegliederte System der sozialen Gesundheitssicherung hat sich der Bayreuther (neoliberale) National- und Gesundheitsökonom Professor Dr. rer. pol. Dr. h.c. Peter Oberender, ehemaliger Inhaber eines Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftstheorie an der Universität Bayreuth, vor einem Fachkongress der nordrhein-westfälischen Industrie- und Handelskammern in Köln ausgesprochen. Bei der von der Regierungskoalition getragenen Gesundheitspolitik bestehe die Gefahr, dass die Gesundheitssicherung auf eine sich verbreiternde Trasse einer staatlichen Einheitsmedizin abdriftet, ohne dass die zentralen Probleme einer zukunfts-festen Gesundheitssicherung gelöst werden.

Oberender warb für das Bayreuther Versicherungsmodell. Dies geht davon aus, dass für die Absicherung des Krankheitsrisikos eine Versicherungspflicht für alle ab Geburt per Gesetz dekretiert wird. Der Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll auf unverzichtbare qualitätsgesicherte Grund- und Mindeststandardleistungen begrenzt werden.

An Symptomen kuriert

Oberender befürwortet einen offensiven Versicherungswettbewerb über risikoorientiert kalkulierte Prämien. Die Sicherung der finanziellen Generationengerechtigkeit soll über individualisierte Alterungsrückstellungen bewerkstelligt werden. Die thesaurierten Rückstellungen sollen bei einem Versicherungswechsel mit

transferiert werden. Das Modell ähnelt den aktualisierten Vorschlägen der FDP, wie es der Parteitag im Juni 2007 gebilligt hat.

Die bisherigen Maßnahmen der staatlichen Kostendämpfungspolitik, die Mitte 1977 eingesetzt haben, kritisierte Oberender mit dem Hinweis, solche staatlichen Interventionen seien allenfalls als Notmaßnahme tolerabel, ansonsten verkümmere eine solche Gesundheitspolitik zu einer bloßen Kostendämpfungspolitik, die die nachhaltigen Finanzierungsprobleme nicht löse. Es werde an Symptomen herum kuriert, ohne die eigentlichen Wurzeln der Kostendynamik anzupacken. Die bisher getroffenen Maßnahmen seien ordnungspolitisch wenig konsistent. Als eine Herausforderung an das Gesundheitswesen bezeichnete Oberender die Demographiekomponente: Die Zahl der Alten und Erwerbsinaktiven nehme überproportional zu. Mithin steige die Zahl der Erkrankten und die Zahl der Pflegefälle exponentiell. 1990 kamen auf 100 Erwerbstätige noch 32 Rentner, für 2010 dürften es bereits 48 sein und 2030 79 Rentner pro 100 Erwerbstätige. Die Zahl der Pflegebedürftigen betrug im Jahr 1999 noch fast zwei Millionen für 2010 prognostiziert das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (Berlin) die Zahl der Pflegebedürftigen auf 2,4 Millionen, im Jahr 2020 auf drei Millionen und im Jahr 2050 auf 4,728 Millionen Pflegebedürftige. Entsprechend wachsen auch die finanziellen Belastungen für die anderen Zweige der sozialen Sicherung. Überproportional dürfte der Bedarf an Präventivmaßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der medizinischen Rehabilitation und der geriatrischen Rehabilitation steigen.

Hinzu kommt der medizinische Fortschritt als eine künftig stark wachsende Heraus-

forderung an das System. Effizienzanalysen und leitliniengestützte Therapien zur ständigen Überprüfung des Kosten- und Nutzenverhältnisses seien unverzichtbar. Zusätzliche neue Diagnose- und Therapieverfahren führten zu einem erhöhten Bedarf, der nicht ständig refinanzierbar ist. Hinzu kommt: Neuere technische Erfahrungen werden additiv und auch überlappend eingeführt, ohne dass obsolet gewordene Verfahren suspendiert werden.

Die Gesundheitswirtschaft müsse auch die Entwicklung der nationalen und internationalen Märkte beachten, insbesondere den Markteintritt osteuropäischer Staaten und die internationale Globalisierung. Unverändert sei die Gesundheitswirtschaft ein innovativer Wachstums- und Beschäftigungsmotor. Heute sind bereits 4,3 Millionen Personen in diesem Sektor direkt und indirekt beschäftigt. Nach bisherigen Erfahrungswerten führe ein Wachstum und ein Zufluss von einer Milliarde Euro in das System zu einer Nettoerweiterung der Zahl der Arbeitsplätze um 12.000. Unterstellt man eine lineare Entwicklung der bestehenden Trends bis zum Jahr 2020, so dürfte der deutsche Gesundheitsmarkt um rund 80 Prozent – von derzeit 280 Milliarden Euro auf 540 Milliarden Euro – wachsen. Dies entspräche einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von rund 17 Prozent.

Um mehr Ordnung in das System zu implementieren, empfiehlt Oberender, sämtliche Maßnahmen nach dem Bottom-up-Prinzip zu konzipieren.

Anschrift des Verfassers

Dr. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen

Sicherer Verordnen

HPV-Impfstoff Unklare Todesfälle

Nach dem Bekanntwerden mehrerer unklarer Todesfälle junger Frauen in zeitlichem Zusammenhang mit der Gabe eines HPV-Impfstoffes (Gardasil®) stellten Behörden (EMA, Paul-Ehlich-Institut) und Interessenverbände fest, dass der Impfstoff sicher und sein Nutzen-Risiko-Verhältnis vertretbar erscheine. Ein ungutes Gefühl bleibt. Vor einer Impfeempfehlung sollten Ärzte Nutzen, u.a.

- nur ca. 70 % der Infektionen werden durch den Impfstoff abgedeckt, circa 99 % aller HPV-Infektionen heilen ohne Folgen aus, kein statistischer Vorteil bei hochgradigen Dysplasien, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind weiterhin erforderlich, Wirkdauer unklar und mögliche Risiken, u.a.
- keine Langzeitergebnisse, Verdachtsfälle auf Schädigungen des ZNS, zusätzlich ist der Bezug auf die allgemeine Statistik der weiblichen Todesfälle in der betroffenen Altersgruppe nicht stimmig, sorgfältig mit der Patientin und deren Eltern diskutieren.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2008; 105(7): C 270, Pressemeldungen u.a. der Deutschen Krebsgesellschaft

Fluorochinolone Achillessehnenruptur

Tendinitiden bis hin zu Sehnenrupturen sind unter der Einnahme aller Fluorochinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin) bekannt. Diese UAW wurde in dieser Serie bereits beschrieben, darunter auch der Fall einer Kollegin, bei der freitags nach provisorischer Versorgung einer Achillessehnenruptur und geplanter Operation am darauf folgenden Montag beim Stolpern am Sonntag auch die andere Achillessehne riss. In einem aktuellen Fallbericht wird noch einmal auf die Risikofaktoren hingewiesen, unter denen eine Tendopathie vermehrt auftreten kann (Grunddaten: Tendinitis: 0,1 – 0,01 % der behandelten Patienten, Sehnenruptur: weniger als 0,01 %):

- höheres Alter (bis siebenfach erhöhtes Risiko)
- Gabe von Glukokortikoiden (circa dreifach erhöhtes Risiko)
- chronische Niereninsuffizienz (keine Risikoberechnung, Dosisanpassung bei einge-

schränkter Nierenfunktion erforderlich). Eine Kombination dieser Risikofaktoren erhöht die Möglichkeit des Auftretens einer Tendopathie. Darüber hinaus kann eine erhebliche Latenzzeit zwischen der Einnahme und dem Auftreten einer Tendopathie bestehen (ein bis 510 Tage, Median sechs Tage). Die Beurteilung einer Kausalitätsbeziehung ist bei spätem Auftreten erschwert.

Quelle: Dtsch Med. Wschr. 2008; 133: 241

Arzneimittel Entsorgung

Letztes Jahr traten ein Gesetz zur Vereinfachung der abfallrechtlichen Überwachung und eine entsprechende Verordnung in Kraft. Nach Informationen der Arzneimittelkommission der Apotheker (AKApo) wird nur noch unterschieden zwischen den Kategorien „Arzneimittel“ und „zytotoxische und zytostatische Arzneimittel“. Erstere können – nachdem eine Lagerung von Hausmüll in Mülldeponien nicht mehr zulässig ist – in zugelassenen Abfallverbrennungsanlagen (Hausmüllverbrennung) entsorgt werden, letztere gelten als besonders überwachungsbedürftiger Abfall und müssen mit Entsorgungsnachweis in zugelassenen Abfallverbrennungseinrichtungen (z.B. Sonderabfallverbrennung) entsorgt werden.

Bei Patientenfragen kann daher empfohlen werden, Restbestände von Arzneimitteln der ersten Kategorie mit dem normalen Hausmüll zu entsorgen. Es ist darauf zu achten, Tabletten vor dem Wegwerfen aus den Blisterpackungen zu drücken und möglichst zu zerdrücken, Lösungen in aufsaugende Materialien wie Zellstoff, Streu etc. aufzunehmen. Die AKApo empfiehlt dieses Vorgehen für Apotheken.

Wichtig ist, keine Arzneimittel über Abwasserleitungen zu entsorgen! Arzneimittel, insbesondere biologisch aktive Verbindungen wie Antibiotika könnten biologische Klärstufen schädigen. Die Belastung durch Arzneimittel und deren Abbauprodukte aus menschlichen und tierischen Ausscheidungen war bereits Anlass von Untersuchungen. In Deponiesickerwässern konnten bundesweit u.a. Analgetika wie Diclofenac, Antibiotika wie Tetracykline und Sulfonamide, Antiepileptika wie Carbamazepin und verschiede-

ne Röntgenkontrastmittel in Konzentrationen bis 100 µg/l, in Oberflächengewässern ein Summengehalt aller Medikamente von über 1 µg/l gefunden werden.

Quellen: Pharm.Ztg. 2008; 153: 125, Drucksache 13/5449 des Landtages NRW vom 13. Mai 2004

„Moderne“ Arzneimittel - Schwerwiegende Risiken

Fluch und Segen neu entwickelter, stark und spezifisch wirkender Arzneimittel können nahe beieinander liegen. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass schwerwiegende Risiken neuer Arzneistoffe nur unvollständig bereits in Zulassungsstudien entdeckt werden, Patienten in den ersten Jahren nach einer Zulassung daher auch als nicht ganz freiwillige „Studienteilnehmer“ eingeschätzt werden können. Zusätzliche Risiken bestehen bei einem Off-Label-Einsatz.

Allein im Februar dieses Jahres wurden u.a. folgende, z.T. bereits in Studien aufgetretene schwerwiegende Risiken publiziert:

Mycophenolat (CellCept®), Immunsuppressivum nach Organtransplantation: Progressive, auch tödlich verlaufende multifokale Leukoencephalopathie.

Natalizumab (Tysabri®) zur Therapie einer schubförmig remittierend verlaufenden Multiplen Sklerose: Schwere Leberschäden mit möglichen tödlichen Komplikationen, bereits in der Fachinformation erwähnt: progressive, auch tödlich verlaufende multifokale Leukoencephalopathie.

Rimonabant (Acomplia®) zur Therapie der Adipositas: Erhöhtes Suizidrisiko.

Sorafenib (Nexavar®), zugelassen zur Therapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms und Leberzellkarzinoms: Erhöhte Sterblichkeit bei Patienten mit nicht kleinzelligem Lungenkarzinom.

Telbivudin (Sebivo®) zur Therapie der chronischen Hepatitis B: Periphere Neuropathie, derzeit gehäuft nachgewiesen in Kombination mit Interferonen.

Quelle: www.aerzteblatt.de

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 4/2008

Die Zeiten ändern sich – und wir ändern uns mit ihnen

Siegmond Kalinski

Nach längerer Pause hat der Koalitionsausschuss der Bundesregierung wieder getagt. Die Stimmung sei gut gewesen, hieß es, man schien zufrieden zu sein, sich sogar in einem Punkt geeinigt zu haben. Bei der Privatisierung der Bahn nach Modus Beck, also dem Verkauf von 24,9 Prozent, wobei die Schiene und die Bahnhöfe im Eigentum des Bundes bleiben sollen. Was allerdings nur für die Dauer der derzeitigen Regierung gilt. Sollten sich nach der Bundestagswahl 2009 die Verhältnisse ändern, könnten auch 49,9 Prozent verkauft werden. So jedenfalls betonten es die CDU/CSU-Politiker.

Außer Spesen nichts gewesen

Über anderes, z.B. über den Mindestlohn oder die Begrenzung von Managervergütungen, konnte man sich nicht einigen – und auch die kommende Gesundheitsreform (außer dem Gesundheitsfonds, über den es einmal mehr das bereits bekannte Hickhack gab) war kein Thema. Dennoch soll man sich nach einem Glas Wein in gelöster Atmosphäre nach Mitternacht erst getrennt haben; von den Animositäten und Streitigkeiten der letzten Wochen keine Spur.

So konnte Bundeskanzlerin Angela Merkel ganz entspannt den Karlspreis für ihre Verdienste um die Einigkeit Europas entgegennehmen, in Gegenwart der illustren Gesellschaft von Königen und Präsidenten fast aller EU-Mitgliedsstaaten samt vieler weiterer Prominenz. Die Laudatio hielt der größte Charmeur Europas, Frankreichs Staatsoberhaupt Sarkozy, obwohl in letzter Zeit keine reine Wonne zwischen beiden Ländern herrschte. Doch bei solchen Gelegenheiten scheint halt meist die Sonne...

Die Amerikanisierung und Industrialisierung der Medizin schreitet weiter fort

Derweil kommt die angekündigte Gesundheitsreform immer rascher näher und, wie

man sieht, ungehindert. Gleichzeitig schreitet die Industrialisierung und Amerikanisierung der Medizin in Deutschland ähnlich ungehindert fort. Man verwaltet Krankenhäuser und Kliniken als seien es Produktionsbetriebe, deren wichtigste Aufgabe das Streben nach Profit und nicht die Heilung von Kranken ist. Als Vehikel dazu dienen die Diagnosis Related Groups (DRG), die Disease Management Programs (DMP), sowie andere neue Formen und Strukturen der Behandlung, sämtliche den angelsächsischen Mustern abgekupfert.

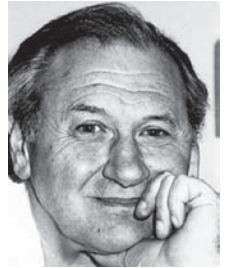
Außerdem versucht sich das US-Unternehmen „Healthways“ in Deutschland zu etablieren, in einigen Bundesländern hat es bereits damit begonnen, ärztliche Behandlungen mit Hilfe von „AGnES“ und anderen medizinischen Hilfsberufen zu ersetzen. Das Schlimme daran ist, dass „Healthways“ inzwischen auch Vertragspartner der DAK ist, die jetzt versucht, „Healthways“ in ihre Versicherungsleistungen zu integrieren und zu allem Überflus die Vertragsärzte dazu verpflichten will, dieses Vorhaben zu unterstützen. Kein Wunder, dass sich die Hausärzte vehement dagegen wehren, insbesondere in Bayern und Brandenburg, wo „Healthways“ schon am weitesten verbreitet ist.

Neue Formen etablieren sich

Doch mag die kommende Gesundheitsreform im Koalitionsausschuss auch kein Thema gewesen sein, andere Organisationen und Institutionen bereiten sich um so engagierter auf sie vor und auf die Strukturen, die aller Wahrscheinlichkeit nach das alte – gut erprobte und bewährte – System komplett ersetzen sollen, und beziehen neue Position. So hat die KBV eine Stiftung gegründet, diese wiederum eine Aktiengesellschaft, die sich unter anderem um Verträge mit den Krankenkassen bewerben soll. „Im Prinzip“, frei nach Radio Eriwan, tritt sie damit in Konkurrenz mit sich selbst: Gehören Vertragsabschlüsse mit den Versicherern doch zu ihren originären Aufgaben.

Neue Ausbildungswege und neue Titel sind auf dem Vormarsch

Auch die Ausbildung der zukünftigen Mediziner soll geändert werden: In drei Jahren zum Bachelor und in sechs Jahren zum Master. Erste Kurse nach diesem Muster sind bereits in Berlin am anlaufen, konkret gesagt an der Charité, sehr unterstützt von den Kollegen in den östlichen Bundesländern. Warum wir unbedingt auf unsere traditionelle universitäre Ausbildung mit Arzt und Dokortitel verzichten wollen, das wissen wahrscheinlich nur die Götter – und ausgeprägte Liebhaber von Anglizismen und Enthusiasten der EU-Richtlinien einerseits sowie Anhänger der verblichenen Medizin der ehemaligen DDR andererseits.



In Greifswald existiert „AGnES“ schon – angeblich mit Erfolg

An der Universität Greifswald hat man damit begonnen, „AGnES“ aus- und weiterzubilden. Wobei Professor Dr. med. Wolfgang Hoffmann, der Leiter des ausbildenden „Institute for Community Medicine“ (einen einfachen deutschen Namen hat man sich versagt) großen Wert darauf legt, dass man nur von „AGnES“ und nicht von „Schwester Agnes“ spricht, um sie von der „echten“ Krankenschwester zu unterscheiden. Professor Hoffmann ist bestrebt, „AGnES“ in den ärztlichen Praxen zu etablieren – als eine echte Entlastung des Arztes, der die Kontrolle und die Verantwortung trägt. Einige „AGnES“ sind auch schon in einer Reihe von Ortschaften Mecklenburg-Vorpommerns in Testpraxen tätig – und zwar zur vollen Zufriedenheit sowohl der Ärzte als auch der Bevölkerung. Und sogar der KV, wie man hört.

Wie sagten die alten Römer? Tempora mutantur, et nos mutamur in illis. Die Zeiten ändern sich – und wir ändern uns mit ihnen. Die Frage ist nur, ob zum Besseren...

Germany's next Topmanager

Klaus Britting

Es ist wirklich verdienstvoll, wie sich unsere TV-Anstalten um die Auflockerung unseres Arbeitsmarktes bemühen. Insbesondere jüngere Menschen, die ansonsten Arbeitsagenturen mit unsinnigen Berufswünschen belagern und sich beim Warten massenweise Thrombosen holen, werden durch Castingangebote für Berufe begeistert, die von den amtlichen Institutionen bisher nicht genügend gefördert werden. Vom Leben Enttäuschte müssen nun nicht mehr überlegen, wie sie ihren Mallorca-Aufenthalt bezahlen sollen. Denn die Casting Shows bieten wirklich jedem Gutwilligen, dem vielleicht der Besuch einer Schule wegen vielseitiger anderweitiger Interessen nicht regelmäßig möglich war, die Chance, bald berühmt und Millionär zu werden. Bestimmte körperliche Merkmale genügen.

Doch das ist nicht alles, was die Fernsehsender zur Belebung des Arbeitsmarktes beitragen. Reisebusunternehmen bekommen Hochkonjunktur. Manchmal reist der halbe Ort mit, um beim Auftritt des eigenen Favoriten für frenetischen Beifall zu sorgen. Das ergibt schnell acht komplette Busladungen. Der ortsansässige Fleischer darf in Zusammenarbeit mit dem Bäcker für die Fahrt vierhundert Brötchen belegen. Und der Chef vom Supermarkt fährt mit einem Kleinaster voller Bier und weiteren Getränken gleich hinterher und dann natürlich wieder mit zurück, damit die Leute nicht dehydrieren. Der Grafiker im Ort hat Tage zuvor schon die 500 knallroten Plakate mit dem Spruch „Melanie is the winner“ anfertigen dürfen. Und die T-Shirthersteller und -drucker freuen sich über Großaufträge. Ganz zu schweigen von der Kosmetikindustrie, die zu jeder Sendung ihr Schminkzeug gleich tonnenweise verkauft. Fast wie im Karneval! Wenn das keine Konjunkturan-kurbelung ist, was dann?

Angesichts dieser positiven Auswirkungen wundert es nicht, wenn nun die Bundesagentur für Arbeit in Zusammenarbeit mit einem bedeutenden Presseorgan selbst eine Casting-Show plant: „Germany's next Topmanager“. Teilnahmeberechtigt sind alle bei ihr registrierten Frauen und Männer, welche regelmäßig die Bild-Zeitung lesen.

Deshalb rechnet man mit bis zu 2,8 Millionen Teilnehmern, was gewiss nicht zu hoch ist, wenn man weiß, dass bei Dieter Bohlen's Superstar-Casting 36.000 Schwerhörige teilgenommen haben.

Das Procedere für das Manager-Casting der Bundesagentur sieht so aus: In Vor-Castings werden erst einmal alle ausgesiebt, die Probleme mit Zahlen haben. Damit fallen schon einmal die meisten Bewerber aus dem Banken- und Versicherungsbereich unter den Tisch. Dann folgt der Deutschtest mit praktischen Beispielen wie „Beschreiben Sie, wie man einen PC-Drucker so anschließt, dass er funktioniert“, der rasch alle IT-Spezialisten und sonstigen Techniker aussondert. Wer noch dabei ist, darf nachts auf die Eiger-Nordwand, mit verbundenen Augen natürlich. Und dann folgt eine kleine Mutprobe. Acht Teilnehmer begeben sich hintereinander in einen Teich. Die Chancen der letzten Beiden sind besonders hoch – weil die sechs Krokodile dann vermutlich schon satt sind.

Für die übrig Gebliebenen folgt eine echte Manager-Prüfung. Sie dürfen ein Moor durchqueren, sollen dabei mit dem Laptop Börsenaufträge erteilen, die Bilanzen von zwei fiktiven Unternehmen prüfen, das Beste davon kaufen und die Hälfte von dessen Mitarbeitern kurzfristig rauswerfen. Außerdem müssen sie zwei Kontrahenten im Moor verschwinden lassen. Die wenigen Überlebenden treffen sich zum rauschenden Finale, jeder gegen jeden. In diesem sportlichen Ausscheidungskampf mit Pfeil und Bogen wird nur der Beste überleben. Sollten nach 30 Minuten allerdings immer noch zwei Teilnehmer auf den Beinen sein, erscheint Thomas Gottschalk mit Dieter Bohlen auf dem Rücken. Und der hat eine Schrotflinte in der Hand und drei Schüsse frei. Zum Happyend wartet Heidi Klum mit Germany's next Topmodel – für den Sieger. Wie im richtigen Leben!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71
Tel. 04626 189988



Grün ist die Liebe

Ich weiß ein kleines Biotop,
das liegt versteckt und einsam.
Dort wuchern Baum und Strauch –
gottlob! –
mit Unkraut noch gemeinsam.

Der Wald steht hoch, die Luft geht rein,
du hörst die Frösche quaken,
und munter tanzt im Sonnenschein
ein Heer von tausend Schnaken,

und für dies stille Biotop
gilt wie im Garten Eden:
wo Adam grub und Eva wob,
war längst nicht Platz für jeden.

Du aber: komm! Wir flüchten nur
aus wildem Stadtgetümmel
zum grünen Busen der Natur
und sind im siebten Himmel.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Danke, Wolfgang Weimershaus!



Lieber
Wolfgang,

als ich Dir das
Programm für
den Jahres-
kongress der
Schriftsteller-
Ärzte in Ber-
lin auf fern-

mündlichem Wege mitteilen wollte, hieß es, Du seist in einer Frankfurter Klinik. Das konnte nichts Gutes bedeuten; denn die letzten Jahre waren für Dich schleppende gewesen, und Du warst nicht mehr der Wolkenheld von früher. Nun ist Deine Seele sicher in der Unendlichkeit angekommen, und ich soll Dir einen allerletzten Gruß sagen und zu den zahlreichen Laudationes, die Dir im Laufe Deines an Höhen reichen Lebens gehalten und geschrieben wurden, eine hinzufügen.

In noch schwerer Nachkriegszeit wurdest Du am 6. Juli 1922 in Welper (Ruhrgebiet) geboren. Durch den Beruf Deines Vaters bedingt tratest Du in Deiner Jugend eine lange Reise an, die Dich über das nördliche Holstein, Pommern, die Mark Brandenburg und später über Küstrin nach Landsberg an der Warthe führte. Landsberg an der Warthe! Jahrgang 1922! Nach dem Abitur 1940 wurdest Du zu den Waffen gerufen und hattest dann Glück, nach Fronteinsätzen Dein Medizinstudium mit Unterbrechungen fortzusetzen und schon 1946 Dein medizinisches Staatsexamen abzulegen und zum Dr. med. promoviert zu werden. Die Mikrobiologie hatte Dich in ihren Bann gezogen, die Wirkung der Antibiotika Dich fasziniert und Deinen Lehrer Professor Schloßberger auf Dich aufmerksam gemacht, der Dich mit nach Frankfurt an sein Institut genommen hat. Einer wissenschaftlichen Laufbahn stand nichts im Wege, doch Dich zog es in eine selbst-

ständige Tätigkeit, die 1949 zur Gründung einer medizinischen Laborpraxis in Offenbach führte. Was kaum jemand heute noch weiß, das war ein Sprung ins eiskalte Wasser; denn eine Zulassung zu den Krankenkassen wurde Dir zunächst verweigert, aber das hielt Dich nicht davon zurück, den Kampf dagegen aufzunehmen gegen Windmühlenflügel, weil auch die Unterstützung der ärztlichen Selbstverwaltung fehlte. Der Laborarzt war noch nicht in der Facharztordnung, später Weiterbildungsordnung, verankert. Du tatest Dich mit Gleichgesinnten und Gleichtätigen zusammen und hast erreicht, dass 1956 der Facharzt für Laboratoriumsmedizin seinen Eingang in das ärztliche Berufsrecht gefunden hat. Ich habe einmal geschrieben: „Persönlichkeiten wie Wolfgang Weimershaus gehen unbeirrt ihren eigenen Weg und sichern sich die Freiheitsräume, die Selbstständigkeit, um jene Kräfte zu entfalten, die in der Enge und Abhängigkeit nicht gedeihen können.“ Wolfgang Weimershaus war ein durch und durch liberal geprägter Mensch, ein Freier Demokrat, ein homo politicus, der nicht nur in die ärztliche Berufsvertretung seinen Fuß gesetzt hatte, ob in Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung oder im fachärztlichen Berufsverband. Er folgte der vielfachen Aufforderung, sich dann auch in der Politik einzubringen und ärztliche Belange in der Öffentlichkeit zu vertreten. So wurdest Du Mitglied der Stadtverordnetenversammlung in Offenbach und stiegst später zum Stadtrat, also Mitglied des Magistrats, auf. In dieser Zeit lernten wir uns näher kennen und führten zwangsläufig auch politische Streitgespräche, bei denen der Liberale mit dem Konservativen in heftige Diskussionen geriet. Dabei diskutierten wir durchaus leidenschaftlich, aber sachlich, und die Konsequenz daraus war, dass Du dem Wunsch der Verantwortlichen

folgtest, den Vorsitz der Bezirksärztekammer Frankfurt, der größten in Hessen, über fünf Jahre zu übernehmen. Als konzipianter, verständnisvoller, aber eben auch kritischer Verfechter liberaler deutscher Gesellschaftspolitik standest Du in hohem Ansehen. Zugleich warst Du immer zur Stelle und hast aktiv an der Förderung des Fort- und Weiterbildungswesens der Landesärztekammer Hessen teilgenommen, ebenso hast Du das Arzthelferinnenwesen auf Landes- und Bundesebene im Sinne der Weiterentwicklung nachhaltig und erfolgreich beeinflusst. In dieser Zeit hast Du maßgeblich auf Bundesebene die Laboratoriumsmedizin und ihre Entwicklung gegen mannigfache Streitigkeiten aus den eigenen Reihen verteidigt. Im öffentlichen Leben standest Du der Ortsgruppe des Deutschen Roten Kreuzes vor und wirktest maßgebend im Krankenhausausschuss der Stadt Offenbach mit. Mehrere Legislaturperioden hast Du im Präsidium der Landesärztekammer mitgewirkt und hast den Finger in die Wunde gelegt, wenn nötig. Zu Hilfe kam Dir Dein analytischer Sachverstand, Deine umfassende Bildung, Deine Kreativität und der Blick über den Tellerrand. Ob dieser Eigenschaften hörte man auf Dich. Zudem standest Du im hessischen politischen Raum stets bereit, zwischen der ärztlichen Berufsvertretung und politischen Gremien zu vermitteln. Deine Hilfsbereitschaft und Fürsorge galt nicht nur den Patienten, sondern jedermann. Dazu gehört auch die an vorderster Stelle segensreiche Tätigkeit im Bezirksverein Frankfurt, bei der es um die Hilfe für notleidende Ärzte und deren Nachkommen, bedingt durch die Unbilden nach dem Zweiten Weltkrieg, nach Flucht und überlanger Gefangenschaft, ging.

Nach Aufgabe Deiner beruflichen Tätigkeit kamst Du endlich dazu, Deinem Hobby

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

nachzugehen, besser: nachzuleben. Du wurdest als Schatzmeister Mitglied des Vorstandes im Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte und hast uns mit Werken wie „Im Labyrinth der Phantasie“, „Sage und schreibe“, „Irgendwo Wolken“, die auch in der Bad Nauheimer Bibliothek des Verbandes ihren Platz haben, begeistert. Den Dir angetragenen Rang als Präsident lehntest Du wegen der schweren Erkrankung Deiner lieben Ingrid mit dem Bemerkten ab, Du müsstest ihr in ihrer schweren Zeit zur Seite stehen. Sie war selbst Ärztin und hat Dir sehr geholfen, Deiner, eurer Laborpraxis einen hervorragenden Ruf über die Stadtgrenzen hinaus zu verschaffen. Dadurch hast Du Dich

auch nie zweimal bitten lassen, Du hast Dich immer zur Verfügung gestellt, wenn wir für tiefer gehende, geistvolle Themen einen entsprechenden Moderator gesucht haben.

Nun haben wir Abschied genommen von Dir, einem hoch motivierten und erfolgreichen Standespolitiker auf Landes- und Bundesebene, wenn ich da an den Ausschuss „Sanitätswesen“ denke und an die „Wiederentdeckung“ der 22er, deren Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker 1962 als Reservisten wieder „zu den Waffen“ gerufen wurden. Dabei denke ich an unsere gemeinsame Reservistenzeit – Bundestagsbeschluss! – in der Akademie in München.

Du wirst uns in Erinnerung bleiben als verlässlicher Freund, als intellektueller Gesprächspartner und vorbildlicher Vertreter der Belange der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit. Über äußere Ehrungen durftest Du Dich freuen: die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber, das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Silberne Bürgermedaille der Stadt Offenbach und die Schauwecker-Plakette des Bundesverbandes Deutscher Schriftsteller-Ärzte für besondere Verdienste um den Verband. Du wirst uns fehlen.

Danke, lieber Wolfgang Weimershaus

Dein Horst Joachim Rheindorf

Ehrung für das 30.000^{ste} Kammermitglied



(Bild pop)

Ende April ist sie 30 Jahre alt geworden. Wenige Wochen vor diesem runden Geburtstag flatterte der Frankfurter Assistenzärztin Claire Kim eine Überraschung ins Haus.

Anstelle des üb-

lichen Glückwunschs Schreibens zur Aufnahme in die Landesärztekammer Hessen erhielt sie die Einladung zu der Präsidiumssitzung der Landesärztekammer Hessen. Dort begrüßte Kammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe die junge Ärztin am 16. April als 30.000^{stes} Mitglied der Landesärztekammer und überreichte ihr als Willkommensgeschenk eine einjährige Mitgliedschaft in der Akademie der LÄKH.

„Sie haben einen wunderbaren Beruf in einer schwierigen Zeit gewählt“, sagte

Stüwe und wünschte Kim genügend Energie und Idealismus, um trotz ungünstiger beruflicher Rahmenbedingungen die Freude an der ärztlichen Tätigkeit nicht zu verlieren. Angesichts der aktuellen Situation im Gesundheitswesen sei dies keineswegs selbstverständlich: „Frustration am Arbeitsplatz und geringe Zeit für die Patientenversorgung führen bei vielen Kolleginnen und Kollegen zu einem beruflichen Wechsel oder zur Flucht ins Ausland.“

So könne die stattliche Zahl von nunmehr 30.000 Kammermitgliedern nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in Hessen die Zahl der aktiv in der Patientenversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte ständig abnehme, unterstrich die Ärztekammerpräsidentin.

Rund 68 % (in Zahlen: 20.517) der Kammermitglieder seien als niedergelassene Ärzte (9.806) oder Klinikärzte (10.711) kurativ tätig. „Dies bedeutet, dass über 30 % berufsfremd oder nichtärztlich tätig sind“, erklärte Stüwe. „Auch die Altersstruktur

unserer Mitglieder spricht Bände: 76 % aller hessischen Ärztinnen und Ärzte (in Zahlen: 22.862) sind über 40 Jahre alt.“ Und die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand steigt: Während im September 2004 noch 11,1 % (in Zahlen: 3.163) der zum damaligen Zeitpunkt 28.595 hessischen Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen nicht mehr berufstätig waren, wuchs die Zahl der Rentner bis heute auf 12,9 % (3.859) an. „Eine beunruhigende Entwicklung für die Patientenversorgung der Zukunft“, stellte Stüwe fest.

Claire Kim, die in Korea geboren wurde, arbeitet in der Augenklinik der Universitätsklinik Frankfurt. Dass auch hier kein Ärzteüberschuss herrscht, wurde ihr schnell bewusst: Wenige Tage nachdem sie ihre Stelle angenommen hatte, musste Kim die Verantwortung für eine Abteilung übernehmen.

Katja Möhrle

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Kurt Paulus, Darmstadt, am 23. Juli

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dokt.Med./Univ.Prag Dokt.Rer.Nat./Bruenn Wilhelm Lahn, Hattersheim, am 21. Juli,
Dr. med. Joachim Unger, Frankfurt, am 25. Juli,
Professor Dr. med. Dieter Böhmer, Neu-Isenburg, am 30. Juli.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektorin a.D. Dr. med. Annette Meimberg, Bad Nauheim, am 9. Juli,
Dr. med. Walter von Gierke, Leun, am 26. Juli.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ingrid Hammar, Fulda, am 9. Juli,
Dr. med. Dr. med. dent. Heinz-Jürgen Gille, Petersberg, am 25. Juli,
Dr. med. Horst-Günther Jaath, Kassel, am 25. Juli.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Obermedizinalrätin a.D. Dr. med. Ingrid Barthelmai, Marburg, am 22. Juli,
Dr. med. Bernd Kaute, Homberg, am 29. Juli.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Robert Rüenauver, Taunusstein, am 22. Juli.

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

Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 2008

14. Legislaturperiode 2008 – 2013

Beschluss des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen:

Gemäß § 4 Absatz 1 der Wahlordnung für die Delegiertenversammlung der Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- und Apothekerkammern (VO vom 11. Juni 1959 (GVBl. S. 12) i.d.F. der VO vom 4. September 1963 (GVBl. S. 142) und vom 13. Juli 1967 (GVBl. S. 137)) hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen in seiner Sitzung am 16. April 2008 folgende Personen zu Ersatzmitgliedern des Wahlausschusses berufen:

1. Herrn Dr. med. Eberhard Klaubert, Offenbach,
2. Herrn Dr. med. Johann Wilhelm Pläß, Gießen

Frankfurt am Main, den 28. April 2008



Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin der Landesärztekammer Hessen

Erwerb des Abschlusses im staatlich anerkannten Ausbildungsberuf Arzthelferin/Arzthelfer durch EXTERNENPRÜFUNG

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als „Mindestvoraussetzung“ für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Personen ohne Ausbildungsabschluss tragen ein besonderes Arbeitsmarktrisiko.

Wir möchten deshalb darauf aufmerksam machen, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Personen zur Abschlussprüfung für **Arzthelfer/innen** zugelassen werden können, die keine dreijährige Vollzeitausbildung im dualen System durchlaufen haben. Voraussetzung hierfür ist der Nachweis einer vorangegangenen Tätigkeit im **Arzthelfer/innen-Beruf**. Die Dauer dieser Berufstätigkeit muss mindestens das Eineinhalbfache der regulären Ausbildungszeit betragen, also 4,5 Jahre. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf. Von diesem Zeiterfordernis kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargelegt wird, dass die/der Bewerber/in die berufliche Handlungsfähigkeit erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen. Ausländische Bildungsabschlüsse und Zeiten der Berufstätigkeit im Ausland sind dabei zu berücksichtigen.

Alle Interessenten mit entsprechender Berufserfahrung können sich zur **Arzthelfer/in-Abschlussprüfung** anmelden. Die aktuellen Prüfungstermine können Sie unter der unten angegebenen Nummer erfragen. Die Anmeldefristen liegen ca. drei Monate vor dem Prüfungstermin. Der schriftliche Antrag ist zu richten an: Landesärztekammer Hessen, Abteilung **Arzthelfer/in-Ausbildungswesen**, Im Vogelsongesang 3, 60488 Frankfurt, Telefon: 069 97672-154/155. Der Anmeldung ist ein Lebenslauf und die Bescheinigung über das Vorliegen der besonderen Zulassungsvoraussetzungen beizufügen.

Falls Sie an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte als Externe teilnehmen möchten, empfehlen wir Ihnen im Hinblick auf die Änderung des Ausbildungsberufsbildes und der gesteigerten Prüfungsanforderungen die Fortbildung in folgenden Bereichen: Disease Management Programme, Qualitätsmanagement, Praxismanagement, Kommunikation. Die Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim ist gerne bereit, Sie individuell – auch vor Ort – zu beraten (Tel. Sekretariat Schulleitung: 06032 782-189).

Im Zusammenhang mit dem Erwerb der notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse des Berufsbildes möchten wir auf das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim hinweisen, das unter nachstehender Adresse zu beziehen ist: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Telefon: 06032 782-100, Fax: 06032 782-180.

Landesärztekammer Hessen
Ausbildungswesen: **Arzthelfer/innen** und Medizinische
Fachangestellte

Ausschreibung**NeuroWiss**

Verein zur Förderung der
Neurologischen Wissenschaften
Frankfurt am Main e.V.

Wissenschaftlicher Förderpreis 2008

und

Wissenschaftlicher Nachwuchspreis 2008

Durch einen Förderpreis soll die wissenschaftliche Tätigkeit und das damit verbundene Engagement der in den neurologischen Wissenschaften tätigen Berufsgruppen gefördert und unterstützt werden. Einzureichen sind Arbeiten, die sich wissenschaftlichen Fragestellungen und Sachverhalten auf dem Gebiet der Neurowissenschaften (z.B. Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Neurologische Rehabilitation, Neurologische Pflege) widmen.

Das besondere Anliegen des Vereins ist, klinische Arbeit zu fördern. Mindestens einer der Preise wird einer klinisch orientierten Arbeit zugesprochen. Ein weiterer Preis wird als so genannter Nachwuchspreis an einen jungen Kollegen oder eine junge Kollegin bis zum vollendeten 35. Lebensjahr vergeben.

Der Gesamtbetrag von Euro 4.500 wird auf folgende Einzelpreise verteilt:

1. Preis Euro 1.500,-
2. Preis Euro 1.500,-
3. Preis Euro 1.500,-

Die Arbeit muss nicht veröffentlicht worden sein, muss aber den Kriterien einer zur Veröffentlichung eingereichten Arbeit genügen. Die Bewerbung bzw. das Einreichen einer Arbeit ist dabei nicht an die Mitgliedschaft im Verein gebunden.

Einsendeschluss ist der **30. Juni 2008** bei:

Professor Dr. med. Claus R. Hornig
Vorsitzender des Vorstandes NeuroWiss
c/o Vorstandssekretariat
OfficeService Hofmann
Steinweg 2
65824 Schwalbach/Ts.

Weitere Informationen: www.neurowiss.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Erich Arnold, Darmstadt

* 3.11.1915 † 29.3.2008

Dr. med. Hertalies Bartsch, Erbach

* 6.1.1921 † 23.12.2006

Gerda Benner, Dietzenbach

* 15.8.1924 † 31.3.2008

Rafiek Farrouh, Offenbach

* 17.8.1937 † 12.3.2008

Dr. med. Liselotte Gohritz, Kirchhain

* 11.6.1920 † 28.1.2008

Dr. med. Erika Haase, Kassel

* 13.1.1926 † 2.3.2008

Dr. med. Wolf-Peter Heimann, Babenhausen

* 7.9.1944 † 11.3.2008

Dr. med. Eugenie Henn, Heidenrod

* 28.9.1918 † 10.3.2008

Ltd. Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Ingeburg John, Wiesbaden

* 17.6.1922 † 11.3.2008

Günter Meßloh, Homberg

* 22.4.1947 † 7.4.2008

Dr. Medic./Imp Klausenburg Aurelia Miess, Frankfurt

* 26.5.1928 † 11.4.2007

Docotor medicinae universae/Universität Klausenburg/Rumänien

Enea Olteanu, Offenbach

* 9.2.1914 † 22.3.2008

Dr. med. Peter Schmidt, Eltville

* 4.6.1922 † 21.2.2008

Dr. med. Gerd Schwenzer, Maintal

* 29.7.1918 † 30.1.2006

Dr. med. Werner Strobel, Kronberg

* 13.6.1919 † 28.3.2008

Dr. med. Engelbert Wüsten, Bad Nauheim

* 23.10.1913 † 10.4.2008

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/M 75/1999, ausgestellt am 20.8.1999, für Dr. med. Elisabeth Grieger, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/F/5319, ausgestellt am 26.11.1999, für Christoph Müller, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K 3839, ausgestellt am 23.2.1998, für Sabine Ross, Bad Sooden-Allendorf,

Arztausweis Nr. HS/F/14089, ausgestellt am 2.3.2007, für Dr. med. Felicitas Scholten, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K 9716, ausgestellt am 20.8.2007, für Lina Tinovska, Kassel,

Stempel Nummer 40 77 283 (Wochenende) und 40 76 551 (Wochentag), Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bad Soden-Salmünster (Dr. med. Tristan Künzel, Sondershausen).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Bianca März, tätig bei Professor Dr. med. P. W. Gündling und R. Sachse, Bad Camberg

Tatjana Jäger, tätig bei Dres. med. P. Cassel und C. Heitmann, Gießen

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

Gabriele Becker, seit 11 Jahren tätig bei Dres. med. A. Stammnitz und A. Zimmermann, Marburg

Bärbel Doebling, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. E. Minning, Wetzlar

Jutta Fitzner, seit 23 Jahren tätig bei Dr. med. B. Heil, Wetzlar

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

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

Petra Jeckel, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. J. Klein und R. Kraft-Merbach, Büdingen

Bettina Mankel, tätig bei Dr. med. M. Stafunsky, Marburg

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



Mit mehr Patientennähe bessere Therapieerfolge

AOK und Ärztekammer Berlin schreiben Berliner Gesundheitspreis
2008 aus

Gesagt ist nicht getan: Medikamente landen auf dem Müll, Gesundheitssportkurse werden rasch wieder abgebrochen, vom Arzt angeregte Diäten kommen oft über ein Anfangsstadium nicht hinaus. Kurz gesagt: Mit der Therapietreue oder „Adherence“ der Patienten hapert es nur allzu oft. Wie man hier zu besseren Erfolgen kommen kann, dieser Frage geht der Berliner Gesundheitspreis 2008 nach. Studien belegen, dass Behandlungserfolge sehr viel höher sind, wenn der Arzt nicht über den Kopf des Patienten hinweg entscheidet, sondern ihn bei der Planung einer Therapie aktiv einbezieht.

Gesucht werden innovative Ideen und Modelle für eine Arzt-Patienten-Beziehung, bei der der Patient aktiv und gleichberechtigt in die Therapieplanung und -durchführung einbezogen wird. Ziel ist es dabei, die Therapiemotivation und Therapietreue zu stärken. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie Träger von Forschungsprojekten, die geeignete Konzepte anbieten, sind aufgerufen, sich an dem Wettbewerb zu beteiligen.

Der Berliner Gesundheitspreis mit einem Preisgeld im Gesamtvolumen von 50.000 Euro wird in diesem Jahr zum siebten Mal ausgeschrieben. Eine unabhängige Jury aus Vertretern von Politik, Medizin und Wissenschaft entscheidet über die Preisvergabe. Die Preisverleihung findet im Frühjahr 2009 in Berlin statt.

Einsendeschluss ist der 30. September 2008.

Ausschreibungs- und Teilnahmeunterlagen sowie weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.berliner-gesundheitspreis.de oder bei der Geschäftsstelle des Berliner Gesundheitspreises, c/o AOK-Bundesverband, Dependence Berlin, Charlottenstr. 42, 10117 Berlin, Tel. 030 340602109, E-Mail-Kontakt: berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de

**Lösung des Medizinischen Zahlenrätsels von Seite 322,
Ausgabe 5/2008**

CAVASCHIRMEINLAGE

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 Nr. 2 und 17 Absatz 1 Satz 1 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519-524), i.V.m. § 5 Abs. 6d der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 15. März 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Hessen vom 9. April 2005 (HÄBl. 6/2005, S. 421-423), geändert am 5. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 51) wird wie folgt geändert:

1.) § 1 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 1 Ziel der Fortbildung, Zuständigkeiten

Fortbildung der hessischen Ärztinnen und Ärzte dient dem Erhalt und der dauerhaften Aktualisierung der fachlichen Kompetenz. Die Landesärztekammer Hessen kategorisiert die in Hessen stattfindenden Fort- und Weiterbildungen und bewertet diese mit Fortbildungspunkten. Bundesweite oder im Ausland stattfindende Fortbildungen werden von der Landesärztekammer Hessen im Voraus nur anerkannt, wenn der Hauptsitz des Veranstalters in Hessen ist.“

2.) Die Überschrift des § 5 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 5 Punktekonto und Fortbildungszertifikate der Landesärztekammer Hessen“

3.) In § 5 werden aus den bisherigen Absätzen 1 bis 3 die neuen Absätze 3 bis 5. In Absatz 5 Satz 2 wird die Ziffer „1“ durch die Ziffer „3“ ersetzt. Zudem werden in § 5 folgende neue Absätze 1 und 2 eingefügt:

„(1) Für die Verwaltung von Fortbildungspunkten führt die Landesärztekammer Hessen für ihre Mitglieder Fortbildungspunktekonto, auf die erworbene Fortbildungspunkte übertragen werden können. Auf dem individuellen Punktekonto werden alle Fortbildungspunkte mit den entsprechenden Kategorien erfasst.

(2) Das Punktekonto kann von jedem Kammermitglied individuell über ein Online-Portal auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen eingesehen werden. Auf Antrag erhält das Kammermitglied die notwendige Zugangsberechtigung.“

4.) In § 9 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 angefügt:

„Die Antragstellung hat grundsätzlich über das Online-Formular auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen zu erfolgen.“

5.) In § 9 wird Absatz 4 wie folgt neu gefasst:

„(4) Für jede anerkannte Fortbildungsmaßnahme hat der Veranstalter eine Teilnehmerliste zu führen und diese spätestens zwei Wochen nach der Veranstaltung dem Elektronischen Informationsverteiler der Bundesärztekammer gemäß der dort gültigen

Bedingungen (<http://www.eiv-fobi.de>) zu übermitteln.“

6.) In § 9 werden nach Absatz 4 folgende neue Absätze 5 bis 7 angefügt:

„(5) Ausnahmsweise kann die elektronische Meldung an den Einheitlichen Informationsverteiler auch durch die Kammer erfolgen, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:

- a) der Veranstalter ist ein Mitglied der Landesärztekammer Hessen
- b) der Veranstalter verwendet die zur Verfügung gestellten koordinierten Teilnehmerlisten
- c) die Legitimation des Teilnehmers auf der Teilnehmerliste erfolgt durch den EFN-Barcode

(6) Jeder Teilnehmer hat eine vom ärztlichen Leiter der Fortbildung unterschriebene Bestätigung über die Teilnahme zu erhalten, wenn er regelmäßig und vollständig an der Veranstaltung teilgenommen hat.

(7) Die Landesärztekammer Hessen behält sich eine stichprobenhafte Überprüfung der von ihr anerkannten Fortbildungen vor. Hierfür ist einem Vertreter der Landesärztekammer Hessen nach vorheriger Ankündigung ein kostenfreier Zutritt zu der anerkannten Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen, soweit die Art der Veranstaltung nicht dagegen steht.“

7.) In § 10 a Satz 2 wird Ziffer 2 wie folgt neu gefasst:

„2. die Qualität der Veranstaltungen durch stichprobenartige Prüfungen gesichert wird,“

II.

Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Hessen in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juni 2008 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 15. März 2008 beschlossene Satzung zur Änderung der Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 16. April 2008



Dr. med. Ursula Stüwe
– Präsidentin –

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519-524), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 15. März 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBl. Sonderheft 10/2005, S. 1-73), zuletzt geändert durch Satzung vom 5. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 49), wird wie folgt geändert:

1.) Das Inhaltsverzeichnis wird im Abschnitt B von Punkt 12 bis Punkt 12.2.8 wie folgt neu gefasst:

„12.	Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin
12.1	FA Allgemeinmedizin
12.2	FA Innere Medizin
12.3.1	FA Innere Medizin und Angiologie
12.3.2	FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
12.3.3	FA Innere Medizin und Gastroenterologie
12.3.4	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
12.3.5	FA Innere Medizin und Kardiologie
12.3.6	FA Innere Medizin und Nephrologie
12.3.7	FA Innere Medizin und Pneumologie
12.3.8	FA Innere Medizin und Rheumatologie“

2.) In Abschnitt A wird in § 4 Absatz 4 a hinter dem Spiegelstrich „- den Strukturen des Gesundheitswesens“ ein Punkt gesetzt und der nachfolgende Spiegelstrich „- dem Impfwesen.“ gestrichen.

3.) In Abschnitt A wird in § 4 nach Absatz 4 a folgender neuer Absatz 4 b eingefügt:

„(4b) Das Impfwesen ist in allen Fächern mit unmittelbarem Patientenbezug grundlegender Bestandteil des Faches. Soweit die Inhalte nicht Bestandteil der Facharzt-Weiterbildung sind, ist die Qualifikation durch eine strukturierte Weiterbildungsmaßnahme nachzuweisen.“

4.) In Abschnitt A wird in § 20 Absatz 6 das Wort „drei“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

5.) In Abschnitt A wird in § 20 Absatz 8 Satz 5 das Wort „drei“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

6.) In Abschnitt A wird in § 20 nach Absatz 9 folgender neuer Absatz 10 angefügt:

„(10) Fachärzte mit unmittelbarer Patientenversorgung, die für ihre Facharztanerkennung keine besonderen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Impfwesen nachweisen mussten, dürfen über ihre Gebietsgrenzen hinausgehende Impfungen nur durchführen, wenn sie eine entsprechende Weiterbildungsmaßnahme nachweisen können.“

7.) Die in Abschnitt B enthaltene Auflistung der Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen wird in der Zeile „12. Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wie folgt neu gefasst:

12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin	12.1 FA Allgemeinmedizin
	12.2 FA Innere Medizin
	12.3.1 FA Innere Medizin und Angiologie
	12.3.2 FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
	12.3.3 FA Innere Medizin und Gastroenterologie
	12.3.4 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
	12.3.5 FA Innere Medizin und Kardiologie
	12.3.6 FA Innere Medizin und Nephrologie
	12.3.7 FA Innere Medizin und Pneumologie
	12.3.8 FA Innere Medizin und Rheumatologie

8.) In Abschnitt B wird in Punkt „12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ der Absatz „Weiterbildungsziel“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin ist die Erlangung von Facharztkompetenzen 12.1, 12.2 oder 12.3.1 bis 12.3.8 nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.“

9.) In Abschnitt B wird in Punkt „12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ die Überschrift des Absatzes „Gemeinsame Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/ Schwerpunktkompetenzen 12.1 und 12.2:“ wie folgt neu gefasst:

„Gemeinsame Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharztkompetenzen 12.1, 12.2 oder 12.3.1 bis 12.3.8:“

10.) In Abschnitt B werden in Punkt „12.1 Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin“ im Absatz „Weiterbildungsziel“ die Worte „Facharzt-/ Schwerpunktkompetenzen“ durch das Wort „Facharztkompetenzen“ ersetzt.

11.) In Abschnitt B wird in Punkt „12.1 Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin“ im Absatz „Weiterbildungszeit“ hinter den Worten „36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung“ der Klammerzusatz „(Basisweiterbildung)“ eingefügt.

12.) In Abschnitt B werden in Punkt „12.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin“ die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) und
- 24 Monate stationäre Weiterbildung in den Facharztkompetenzen 12.2 und/oder 12.3, die in mindestens 2 verschiedenen Facharztkompetenzen abgeleistet werden, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

13.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.1 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie“ der neue Punkt „12.3.1 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Angiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Angiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können

- können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

14.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie“ der neue Punkt „12.3.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Endokrinologie und Diabetologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in einem endokrinologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

15.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie“ der neue Punkt „12.3.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Gastroenterologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Gastroenterologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharzt-kompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

16.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.4 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie“ der neue Punkt „12.3.4 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Hämatologie und Onkologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in einem hämatologisch-onkologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharzt-kompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

17.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.5 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie“ der neue Punkt „12.3.5 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Kardiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der

Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Kardiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharzt-kompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

18.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.6 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie“ der neue Punkt „12.3.6 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Nephrologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Nephrologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in der Dialyse
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharzt-kompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

19.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.7 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie“ der neue Punkt „12.3.7 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Pneumologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Pneumologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

- 20.) In Abschnitt B wird aus Punkt „12.2.8 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie“ der neue Punkt „12.3.8 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie“, zudem werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:**

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung in Rheumatologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in einem rheumatologisch-immunologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

- 21.) In Abschnitt B wird in den Punkten 12.1 bis 12.3.8 jeweils im Absatz „Weiterbildungsinhalt“ der erste Spiegelstrich „- den gemeinsamen**

Inhalten für die im Gebiet enthaltenen Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen“ durch den neuen Spiegelstrich „- den gemeinsamen Inhalten der Basisweiterbildung“ ersetzt.

- 22.) In Abschnitt C wird in der Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“ der Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung“ wie folgt neu gefasst:**

„Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie“

- 23.) In Abschnitt C wird in der Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“ der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:**

„Weiterbildungszeit:

- 18 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 im Schlaflabor, davon können
 - 6 Monate während der Facharztweiterbildungen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden
- Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.“

II.**In-Kraft-Treten**

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2008 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 15. März 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 28. April 2008 (Geschäftszeichen: V 1 18 b 2120) genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 6. Mai 2008



Dr. med. Ursula Stüwe
- Präsidentin -

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
-----------	--

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie
Bensheim	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
--------------------	--

Planungsbereich Landkreis Odenwald

Reichelsheim	Fachärztin/Facharzt für Anästhesie
--------------	------------------------------------

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.-Schwanheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
Frankfurt/M.	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Innenstadt	Internistin/Internist -Kardiologie- -fachärztlich- (Überörtlicher Berufsaus- übungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt/M.-Hedderheim	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Frankfurt/M.-Höchst	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
Main-Taunus-Kreis	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Main-Taunus-Kreis	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
-------------	---

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------------	--

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Frauenärztin/Frauenarzt
---------------------	-------------------------

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Kesselstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
Bruchköbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist
Bad Orb	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist

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 Lahn-Dill-Kreis

Lahnau	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin -hausärztlich- (Gemeinschaftspraxisanteil)
Wetzlar	Fachärztin/Facharzt für Urologie (Gemeinschaftspraxisanteil)
Wetzlar	Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin -fachärztlich-
Bad Vilbel	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin -hausärztlich-
Büdingen	Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Gemeinschaftspraxisanteil)
Karben	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin -hausärztlich- bzw. Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Biedenkopf	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. 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 Kassel-Stadt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Kassel Augenärztin/Augenarzt
Kassel Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist - hausärztlich-

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Weilburg Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

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 Schwalm-Eder-Kreis

Gudensberg Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
oder Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin - hausärztlich-

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Hausarztinternistin/Hausarztinternist
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Idstein Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

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.

Praxisvertretung

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die *Kassenärztliche Vereinigung Hessen, – Landesstelle –, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069 79502-757* zu wenden.

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

Ausschreibungsfrist für den „Deutschen Pfizer Forschungspreis für Medizin 2008“ der Universität Freiburg beginnt



Pfizer Deutschland und Albert-Ludwigs-Universität Freiburg setzen Engagement zur Förderung junger Forscherinnen und Forscher fort

Die Ausschreibungsfrist für den „Deutschen Pfizer Forschungspreis für Medizin 2008“ hat begonnen. Der vom Arzneimittelhersteller Pfizer gestiftete Preis wird bereits seit vier Jahren von der Freiburger Albert-Ludwigs-Universität ausgeschrieben. Er ist mit 8.000 Euro dotiert und wird im Vorschlagsverfahren vergeben. Dazu können die medizinischen Fakultäten aller deutschen Universitäten noch bis zum 30. Juni 2008 einer deutschlandweit besetzten Jury aus Medizinprofessoren je einen geeigneten Kandidaten benennen. Förderungswürdig sind Postdoktorandinnen und Postdoktoranden mit einer hervorragenden Habilitation oder habilitationsähnlichen Leistungen sowie Juniorprofessorinnen und -professoren mit entsprechender Publikationsliste.

Mit dem Preis werden das bisherige wissenschaftliche Werk und zukunftsweisende Leistungen einer Forscherin oder eines Forschers gewürdigt, die oder der zum Zeitpunkt des Nominierungsschlusses noch keine 36 Jahre alt ist. Informationen zu den Ausschreibungsmodalitäten erhalten Professoren und Professorinnen medizinischer Fakultäten deutscher Universitäten bei ihrem Dekanat oder bei dem Beauftragten für Projekte der Universität Freiburg, Bruno Zimmermann, unter der Telefonnummer: 0761 203-4244 oder per E-Mail: zimmermann@verwaltung.uni-freiburg.de.

weitere Informationen: Pfizer Deutschland GmbH,
Unternehmenskommunikation, Martin Fensch,
Postfach 4949, 76032 Karlsruhe
E-Mail: martin.fensch@pfizer.com
Internet: www.pfizer.de

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

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 24. April 2008 folgende Beschlüsse gefasst:

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

Darmstadt-Stadt	Hausärzte	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	Kinderärzte	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	Augenärzte	ÜV
Main-Taunus-Kreis	Hausärzte	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	Frauenärzte	ÜV

- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die mit „ÜV“ gekennzeichneten Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

- III. Bei den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen wird die Zulassungsbeschränkung gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 23 der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte mit der Auflage aufgehoben, dass Zulassungen nur in dem (in Klammern ausgewiesene Anzahl von Ärzten) angegebenen Umfang erfolgen dürfen:

Frankfurt/M.-Stadt	(1)	Augenarzt
Offenbach-Stadt	(1)	Augenarzt
Wiesbaden-Stadt	(1)	Hausarzt
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(1)	Nervenarzt
Landkreis Groß-Gerau	(1)	Frauenarzt
Landkreis Groß-Gerau	(1)	Hautarzt
Landkreis Groß-Gerau	(1)	Nervenarzt
Odenwaldkreis	(1)	Frauenarzt
Landkreis Gießen	(2)	Hausärzte
Landkreis Kassel	(1)	Nervenarzt

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von sechs Wochen nach Erscheinen dieser Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,

- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

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

Hinweis:

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

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 24. April 2008 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder der für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Bezirksstelle über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

DER VORSITZENDE

Dr. jur. Johannes Kerth

Frankfurt/M., 24. April 2008

Planungsbereich	Haus- ärzte	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chir- urgen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Hautärzte fachärztl. tätige Inter- nisten	Kinder- ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päden	Psychotherapeuten		Radio- logen	Urolo- gen
											ärztliche	psychol.		
Darmstadt-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Frankfurt-Stadt	(1)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Offenbach-Stadt	(3)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Wiesbaden-Stadt	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt- Dieburg	(16)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	(1)	ÜV	(1)	ÜV			ÜV	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	(7)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Bieden- kopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Kassel-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Fulda	(8)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Roten- burg	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Kassel	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV			ÜV	ÜV
Schwalim-Eder-Kreis	(1)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Waldeck-Franken- berg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV

Gemäß
§ 22 Abs. 6 Bedarfs-
planungs-Richtlinie
gilt nach wie vor
der Beschluss des
Landesausschusses
vom
25. Oktober 2007

ÜV = gesperrte Planungsbereiche
offene Planungsbereiche

neu gesperrte Planungsbereiche (siehe I)
neu geöffnete Planungsbereiche (siehe III)
weiter geöffnete Planungsbereiche