

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

4 | 2009

April 2009

70. Jahrgang

- Medizin á la bolognese – von Bachelors und Badern
- 2. Hessischer Heilberufetag am 3. Juni 2009
- Aktuelles zu Hantaviren
- Ist Irren menschlich? – Strukturwandel im Gesundheitssystem
- Screening im kraniomandibulären System
- Kritische Betrachtungen zur Therapie von CMD-Patienten



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

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Hoffelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-147, Fax 069 97672-247
E-Mail angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.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

z.zt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 104,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 104,50 € 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	228
Vorankündigung: 2. Hessischer Heilberufetag am 3. Juni 2009	229
Fortbildung	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 3: Mistel	230
Aktuelles	
Medizin à la bolognese – von Bachelors und Badern	231
Landesärztekammer Hessen	
Zahlt sich aus: Die Bildungsprämie	236
Aktuelles	
Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten	237
2. Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie der LÄK	239
Aktuelles zu Hantaviren	242
Ist Irren menschlich? – Strukturwandel im Gesundheitswesen	246
Fortbildung	
Screening im kraniomandibulären System	250
Kritische Betrachtungen zur Therapie von CMD-Patienten	253
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	257
Carl-Oleemann-Schule, Bad Nauheim	263
Landesärztekammer Hessen	
Fortbildung zur Arbeitsmedizinischen Gehörvorsorge nach G20 „Lärm“ als Pilotprojekt erfolgreich durchgeführt	265
Aktuelles	
Beske: Politik belastet Krankenkassen in Milliardenhöhe	266
Arzt- und Kassenarztrecht	
Honorarrückforderung bei nicht persönlicher Leistungserbringung	267
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	268
Mit meinen Augen	
Den Krankenkassen geht es gut – den Ärzten nicht!	269
Satire Der Osterhase als Goldesel	270
Humoristisches Der Kuckuck	270
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	271
Bücher	272, 273
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	273
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	283

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung überträgt der Autor das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



*Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Bild pop)*

„Bunt ist meine Lieblingsfarbe“, hat der Architekt Walter Gropius einmal gesagt. Wenn ich diesen Satz lese, treffen vor meinem inneren Auge unterschiedliche Farben, von hell bis dunkel, wie in einem Bild aufeinander. Ein bunter Spiegel der Welt, in der wir leben? Wohl kaum, denn wer in diesen Tagen Nachrichten und politische Diskussionen verfolgt, hat den Eindruck, dass dunkle Töne das Farbspektrum dominieren. Auch die Lage im Gesundheitswesen ist in düstere Farben getaucht. Ärger und Frustration sitzen bei vielen Ärztinnen und Ärzten tief, denn die Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis stimmen schon lange nicht mehr – von der Vergütung ganz zu schweigen. Demonstrationen und lautstarke Proteste scheinen zu verhallen, da sich die Verhältnisse mit jeder neuen gesetzlichen Regelung verschlechtern. Jüngstes Beispiel ist die Honorarreform, die zahlreiche niedergelassene Kolleginnen und Kollegen um ihre Existenz fürchten lässt. Dabei sollte die Reform ursprünglich für mehr Gerechtigkeit sorgen, die Vergütung ärztlicher Leistungen verbessern, regionale Unterschiede beseitigen und floatende Punktewerte durch ein in Euro kalkulierbares Abrechnungssystem ersetzen. Doch die von der Bundesregierung zusätzlich zur Verfügung gestellten rund drei Milliarden Euro kommen ungleich bei den Vertragsärzten an. Nach-

dem ihnen das Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal II/2009 mitgeteilt wurde, hat sich gezeigt, dass alle Fachgruppen starke Umsatzverluste hinnehmen müssen – aber in allen Bundesländern unterschiedlich. Von gleicher Vergütung für vergleichbare Leistung keine Rede! Hessen rangiert am unteren Ende. Eine Neuregelung der Honorarreform, wie sie auch von der Bundesärztekammer gefordert wird, ist daher dringend geboten. Doch die Forderungen der Ärzteschaft zielen darüber hinaus. Es geht darum, das deutsche Gesundheitswesen, das noch immer zu den besten der Welt zählt, zum Wohl der Patientinnen und Patienten zu erhalten. Dafür ist es notwendig, neue Weichenstellungen im System vorzunehmen.

Auch wenn es schwer fallen mag, in der aktuellen Situation Lichtblicke, helle Farben zu entdecken, die einen Weg aus der Krise des Gesundheitswesens signalisieren – es gibt sie. In einem Gespräch, das ich im März mit Jürgen Banzer, dem neuen hessischen Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit geführt habe, drückte dieser nicht nur Verständnis für die Sorgen und Nöte von Ärztinnen und Ärzten aus, sondern auch für die Notwendigkeit grundlegender Veränderungen im System. Banzer nannte die Ärzteschaft eine der tragenden Säulen der Gesellschaft. Wenn der Unmut von Ärztinnen und Ärzten weiter wachse und das Gesundheitswesen an die Wand gefahren werde, sei eine Erosion der Gesellschaft zu befürchten. Er unterstrich, dass zu einem funktionierenden Gesundheitswesen auch eine leistungsgerechte und transparente

Vergütung gehöre. Jeder Arzt müsse am Ende des Tages erkennen können, was er eingenommen habe, und diese Einnahmen müssten sich von Jahr zu Jahr erhöhen. Es sei daher nicht als Erfolg zu werten, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt gefallen sei. Tatsächlich müsste der Anteil angesichts des zunehmenden Leistungsvolumens im Gesundheitswesen steigen. Die Deckelung der Budgets bezeichnete der Minister als ein Grundübel; in dem Gesundheitsfonds sah er keine Lösung des Problems. Banzer zeigte sich offen gegenüber Vorschlägen für ein neues Abrechnungssystem, das durch Transparenz Leistung und Gegenleistung wiederspiegeln soll. Er forderte jedoch Kontrollen durch die ärztliche Selbstverwaltung. Deutlich hob der Minister hervor, wie wichtig eine geschlossene Ärzteschaft sei, um berechtigte Forderungen vertreten und durchsetzen zu können. Die Landesärztekammer betrachtete er als den verlässlichen und kompetenten Ansprechpartner seines Ministeriums. Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns diese Chance nutzen, den notwendigen Wandel in der Gesundheitspolitik von Hessen aus gemeinsam mit der neuen Landesregierung zu initiieren.

Herzlichst
Ihr

*Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach, Präsident*



Vorankündigung

2. Hessischer Heilberufetag

Symposium mit Vorträgen und Diskussion



Die hessischen Heilberufe: Verantwortung für Mensch, Tier und Umwelt

3. Juni 2009 | 16.00 Uhr

Wiesbadener Casino-Gesellschaft
Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

**Hauptreferent: Karl Kardinal Lehmann,
Bischof von Mainz**

Wir laden Sie herzlich ein. Diskutieren Sie mit!

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen | Kassenärztliche Vereinigung Hessen | Landeszahnärztekammer Hessen |
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen | Landesapothekerkammer Hessen |
Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen | Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen und Anmeldung: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen
Katja Möhrle, Tel.: 069 97672-188, Fax: 069 97672-224
E-Mail: katja.moehrle@laekh.de

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 3: Mistel (*Viscum album L.*) Alexander H. Jakob

Während die Mistel im Sommer trotz ihrer Blüte in der Regel durch das Laub der Bäume, auf denen sie als Halbschmarotzer lebt, verdeckt wird, so fallen ihre kugeligen Gebilde mit grünen Blättern und weißen Beeren („Wintergrün“) in den Wintermonaten auf den kahlen Wirtsbäumen, wie zum Beispiel Apfel- und Eichenbäumen deutlich auf.

Bereits bei den Kelten wurde sie als Heilpflanze eingesetzt („Hexenkraut“), erlebte ihre eigentliche medizinische Bedeutung allerdings im Einsatz in der onkologischen Therapie, was insbesondere in der antroposophischen Medizin nach der Lehre Rudolf Steiners (1861–1925) besondere Bedeutung erlangte.

Während in der klassischen Phytotherapie Extrakte gewonnen werden, finden im anthroposophischen Herstellungsverfahren Fermente ihre Verwendung.

Präparate mit standardisiertem Lektingehalt werden insbesondere zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebspa-

tienten, aber auch mit dem Ziel der Tumorreduktion eingesetzt.

Für ersteres Ziel, sowie die Stimulation des Immunsystems und die Erhöhung der Überlebensrate gibt es durchaus Studien, deren Evidenz positive Effekte vermuten lässt, aber auch gegenteilige Ergebnisse.

Der Einsatz als Monotherapie ist somit keinesfalls zu empfehlen und beim Einsatz die Toxizität zu beachten.

Früher berichtete Verwendungen zum Beispiel bei der Hypertonie oder bei Schlafstörungen spielen aus letzterem Grund heute keine Rolle mehr.



Abb. 1: Mistel

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Alexander H. Jakob
Facharzt für Allgemeinmedizin
– Naturheilverfahren –
Stierstädtter Straße 8a
61350 Bad Homburg v. d. H.
E-Mail: drjakob@gmx.de

5. KKH-Innovationspreis 2009 für Früherkennung und Prävention

Die KKH setzt seit vielen Jahren auf innovative Vorhaben. Mit Prävention und Früherkennung liegen uns dabei Themen am Herzen, die in der Gesundheitspolitik noch nicht ausreichend Beachtung finden. Viel zu häufig stehen einseitig Kosten und Einsparungen im Mittelpunkt des Denkens und Handelns.

Mit dem KKH-Innovationspreis wirken wir bewusst dieser Entwicklung entgegen. Früherkennung und Prävention soll der gleiche Stellenwert eingeräumt werden wie der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege.

Auf Basis innovativer und anwendungsorientierter Arbeiten und Ergebnisse aus deutschen Forschungseinrichtungen sowie von Praktikern wollen wir Anstöße zur Weiterentwicklung von Früherkennung und Prävention auch bei Kindern und Jugendlichen geben. Viele der in den vergangenen Jahren prämierten Arbeiten sind als Modellvorhaben oder Projekte in die Versorgungswirklichkeit eingegangen.

Der KKH-Innovationspreis ist insgesamt mit 24.000 Euro dotiert. Das Preisgeld für den ersten Preis beträgt 12.000 Euro, für den zweiten Preis 8.000 Euro und für den dritten Preis 4.000 Euro.

Teilnahmevoraussetzungen Es können eingereicht werden: Arbeiten, die in deutschen Forschungseinrichtungen oder von Praktikern entwickelt

wurden und Früherkennungs- und/oder Präventionsmaßnahmen betreffen. Zu verfassen sind die Texte in deutscher Sprache. Diese Ausfertigung wird durch ein Abstract ergänzt. Jeder Teilnehmer kann nur eine Arbeit einreichen. Bereits mit einem Preis ausgezeichnete Arbeiten können nicht berücksichtigt werden. Diplomarbeiten, Magisterarbeiten und Dissertationen werden ausschließlich auf Vorschlag eines Hochschullehrers angenommen.

Die einzureichenden Unterlagen sind: • das Bewerbungsformular, • eine gutachterliche Stellungnahme bei Diplom- und Magisterarbeiten sowie bei Dissertationen, • ein Abstract und • die Beschreibung des Vorhabens nach den vorgegebenen Standards.

Teilnahmeschluss ist der 31. Mai 2009.

Preisverleihung Die öffentliche Bekanntgabe der Preisträger und die Preisverleihung erfolgen im Rahmen des 3. Nationalen Präventionskongresses am 27. November 2009 im Hygienemuseum in Dresden.

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

Medizin à la bolognese – von Bachelors und Badern

Josef Pfeilschifter, Helmut Wicht

*Petrus ubique pater
legum Bononia mater*

Das ist das Motto der altehrwürdigen (1088) Universität von Bologna, die für ihre Juristenfakultät berühmt war. Und eigentlich sollte es stutzig machen: „Allüberall ist der Papst der Vater der Gesetze, Bologna aber deren Mutter“. Das ist kein geringer Anspruch, und ein ziemlich herrischer, absoluter noch dazu. Er passt hervorragend zu dem, was seither als „Bologna-Prozess“ über die europäischen Hochschulen hereingebrochen ist. In Bologna trafen sich im Juli 1999 die Kultusminister der Europäischen Union. Im alten Rom hieß der Kultusminister übrigens „Pontifex maximus“. Der Titel wurde später vom Papst, der sich auch „Petrus“ nennen lässt, übernommen. Man sieht, das Motto passt tatsächlich.

- Die „Pontifices maximi“ des Jahres 1999 beschlossen folgenden hehren Zielen nachzustreben („Bologna-Erklärung“):
 - Einführung von europaweit vergleichbaren Hochschulabschlüssen
 - Verkürzung des Studiums
 - Reformierung und Akkreditierung aller Studiengänge

- Einführung des „Bachelors“ nach sechs Semestern als erstem *berufsqualifizierendem* Abschluss
 - Einführung des „Masters“ nach vier weiteren Semestern als weitere, optionale Qualifikation
 - Etablierung eines zwischen Universitäten übertragbaren Systems von „Kreditpunkten“
 - Förderung der Mobilität der Studierenden und Lehrenden
 - Erhöhung der Akademikerquote und Reduktion der Abbrecherzahlen.
- 2010 sollte das alles erreicht sein – in Deutschland zumindest in fast allen Fakultäten und Curricula, außer in jenen, die mit Staatsexamina bewehrt sind, also Lehrerausbildung, Jura, Lebensmittelchemie, Pharmazie, und eben Medizin. In den ehemaligen Magister- und Diplomstudiengängen aber blieb kein Stein auf dem anderen: Die Curricula wurden gestrafft, ohne entschlackt zu werden, die Veranstaltungsverzeichnisse verkamen zu Stundenplänen, es wurde modularisiert, komprimiert, assimiliert, akkreditiert und examiniert wie nie zuvor. Es sei nicht verschwiegen, dass es sowohl studentische als auch professorale Stimmen gibt, die diesen Umbruch begrüßen. Es sind

dann – wie nicht anders zu erwarten – die üblichen ökonomischen Argumente, die vorgetragen werden: internationale Konkurrenzfähigkeit, Arbeitsmarktqualifikation, Effizienz. Dennoch ist es für alle offensichtlich: Die Einführung des Bachelors und des Masters hat alle Hauptziele ausnahmslos verfehlt. Selbst die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) schreibt in ihrer Pressemitteilung vom 28. Januar 2009: „Die deutschen Hochschulen verstehen das Bologna-Zieljahr 2010 nur als eine Durchgangsstation ... Es geht uns um eine Strategie, die Kurs hält und gleichzeitig die Probleme, die sich abzeichnen, auf intelligente Weise löst“.

Noch laufen die alten Magister- und Diplomstudiengänge und die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge parallel. Inscribieren kann man sich allerdings nur mehr in die neuen, deren erste Absolventenjahrgänge jetzt auf den Arbeitsmarkt drängen. Zeit für eine Bestandsaufnahme.

Hauptziel 1: Arbeitsmarktrelevanz und verkürzte Studiendauer

Die angestrebte Verkürzung der Studiendauer auf sechs Semester – bis zum



Giovanni da Modena (ca. 1410), „Inferno“, Detail eines Freskos aus der Basilika S. Petronio, Bologna.

„Bachelor“ – ist zwar „curricular“ erreicht, jedoch optieren 80 % der Studierenden für einen nachfolgenden Masterstudiengang. Und das nicht ohne Grund, denn der „Bachelor“ als berufsqualifizierender Abschluss droht zu scheitern. Es gibt zwar viele wolkige Erklärungen von Seiten der Wirtschaft und der Politik – der Arbeitsmarkt, so wie er sich in den Stellenangeboten der Bundesanstalt für Arbeit spiegelt, spricht aber eine andere Sprache. In gerade einmal fünf Prozent der Stellenangebote werden „Bachelors“ gesucht, 95 Prozent suchen nach wie vor Diplomierte¹. Mithin tun die Studierenden gut daran, den besser qualifizierten Master anzustreben – womit jedoch eine verkürzte Studiendauer illusionär wird.

Keine Reform – verweigert man ihnen gleichzeitig den Zugang zum Masterstudium, denn es gehört zum Konzept des Bologna-Prozesses, nur einem kleinen Teil der Bachelor-Absolventen das Master-Studium zu ermöglichen. Der Bachelor soll die Regel sein. Mit anderen Worten: es werden mehr Menschen schlechter ausgebildet. Mit einem deutlichen Mehraufwand an Lehre, Prüfungen und Bürokratie wird eine gravierende Absenkung des Niveaus erreicht. Die Absolventen werden dafür mit billigen, aber wohlklingenden Titeln abgespeist. Denn, das sollte nicht vergessen werden: Dort, wo man wirklich den Hebel zur Verbesserung der Lage ansetzen sollte, bei der Relation von Lehrenden

und Lernenden nämlich, herrscht seit Jahren Rückschritt. Es ist ja nun nicht so, dass gar nichts in das Bildungswesen investiert würde. Aber man kann sich schon fragen, ob die Aufrichtung von Hörsälen mit 1.000 Sitzplätzen, wie wir sie gerade bei uns in Frankfurt erleben, nicht eigentlich das Eingeständnis eines Versagens ist – die Universität als Massendurchlauferhitzer, der Dozent als Zirkusnummer, die Studierenden als anonyme Masse.

und Lernenden nämlich, herrscht seit Jahren Rückschritt. Es ist ja nun nicht so, dass gar nichts in das Bildungswesen investiert würde. Aber man kann sich schon fragen, ob die Aufrichtung von Hörsälen mit 1.000 Sitzplätzen, wie wir sie gerade bei uns in Frankfurt erleben, nicht eigentlich das Eingeständnis eines Versagens ist – die Universität als Massendurchlauferhitzer, der Dozent als Zirkusnummer, die Studierenden als anonyme Masse.

Hauptziel 2: Erhöhung der studentischen Mobilität

Die neuen Studiengänge sind häufig so spezialisiert und auf Einmaligkeit konzipiert, dass auch nur ein innerdeutscher Studienortwechsel während des Bachelor-Studiums nahezu unmöglich geworden ist. Die modularisierten Studiengänge erzeugen zwar auf dem Papier übertragbare „Credit Points“, in der Praxis aber sind diese Leistungsnachweise wegen der Heterogenität der Curricula und Module selbst innerhalb eines Studienfaches nicht übertragbar. Eine Studie der HIS, der Hochschul-Informationssystem GmbH, zur internationalen Mobilität der deutschen Studierenden zeigte, dass deutlich weniger als 1 % der Bachelor-Studierenden ins Ausland wechseln³, nicht etwa deshalb, weil sie nicht wechseln wollten, sondern weil sie nicht konnten. Der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD), gewissermaßen zuständig für die Mobilität der Studierenden, beobachtet eine Stagnation der studentischen Reiselust. Der Generalsekretär, Dr. Christian Bode, beschreibt dies so: „Wir sehen einen Rückgang der Auslandsaufenthalte unter den Studierenden – und da gibt es einen Zusammenhang zur Bachelor-Einführung.“⁴ Also ganz klar, eine verbesserte Mobilität wird nicht erreicht.

Hauptziel 3: Verringerung der Abbrecherquote

Hier endlich eine Erfolgsmeldung. In der Pressemitteilung des BMBF vom 7. Juli 2008 ist zu lesen: „Bologna wirkt: Studienabbruch an Hochschulen nimmt ab. Schavan: ,Die Einführung des Bachelorstudiengangs zu höherem Studienerfolg bei.“. Das BMBF bezieht sich dabei auf eine neue Studie der HIS. Doch dort⁵ war zu lesen: „Über alle Hochschularten und Fächergruppen liegt die Studienabbruchquote im Bachelor-Studium bei 30%. Damit bewegt sie sich auf einem deutlich höheren Niveau als die Abbruchquote insgesamt. Das scheint den Erwartungen, die mit der Einführung der neuen Studiengänge verbunden sind, zu widerspre-

chen.“ Die Quote der Studienabbrecher an den Universitäten ist in den Bachelor-Studiengängen zwar um vier Prozentpunkte gesunken (von 29 % auf 25 %), an den Fachhochschulen aber um satte 18 Prozentpunkte gestiegen (von 21 % auf 39 %). Natürlich gibt es hier fachspezifische Differenzen, aber den hohen Handlungsbedarf für bestimmte Studienbereiche hält die HIS-Studie ausdrücklich fest. Wenn man die vorliegenden Zahlen mit den Zielen des Bologna-Prozesses vergleicht, dann bleibt eigentlich nur ein Urteil: Der Bologna-Prozess ist weitgehend misslungen. Der Präsident des Deutschen Hochschulverbandes, Professor Dr. Bernhard Kempen kommentiert dies so: „Der Bologna-Prozess in Deutsch-

land ist nur noch zu retten, wenn massiv gegengesteuert wird.“⁶

Petrus ubique pater legum ... der Papst kann sich, auch heute noch, *ex cathedra* auf die Unfehlbarkeit seiner Dogmen berufen, selbst dann, wenn die Wirklichkeit gegen ihn spricht. Schlecht für die Wirklichkeit, in diesem Fall. Die neuzeitliche Form der Unfehlbarkeit, wie sie z.B. bei Kultusbehörden anzutreffen ist, resultiert hingegen *ex anopsia* – aus politisch vorsätzlich herbeigeführter Faktenblindheit. Anders ist es nicht zu erklären, warum jetzt – auf Druck der Kultusministerkonferenz, des BMBF und der HRK – das gescheiterte Modell „Bologna“ auch in die Medizin getragen werden soll. Schlecht für die Medizin, in diesem Fall.

Es ist ja nun keineswegs so, dass es *keine* Probleme mit dem Medizinstudium gäbe. Mit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung (ÄAppO) am 1. Oktober 2003 sind viele Veränderungen in Gang gesetzt worden, die hinsichtlich der Lehr- und Lernqualität noch gar nicht endgültig zu beurteilende Auswirkungen haben. Sie sollten vor aller Reformrhetorik auf jeden Fall abgewartet werden. Es wäre aber ganz unsinnig zu glauben, dass der Bologna-Prozess den Schwächen abhülfe – im Gegenteil: Er wird die Stärken systematisch eliminieren.

Die medizinische Studentenschaft ist mobil; knapp ein Drittel verbringt einen Teil ihres Studiums (zumeist einen praktischen) im Ausland. Die Mobilität der ausgebildeten Ärzte ist geradezu unerfreulich hoch: In Scharen laufen sie uns nach dem Studienabschluss davon, ins Ausland, nach Skandinavien, Großbritannien, in die Schweiz. Sie laufen uns notabene nicht *während* des Studiums weg – die Abbrecherquote lag zuletzt, beim Absolventenjahrgang 2006, bei nur 5%⁵ – sie gehen *hinterher*. Man kann diesen Schwund also sicher nicht dem Studium anlasten, dessen Praxisbezug gerade erst – durch die neue Approbationsordnung – verbessert wurde. Die Abwanderung nach dem Studium belegt – um es ironisch zu formulieren – eindrucksvoll nicht nur den mobilitätsfördernden Charakter der Zustände im deutschen Gesundheitswesen insgesamt, sondern auch die bereits erreichte Vergleichbarkeit der Abschlüsse: Man nimmt unsere jungen Leute gern. Netto wird übrigens der Abfluss an deutschen Ärzten durch den Zustrom ausländischer Kollegen ausgeglichen. Was sollte also hier durch Bologna verbessert werden?

Und viel zu „straffen“ gibt es im Medizinstudium auch nicht. In gewisser Weise ist das Medizinstudium seit jeher „bologna-

isiert“: Man denke nur an sein eigenes Medizinstudium zurück, das oft eher einem Stundenplan als einem Studium mit Wahlfreiheit der Lehrveranstaltungen glich. Seit jeher bekam man im Studium nichts geschenkt und hatte keine Zeit zu verschwenden. Eine weitere Verdichtung würde nicht nur die Qualität der Ausbildung beeinträchtigen, sondern sicher auch mit einer deutlichen Erhöhung der Abbrecherquote erkauft.

Bleibt der Bachelor, bleiben die Finanzen, bleiben die Kapazitätsprobleme, und natürlich hat das eine mit dem anderen zu tun. Zum „Bachelor of Medicine“ in sechs Semestern – ein (finanz-)politischer Traum. Verdoppelung der Kapazität (man bedenke: zur Zeit dauert das Studium 12–13 Semester!) ohne einen Cent an Investitionen, doppelt so viele Absolventen für dasselbe Geld!

Aber was für Absolventen? Laut einer verbindlichen EU-Richtlinie hat das Studium der Medizin, das zum Arztberuf befähigt, mindestens zwölf Semester oder 5.500 Stunden der Ausbildung zu umfassen, die derzeit gültige deutsche Approbationsordnung trägt dem Rechnung. Und was soll er dann eigentlich tun, was soll er sein, dieser Bachelor, dem zuliebe die Kapazitäten der regulären, zwölfsemestrigen Studiengänge gestutzt werden sollen? Soll er als Arzt praktizieren? Dafür fehlt ihm nach sechs Semestern nicht nur die Fähigkeit, sondern auch die Rechtsgrundlage – in der EU ebenso wie in Deutschland. *Petrus ubique pater legum* ... aber eben nicht in diesem Falle.

Zurück zum „Bachelor of Medicine“. Dreierlei „Szenarien“ sind denkbar, keines ist wirklich erfreulich oder im Sinne des Bologna-Prozesses auch nur zielführend.

1) Der „Bachelor en passant“. Der Weg des geringsten Widerstandes. Die Schweizer gehen ihn, und ähnlich ver-

fahren auch die Belgier und die Dänen. Sie haben ihre Curricula ein wenig umgestrickt und verleihen ihren Studierenden nun, nach einer ohnehin obligatorischen Prüfung nach dem 6. Semester, den Titel eines „Bachelor of Medicine“. Damit anfangen können die Studierenden nichts. Daher planen 98% von ihnen, weiter bis zum Master zu studieren, so Professor Dr. Peter Suter, Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.⁷ „Die Bachelor/Masterstruktur eignet sich zwar nicht unbedingt für Medizin, schadet dem Studiengang aber auch nicht“ konstatiert Professor Suter trocken.⁸ Das Studium hat sich nicht verkürzt, sondern nur verkompliziert und weiter verdichtet, indem alle möglichen Bachelor-spezifischen Zusatzangebote aufgesattelt wurden – die allerdings bei den Studierenden nicht immer auf Akzeptanz stoßen. Man fragt sich allen Ernstes: wozu der Aufwand?

2) Der „Einstiegsbachelor“. Man könnte ihn sich als Absolventen eines wie auch immer gearteten paramedizinischen Studiengangs vorstellen, dem sein Abschluss Eintritt in das Medizinstudium gewährt. Diese Option ist offensichtlich angesichts der bereits bestehenden Überlastung des regulären Studienganges und der fehlenden Qualifikationen, die freilich nachzuholen wären, selbst im Sinne der Ziele des Bologna-Prozesses völlig unsinnig. Oder doch nicht? Offenbar schon weit fortgeschritten ist so ein Konzept an der Universität Oldenburg. Das Delikate daran ist, dass die Universität Oldenburg keine medizinische Fakultät hat und damit wirbt, die Kosten um 30% unter denen, die ein herkömmlicher Studiengang gleicher Größe in Deutschland haben würde, halten zu können. Diese Discount-Medizin-Bachelors würden den anschließenden Masterstudien-

gang an der „European Medical School Oldenburg-Groningen“ absolvieren. Mit dem Masterabschluss kann dann die deutsche Approbation als Arzt beantragt werden. Ein erschreckend überzeugendes Geschäftsmodell.

3) Bleibt der „Ausstiegsbachelor“. Für lustlose Medizinstudierende ist er sicherlich *keine* Option – schlicht, weil es kaum welche gibt, die das Studium vorzeitig abbrechen (s. S. 234, nur 5% Abbruchquote). Er könnte aber durchaus zur Option lustloser Wissenschafts- und Finanzbürokraten werden. Die Versuchung ist sicherlich groß, in Form jenes „Bachelors“ die Bader und Feldscher der alten Tage wieder auferstehen zu lassen, den Krankenpfleger mit erweiterter Handlungsbefugnis, den Arzt mit eingeschränktem Spielraum. Unfähig, sich niederzulassen, nicht approbiert, bar aller wissenschaftlichen Ambitionen – aber als Subalternarzt für's Alltägliche in einem durchrationalisierten Krankenhauskonzern vielleicht brauchbar. Immer in der Hoffnung, dass er in sechs Semestern gelernt hat, Migräne vom Meningo- zu unterscheiden. Endlich würde der „Ausstiegsbachelor“ – zusammen mit den Umschichtungen der Kapazität, die ihm zu Gute kommen müssten – zum weiteren Ausbluten der wissenschaftlichen Medizin in Deutschland führen. Aber das passt ja zum Thema Bader, Feldscher und vorwissenschaftliche Medizin: Aderlass und Klistier gehörten zu deren Lieblingstherapien. Dass solche Gedankengänge nicht abwegig sind, zeigt ein Interview des vormaligen Dekans der medizinischen Fakultät in Zürich, Professor Walter Bär. Er führt dort aus: „Wir können uns schon fragen ..., ob es für alle Gesundheitsprobleme einen Arzt braucht. Vielleicht braucht es eine weitere Art von in der Gesundheitsversorgung Tätigen, zum Beispiel sehr gut ausgebildete Pra-

xisassistierende Man könnte auch aufs Operieren spezialisierte Kollegen ausbilden, die nicht den ganzen diagnostischen Hintergrund haben müssen.“⁹

Reformvorhaben, europaweite zumal, erzeugen in den Kreisen der Politik und der Administration offenbar einen enormen Konformitätsdruck. Besonders in Deutschland sieht man sich gerne in der Rolle des „Musterknaben“ – oder, negativ formuliert: Nichts fürchtet man mehr, als ein vermeintliches „Zurückbleiben“, einen „Sonderweg“. Die Furcht ist aber ganz unberechtigt.

Laut einer Studie¹⁰ der Association for Medical Education in Europe (AMEE) aus dem Jahr 2007 planen nur sieben der Länder, die sich der Bologna-Erklärung angeschlossen haben, das Bologna-Modell in der Medizin verbindlich umzusetzen (Armenien, Belgien, Dänemark, Island, Niederlande, Portugal, Schweiz). Dabei behalten Belgien und Dänemark die bisherige Form des integrierten Curriculums bei und benennen nur die Zwischen- und Abschlussprüfung in „Bachelor“ und „Master“ um. 19 Länder haben ihren Universitäten die Umsetzung hingegen explizit untersagt, darunter Italien, Spanien und zahlreiche osteuropäische Länder. In Deutschland und zehn weiteren Ländern ist noch keine abschließende Entscheidung getroffen. Die AMEE, die europäische Organisation für Medizinische Ausbildung, ist dagegen, einen gestuften Medizinstudiengang einzuführen. Ebenso votiert die World Federation for Medical Education (WFME). Nur die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat den Bürokraten in den Bundesländern (KMK) und Präsidien der Universitäten (HRK) ihre Mitarbeit bei der geplanten Umstellung „Medizin à la Bolognese“ zugesagt. Es scheint den Protagonisten der Reform des Medizinstudiums – also im wesentlichen den

Wissenschaftsministern des Bundes und der Länder – allerdings glatt entgangen zu sein, dass die Regelung des Medizinstudiums nicht in ihre Zuständigkeit, sondern in die des Bundesgesundheitsministeriums fällt. Noch gilt die ÄAppo, und in Bezug auf sie hat die KMK keine direkte Regelungskompetenz. Die Diagnose ist also eindeutig zu stellen: Faktenblindheit, Konformitätswahn und Kompetenzanmaßung.

Petrus ubique pater legum Bononia mater ... es wäre doch ein arger, ein böser Treppenwitz der Weltgeschichte, wenn der Name der Stadt, deren Universität für sich reklamiert, die älteste und erste „Alma mater“ des Okzidents zu sein, zum Synonym für die Verwüstung eben dieser „Almae matres“ würde. Bologna ist eine wunderschöne Stadt, voller Geist – aber auch voller Dämonen. Keine 500 Meter von der Universität entfernt, in der Basilika San Petronio, hat Giovanni da Modena den Teufel an die Wand gemalt. Und er tut das, was die „Universität a la bolognese“ auch macht: oben schlingt er Hochschulzugänger in sich hinein, und unten scheidet er sie unverdaut, doch um eine grausige Erfahrung reicher, wieder aus. Hier wird kein Wissen verdaut, nichts gelernt: hier wird diabolisch durchlauferhitzt. Der Sünder, der den Teufel gerade wieder verlässt – auf seinem endgültigen Weg in den Orkus – trägt ein Fähnchen in der Hand. Darauf steht: „Superbia“ – „Hochmut“ (Abb. s. S. 232). Wer weiß – vielleicht ist es ja *doch* kein Student. Vielleicht ist es ja einer aus der hochmütigen „Transformationsfunktionärsfraktion“¹¹, die im Glauben an die Allmacht der Kommissionen und der Kennzahlen, unter den Zwängen des „pressure of peers and politics“, fixiert auf hehre Ziele (was begrüßenswert ist!), aber zugleich von Sparzwängen bedrängt, nicht begriffen hat, dass mehr

für weniger nicht zu haben ist, dass die Wirklichkeit sich nicht durch die Presseerklärung ihres Gegenteils aus der Welt schaffen lässt, und dass man Dinge, die funktionieren, nicht reparieren sollte. Wie das Medizinstudium zum Beispiel. Und schon erst recht nicht, wenn man mit dem Instrumentarium, das man zum Einsatz zu bringen gedenkt, andere Dinge schon kaputt repariert hat.

Die Autoren

Professor Dr. med. Josef Pfeilschifter
ist Dekan des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Direktor des Instituts für Allgemeine Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsklinikums Frankfurt.

PD Dr. rer. nat. Helmut Wicht ist Dozent an der Dr. Senckenbergischen Anatomie des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Mitarbeiter des Dekanats des Fachbereichs Medizin.

Anschrift der Autoren

Dekanat des Fachbereichs Medizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Quellen:

- 1 eigene Recherche der Autoren
- 2 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 10. Studierenden Survey, 2008
- 3 Heublein, U., Hutzsch, C., Schreiber, J., Sommer, D., Wank, J., 2008: Internationale Mobilität deutscher Studierender. Hochschulinformationssystem-GmbH (HIS): Arbeitsbericht 2008.

- 4 Interview mit der taz („Der Bachelor-Bluff“), Ausgabe vom 11. September 2008
- 5 Heublein, U., Schmelzer, R., Sommer, D., Wank, J., 2008: Die Entwicklung der Schwund- und Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Hochschulinformationssystem-GmbH (HIS): Projektbericht Mai 2008.
- 6 Pressemitteilung des Deutschen Hochschulverbandes (DHV) vom 18. August 2008.
- 7 persönliche Mitteilung, Februar 2009
- 8 zitiert aus: Hibbeler, B., 2008: Bologna-Prozess in der Medizin: Warten auf den großen Wurf. Deutsches Ärzteblatt, 105, 46.
- 9 Interview mit der Neuen Zürcher Zeitung, Ausgabe vom 23. Juli 2008
- 10 Patricio, M., den Engelsen, C., Tseng, D., ten Cate, O., 2008: Implementation of the Bologna two-cycle system in medical education: Where do we stand in 2007? – Results of an AMEE-MEDINE survey. Medical Teacher, 30, 597–605
- 11 Wolfgang Nitsch, Die Hochschulen im Bologna-Prozess – zwischen neuartiger Ökonomisierung und Politisierung. Kongressbeitrag, 2004

Landesärztekammer Hessen

Zahlt sich aus: Die Bildungsprämie

Lassen Sie sich bei Ihrer Fortbildung unterstützen!

Seit 1. Dezember 2008 bis einschließlich 30. November 2011 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Weiterbildungsbereitschaft Erwerbstätiger in Deutschland mit Prämiengutscheinen. Mit der Ausstellung eines Prämiengutscheines durch eine anerkannte Beratungsstelle können Sie einen staatlichen Zuschuss in Höhe von bis zu 154 Euro für Weiterbildungsmaßnahmen erhalten, wenn Ihr zu versteuerndes Jahreseinkommen nicht höher liegt als 17.900 Euro (bei Alleinstehenden) bzw. 35.800 Euro (für gemeinsam Veranlagte). Informationen zum Prämiengutschein erhalten Sie unter: www.bildungsprämie.info. Dort erfahren Sie auch, wo es in Ihrer Nähe anerkannte Beratungsstellen gibt. Die Bildungsprämie wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union gefördert.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



EUROPÄISCHE UNION



Die Carl-Oleemann-Schule der Landesärztekammer bietet Arzthelper/innen und Medizinischen Fachangestellten mit ihrem Fortbildungsprogramm 2009 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an und nimmt gerne Prämiengutscheine entgegen. Rufen Sie uns an! Gerne informieren wir Sie:

Gabriele Brüderle-Müller,

Tel.: 06032 782-192

E-Mail: gabriele.brüderle-mueller@laekh.de

Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten

Tagung der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Universität München und der Medizinischen Hochschule Hannover am 10. Februar 2009 in Berlin (Kaiserin-Friedrich-Stiftung)

In der Laienöffentlichkeit, aber auch unter den Berufsangehörigen selbst herrschen häufig Fehlinformationen über den gesundheitlichen Zustand und das Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Die nach wie vor hohe Reputation des Arztberufs wirkt manchmal auch wie eine Bremse bei der Wahrnehmung der tatsächlichen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und in der Niederlassung, in der Weiterbildung und bei der Berufsausübung.

Nach wie vor erwarten viele Chefärzte einen zeitlich ausgedehnten Einsatz ihrer Mitarbeiter. Äußerungen von der Selbstverständlichkeit einer 80-Stunden-Woche als Voraussetzung dafür, ein guter Chirurg zu werden, gehören noch nicht der Vergangenheit an. Die Anforderungen in allen ärztlichen Arbeitsfeldern sind nach wie vor hoch. Die durchschnittliche Arbeitswoche beträgt bis zu 55 Stunden, die hohen Erwartungen der Patienten korrelieren mit den sehr hohen Rollenerwartungen der Berufsausübenden. Es überrascht nicht, dass die Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens nicht immer der Realität entspricht. Zirka 60 Prozent der Ärzte (70 Prozent der Chefärzte) glauben, unter Stress und Arbeitsdruck fehlerfrei arbeiten zu können. Gesichert ist, dass die Fehlerrate jedoch bei Ausdehnung der Arbeitszeit und unter Zeitdruck zunimmt. Darüber hinaus kann als gesichert angesehen werden, dass überlange Arbeitszeiten, häufige Arbeitsunterbrechungen (ständiges Klingeln von Telefonen, Piepsen, etc.), sowie die fehlende Möglichkeit, eine Tätigkeit ungestört zu Ende zu bringen, Fehleinschätzung und Fehlhandlungen provozieren. Auch die Selbstgefährdung nimmt zu. Interessanterweise glauben nur 20 Prozent der Piloten, dass sie bei überlangen Arbeitszeiten und hohem Arbeitsdruck fehlerfrei bleiben. Die

problematische Rollenwahrnehmung in Kollision mit der Rollenerwartung, verbunden mit hohem Engagement und hohen Zielen führen zu einer starken emotionalen Erschöpfung und Entwicklung von Burnout-Problemen. Bis zu 20 Prozent der Ärztinnen und Ärzte geben an, Patienten als Belastung zu empfinden und entwickeln zynische und potentiell klientenfeindliche Verhaltensweisen. Unter der Bedingung unterschiedlicher und falscher Rollenerwartungen mit überlangen Arbeitszeiten entstehen Gratifikationskrisen. Gefördert werden diese durch Arbeitsverträge mit begrenzten Laufzeiten, unzureichende Entlohnung und Aufstiegschancen, Überlastung durch Aufgaben, ständige Fluktuation oder eine Politik des „Lückenstopfens“ durch Klinikleitungen.

Bis zu 35 Prozent der Ärztinnen und Ärzte geben an, diesen Beruf nicht wieder ergreifen zu wollen und begründen dies mit der Realität der Arbeitsbedingungen. Bei mehreren Untersuchungen hat sich herausgestellt, dass überlange Arbeitszeiten und starker emotionaler und physischer Druck zu Lebenskrisen führen, die sich im Privatleben, im Partnerschaftsverhalten äußern und auch zu Entwicklung von chronischen Krankheiten führen. Fehlende Möglichkeiten für ein kreatives und entspanntes Freizeitverhalten, für Zeiten, die mit der Partnerin, dem Partner, mit Kindern verbracht werden, für die Ausübung von Sport in der Freizeit spalten die Situation zu und lassen – im Sinne eines Teufelskreises – die Chancen für eine Lösung des Problems immer weiter in die Ferne rücken. Nach wie vor ist die Arbeit im Team nicht selbstverständlich. Qualifikationen für Teamarbeit, für Delegation, für die Wahrnehmung von Arbeitspausen und Entspannung – ohne die Gefahr zu laufen,

als nicht belastbar zu gelten – sind nicht der Normalfall.

Bis zu 15 Prozent der Ärztinnen und Ärzten geben an, Mobbing erfahren zu haben. Sowohl die mobbenden als auch die von Mobbing betroffenen Ärztinnen oder Ärzte, dies ist durch Studien belegbar, handeln in Zusammenhang mit Ressourcenknappheit, Personalmangel und der Entwicklung von Rollenkonflikten und Depressionen.

Bis zu neun Prozent der Ärztinnen und Ärzte weisen eine Suchtgefahr auf. Der Anteil von Suchterkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten kann mit zirka drei bis fünf Prozent angenommen werden.

Arbeitsbelastung und Burnout

Die vermeintliche Rettung in die ärztliche Niederlassung vermag die Konflikte nicht zu lösen. Auch hier bestehen große Probleme durch überlange Arbeitszeiten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte geben ihre wöchentliche Arbeitszeit im Schnitt ebenfalls bei ca. 55 Stunden an. Da es sich um gemittelte Zahlen handelt, muss angenommen werden, dass in Praxen mit mehr als 1.000 Scheinen im Quartal bei

den sich hieraus ergebenden sehr häufigen Patientenkontakten die Arbeitsbelastung enorm hoch ist. In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass hohe Scheinzahlen (ab 900) zur Zunahme von Burnout und Depressivitätsproblemen führen. Beim Vergleich der Behandlungszeiten pro Patient ist belegbar, dass in keinem Land vergleichbarer Struktur die Behandlungszeit pro Patient so kurz ist wie in Deutschland. Im Schnitt können nur zirka sieben Minuten pro Patient aufgewandt werden. Dass Ängste vor Fehlhandlungen zunehmen und der Patient als „Ansprechsteller“ und nicht als Partner oder gar hilfsbedürftiger Kranke verstanden wird, kann nachvollzogen werden.

Frauen in der Medizin

Wird die Medizin in Zukunft weiblich? Der Anteil der Medizinstudentinnen liegt mittlerweile über dem der Medizinstudenten. Fast 60 Prozent der Absolventen der Ärztlichen Prüfung im Herbst 2005 waren weiblichen Geschlechts. Doch sowohl in der Klinik als auch in der Praxis sind Frauen insgesamt bisher noch unterrepräsentiert. Vor allem in leitenden

Positionen, unter den Oberärzten und Chefärzten, unter den Ordinarien ist der Frauenanteil nach wie vor sehr niedrig. Vergleiche mit anderen Ländern zeigen, dass dies nicht nur, wie gelegentlich zur Erklärung angenommen wird, mit biologischen „Tatsachen“ zusammenhängt. Familienfeindliche Strukturen, fehlende Möglichkeiten zur Betreuung von Kindern, falsche Öffnungs- und Schließzeiten von Kindereinrichtungen und die geschilderte Arbeitszeit- und Arbeitsdruckproblematik verhindern eine mögliche berufliche Entfaltung von Frauen. Dabei ist es dringend notwendig, Frauen in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Medizin zu integrieren. Nicht nur, weil sie sonst als Arbeitskräfte fehlen, sondern auch weil Ärztinnen in der Gesundheitsvorsorge einen eigenständigen Beitrag leisten. Waren sie früher unter den Chirurgen, Urologen, Frauenärzten etc. eher selten vertreten, so hat sich dies in den vergangenen Jahren bereits geändert. Eine Entwicklung, die sich in Zukunft auf den gesamten Bereich der Medizin auswirken wird. Die Zeiten, in denen Frauen nur in „Randbereichen“ der Medizin ihren Platz fanden, sind vorbei.

Notwendigkeit eines Wandels

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Erkenntnissen? Die Medizin steht sowohl in den Krankenanstalten als auch in den Praxen niedergelassener Ärzte vor großen Umbrüchen. Neuorganisation ist dringend erforderlich, um eine qualifizierte Medizin zu ermöglichen und befriedigende sowie erfolgreiche Lebensarbeitskonzepte umsetzen zu können. Es darf kein Widerspruch zwischen Familiengründung, Kindern und der Arbeitswelt bestehen. Ärztinnen und Ärzte müssen sich als nicht unendlich leistungs- und arbeitsfähig begreifen und Konsequenzen aus der gesicherten Tatsache ziehen, dass bei überlanger Arbeitszeit, Hetze und häufigen Unterbrechungen die Qualität ihrer Arbeit abnimmt. Öffentlichkeit, Krankenkassen und Politik werden einen solchen Prozess nicht ohne Eingriffe in das System zulassen. Bisherige Eingriffe in die Rahmenbedingungen der Arbeit im Krankenhaus und in der Niederlassung haben Befürchtungen einer weiteren Qualitätsverschlechterung und Förderung von Burnout Realität werden lassen. Wir stehen vor der Notwendigkeit eines Wertewandels und müssen Arbeitsbedingungen fördern, die die hohen Rollenerwartungen von Ärztinnen und Ärzten einerseits und die hohen Ansprüche an die Qualität andererseits mit den Zielen einer menschenwürdigen Lebensgestaltung in Einklang zu bringen vermögen.

Es bleibt vieles zu tun; wir alle sind gefordert, Mut zu haben und Verantwortung zu übernehmen. In diesem Prozess haben die Ärztekammern sicherlich eine besondere Bedeutung.

*Dr. med. Siegmund Drexler
Internist, Kardiologe*

2. Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie der LÄKH

L. Baumann, R. Kaiser

Anlässlich der Marburger Transfusionsgespräche veranstaltete die Landesärztekammer Hessen im März 2008 erstmalig einen praxisnahen Erfahrungsaustausch für mit der Qualitätssicherung der Hämotherapie nach den Richtlinien der Bundesärztekammer befasste Ärztinnen und Ärzte.

Der Erfolg und die positive Teilnehmerresonanz dieses Angebotes veranlasste uns, für den 27. Februar 2009 – diesmal in Kooperation mit den Ärztekammern Westfalen-Lippe und Baden-Württemberg – im Rahmen der Mannheimer Transfusionsgespräche zu einem 2. Erfahrungsaustausch für qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie einzuladen. Insgesamt 67 Ärztinnen und Ärzte folgten unserer Einladung, darunter 26 Qualitätsbeauftragte Hämotherapie aus Hessen; etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen kam aus anderen Bundesländern. Die Kammern Hessen, Westfalen-Lippe und Baden-Württemberg haben in den letzten Jahren die Vorlagen für die von Blut- und Blutprodukten anwendenden Einrichtungen jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte teilweise vereinheitlicht, um den erreichten Stand der Qualitätssicherung auch über Bundesländergrenzen hinweg vergleichen zu können. Diese Berichtsvorlagen wurden von der Mehrzahl der Qualitätsbeauftragten sehr positiv aufgenommen. Erste Ergebnisse dieser Bemühungen und noch bestehende methodische Schwierigkeiten wurden vorgestellt und rege diskutiert.

In Hessen führten wir auch Ende 2008 wieder eine standardisierte Befragung unserer registrierten Qualitätsbeauftragten zu deren Qualifikationen, Berufserfahrung, Stellung in der sie bestellenden Einrichtung, Problemen bei der Wahrneh-

mung ihrer Aufgaben etc. durch. Die Präsentation unserer Ergebnisse gab Anlass zu intensiven Diskussionen z.B. über:

- Nutzen, Probleme und Vollständigkeit des derzeitigen Verfahrens der Qualitätsberichterstattung.
- Erwartungen an die und Aufgaben der überwachenden Ärztekammern z.B. gegenüber Einrichtungen, in denen wesentliche Qualitätsmängel auftreten und nicht in angemessener Frist behoben werden.
- Dienstliche Stellung und Weisungsfreiheit der Qualitätsbeauftragten in ihren Krankenhäusern.
- etc.

In allen vertretenen Kammern zeichnen sich ‚Nachwuchsprobleme‘ bei den Leitern blutgruppenserologischer Labore durch Ablauf von Übergangsregelungen der Richtlinien und altersbedingtes Ausscheiden bisheriger Laborleiter ab. Viele Einrichtungen berichten über Schwierigkeiten, die Qualifikationsanforderungen der BÄK-Richtlinien erfüllende Nachfolger zu finden.

Die hessische Befragung 2008 ergab, dass nur in 59 % der antwortenden Einrichtungen die Laborleiter auch bei diesen angestellt sind; die übrigen werden von externen Ärzten betreut. Insgesamt arbeiten gut 28 % der Laborleiter noch auf der Basis von Übergangsbestimmungen, knapp 3 % besitzen zur Zeit keine der Richtlinie entsprechende Qualifikation.



v.l.n.r.: N. Walter (LÄKH), Prof. Dr. V. Kretzschmer (IAKH), Dr. R. Kaiser (LÄKH)

Foto: Baumann

Zukünftige Veranstaltungen der Landesärztekammer zur Qualitätssicherung der Hämotherapie im Fortbildungszentrum Bad Nauheim der LÄKH

- 1) Am **23. April 2009**: Kurs zur Indikation für Blutkomponenten und Gerinnungspräparate auf der Basis der **neuen Querschnitts-Leitlinien der BÄK**. Dieser richtet sich primär an Transfusionsbeauftragte/Transfusionsverantwortliche aber auch an die Qualitätsbeauftragte Hämotherapie oder andere Interessenten.
- 2) Am **6. November 2009**: Workshop zur Vorbereitung und Durchführung von **Audits**.

Nähere Infos zu beiden Veranstaltungen finden Sie auf unserer Homepage (www.laekh.de, Ärzte, Qualität & Versorgung) oder telefonisch unter 069 97672-195 (Annerose Schad).

Korrespondenzadresse

Liina Baumann
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt

MEDCONGRESS Baden-Baden

36. Seminarkongress für medizinische Fort- und Weiterbildung

MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e. V.
in Kooperation mit

Südwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
Bezirksärztekammer Nordbaden
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Berufsverband Deutscher Internisten e. V.

05. - 11.07.2009



Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
Verband medizinischer Fachberufe e. V.
Dt. Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten
in der Medizin e. V.

K11	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin PD. Dr. J. Meinhardt	K26	Thorax Sonographie Dr. W. Blank
K12	Reanimation Update Prof. Dr. P. Sefrin	K27	Sonographie Refresherkurs PD Dr. N. Börner / Dr. W. Blank / Dr. E. Fröhlich / Dr. W. Heinz
K13	Besondere Notfälle - neue Aspekte Prof. Dr. P. Sefrin	K31	Doppler-Echokardiographie Prof. Dr. A. Geibel-Zehender / Dr. B. Saubier
K14	Megacode-Training Prof. Dr. P. Sefrin	K32	EKG Grundkurs Dr. T. Breidenbach
K15	Kardiozirkulatorische Notfallsituationen Prof. Dr. F. Kehl	K33	Langzeit-EKG Dr. F. van Erckelens
K16	Ärztliches Handeln im Katastrophenfall Dr. A. Kleemann	K34	Farbdoppler Refresherkurs Dr. A. Schuler / Dr. K. Wild
K17	Invasive Techniken für die Notfallmedizin Dr. J. Hinkelbein	K41	Gastroskopie Prof. Dr. T. Andus
K18	Pädiatrische Notfälle Dr. T. Vergutz	K51	Lungenfunktionsmessung in der Praxis Dr. H. Mitfessel
K21	Sonographie Grundkurs Dr. G. von Klinggräff / Dr. J. Gebhardt	K61	Beinvenenthrombosen - ambulant behandelt Dr. M. Hartmann
K22	Sonographie Aufbaukurs Dr. W. Blank / PD Dr. N. Börner / Dr. W. Heinz	K71	Practical Skills - kleine Chirurgie Prof. Dr. R. Klein
K23	Sonographie Grund- und Aufbaukurs	K81	Impfseminar: Impfen bei Gesunden und Kranken Prof. Dr. H.-W. Baenker
K24	Kopf-Hals-Sonographie Prof. Dr. R. Schmelzeisen / PD Dr. Dr. R. Schön	K91	Palliativmedizin - Basiskurs K. Reckinger
K25	Kontrastmittelgestützte Sonographie im Rahmen der Schnittbilddiagnostik Prof. Dr. M. Funke	K92	Palliativmedizin - Aufbaukurs Modul 1 Dr. S. Stehr-Zirngibl

Best practice: A00 Borreliose / PD Dr. C. Fiehn B00 Asthma - aktuelle Therapieprinzipien / Dr. M. Michl C00 Divertikelkrankheit / Prof. Dr. T. Andus D00 Kardiologie / Prof. Dr. M. Leschke Leitung: Prof. Dr. H.-W. Baenker		A13 Existenzgründungsseminar für Ärzte S. Grebe / E.-J. Zahorka	
B01 Praxis der Gerinnungshemmung PD Dr. H. Bechtold / Dr. H. Elsaesser		B01 Praxis der Gerinnungshemmung PD Dr. H. Bechtold / Dr. H. Elsaesser	
B02 Lymphödem Dr. C. Schuchhardt		B02 Lymphödem Dr. C. Schuchhardt	
B03 Diabetes Prof. Dr. E. Siegel		B03 Diabetes Prof. Dr. E. Siegel	
B04 Pädiatrie für Nicht-Kinderärzte und Kliniker Dr. K.-J. Eßer		B04 Pädiatrie für Nicht-Kinderärzte und Kliniker Dr. K.-J. Eßer	
B05 Körperliche Untersuchungstechniken Prof. Dr. H.-D. Klimm		B05 Körperliche Untersuchungstechniken Prof. Dr. H.-D. Klimm	
B06 Wirtschafts- und Rechtssprechstunde: Ärzte fragen – Experten antworten Veranstalter: Hartmannbund e. V.		B06 Wirtschafts- und Rechtssprechstunde: Ärzte fragen – Experten antworten Veranstalter: Hartmannbund e. V.	
B07 Notfallmedikamente - Wirkungen und Nebenwirkungen Prof. Dr. P. Sefrin		B07 Notfallmedikamente - Wirkungen und Nebenwirkungen Prof. Dr. P. Sefrin	
C01 Angewandte Endokrinologie PD Dr. M. Breidert		C01 Angewandte Endokrinologie PD Dr. M. Breidert	
C02 Update Schilddrüse Prof. Dr. M. Luster		C02 Update Schilddrüse Prof. Dr. M. Luster	
C03 Aktuelle Aspekte zur Arzneimitteltherapie Prof. Dr. M. Schwab		C03 Aktuelle Aspekte zur Arzneimitteltherapie Prof. Dr. M. Schwab	
C04 Perspektive Assistenzarzt Prof. h. c. (BG) Dr. K. Goder		C04 Perspektive Assistenzarzt Prof. h. c. (BG) Dr. K. Goder	
D01 Versorgung chronischer Wunden - erfolgreiche Konzepte Prof. Dr. S. Eder		D01 Versorgung chronischer Wunden - erfolgreiche Konzepte Prof. Dr. S. Eder	
D02 Update Infektionserkrankungen Dr. T. Fenner		D02 Update Infektionserkrankungen Dr. T. Fenner	
D03 Arzt und Niederlassung Prof. h. c. (BG) Dr. K. Goder		D03 Arzt und Niederlassung Prof. h. c. (BG) Dr. K. Goder	

Satelliten-Symposien

- S01 Neues aus der Gastroenterologie und Hepatologie
S02 Tag der medizinischen Fachangestellten
S03 MTAR-Forum

Arzt-Patienten-Seminare

- S04 Von Kopf bis Fuß: Alles tut weh!
Die besten Therapien gegen den Schmerz
S05 Sichtweisen zur Sarkoidose

Die Seminare/Kurse sind als ärztliche Fortbildungsveranstaltung zum Erwerb von Fortbildungspunkten bei der Landesärztekammer beantragt.

Anmeldung MEDCONGRESS Baden-Baden

05. - 11.07.2009

Kurse

Schutz- gebühr ermäßigte Gebühr

Seminare

<input type="checkbox"/> Kongresskarte	8. - 11.7.	09:00 - 20:00		150 €	
<input type="checkbox"/> Tageskarte		09:00 - 20:00		50 €	
<input type="checkbox"/> K11	5. - 11.7.	09:00 - 19:30		570 € ²	460 € ²
<input type="checkbox"/> K12 *	8.7.	09:00 - 17:00		80 €	60 €
<input type="checkbox"/> K13 *	9.7.	09:00 - 12:00			
<input type="checkbox"/> K14 *	9.7.	Gruppe 1 14:00 - 15:30	Gruppe 2 16:00 - 17:30	80 €	60 €
<input type="checkbox"/> K15	9.7.	14:00 - 18:00			
<input type="checkbox"/> K16	10.7.	09:00 - 12:00			
<input type="checkbox"/> K17 *	10.7.	14:00 - 17:00			
<input type="checkbox"/> K18	11.7.	09:00 - 16:00		80 €	60 €
<input type="checkbox"/> K21	5. - 8.7. So-Di	09:00 - 19:30	Mi 09:00 - 12:00	350 € ¹	280 € ¹
<input type="checkbox"/> K22	8. - 11.7. Mi	14:00 - 19:30	Do-Sa 09:00 - 19:30	350 € ¹	280 € ¹
<input type="checkbox"/> K23	5. - 11.7.	09:00 - 19:30		600 € ¹	480 € ¹
<input type="checkbox"/> K24	8. - 9.7.	09:00 - 19:30		190 €	150 €
<input type="checkbox"/> K25	10.7.	09:00 - 12:00			
<input type="checkbox"/> K26	9.7.	09:00 - 17:30			
<input type="checkbox"/> K27	O Leber / Pankreas O Galle / Magen-Darm O Schilddrüse / Thorax O Retroperitoneum	10.7. 10.7. 11.7. 11.7.	09:00 - 12:00 14:00 - 17:00 09:00 - 12:00 14:00 - 17:00		
<input type="checkbox"/> K31*	8. - 11.7. Mi-Fr	09:00 - 16:00	Sa 09:00 - 12:00	190 €	150 €
<input type="checkbox"/> K32	8. - 9.7.	14:00 - 17:00			
<input type="checkbox"/> K33 *	9.7.	09:00 - 12:00			
<input type="checkbox"/> K34	10.7.	09:00 - 18:00			
<input type="checkbox"/> K41	10. - 11.7.	09:00 - 17:00		160 €	125 €
<input type="checkbox"/> K51	10.7.	14:00 - 18:00			
<input type="checkbox"/> K61	9.7.	14:00 - 17:00			
<input type="checkbox"/> K71 *	8.7.	14:00 - 17:30			
<input type="checkbox"/> K81	10.7.	09:00 - 17:00			
<input type="checkbox"/> K91*	8. - 11.7.	09:00 - 18:30		450 €	360 €
<input type="checkbox"/> K92*	8. - 11.7.	09:00 - 18:30		450 €	360 €

* Begrenzte Teilnehmerzahl, Anmeldung erforderlich
¹ inkl. Verpflegung, ² inkl. Verpflegung u. Lehrbuch

<input type="checkbox"/> A01	8.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> A02	8.7.	09:00 - 12:30
<input type="checkbox"/> A03	8.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> A04	8. - 9.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> A05	8.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> A06	8. - 11.7. 9.7.	10:00 - 13:00 15:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> A07	8.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> A08	8.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> A09	8.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> A10	8.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> A11	8.7.	16:00 - 18:00
<input type="checkbox"/> A12	8.7.	17:30 - 19:30
<input type="checkbox"/> A13	8.7.	17:30 - 20:00
<input type="checkbox"/> B01	9.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> B02	9.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> B03	9.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> B04	9.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> B05	9.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> B06	9.7.	17:30 - 19:30
<input type="checkbox"/> B07	9.7.	18:00 - 20:00
<input type="checkbox"/> C01	10.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> C02	10.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> C03	10.7.	14:00 - 17:00
<input type="checkbox"/> C04	10.7.	17:30 - 20:00
<input type="checkbox"/> D01	11.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> D02	11.7.	09:00 - 12:00
<input type="checkbox"/> D03	11.7.	14:00 - 18:00

E01* | 8. und 9. Juli: Ein Angebot der Max Grundig Klinik:

Von Ärzten für Ärzte:
Kenn Sie Ihr Risikoprofil?

Führung mit kostenloser Untersuchung auf Risikofaktoren nach Wunsch: z. B. Labor, Echokardiographie, Oberbauchsonographie, Schilddrüse, Carotisdoppler.

Tag der medizinischen Fachangestellten / Arzthelferin

<input type="checkbox"/> S02 Orthopädie	11.7.	10:00 - 12:00	30 €	15 €
<input type="checkbox"/> S02.1 Arbeitsschutz / Arbeitssicherheit	11.7.	13:30 - 15:00		
<input type="checkbox"/> S02.2 Reanimationstraining	11.7.	13:30 - 15:00		
<input type="checkbox"/> S02.3 Beschwerde- management	11.7.	15:30 - 17:00		

MTAR-Forum Baden-Baden

<input type="checkbox"/> S03 Radiologische Diagnostik	11.7.	10:00 - 16:00	30 €	15 €
---	-------	---------------	------	------

Anmeldung und Gebühren

Die Kongressgebühr entfällt bei Teilnahme an den gebührenpflichtigen Kursen. Die ermäßigte Gebühr gilt für Mitglieder der SWGIM e. V., BDI, Hartmannbund, Rationale Arztpaxis sowie arbeitslose Ärzte (jeweils Nachweispflicht). Auf die Kongress- bzw. Tageskarte wird keine Ermäßigung gewährt. Mitglieder der MEDICA e. V. haben kostenfreien Zutritt zu allen Veranstaltungen, Studenten und Auszubildende zu den Veranstaltungen ohne Schutzgebühr (für die Teilnahme an gebührenpflichtigen Kursen wird eine geringe Gebühr erhoben). Bei Rücktritt wird generell eine Bearbeitungsgebühr i. H. von 20 € berechnet. Rücküberweisungen bereits eingezahlter Gebühren werden bei Rücktritt nach Abzug der Bearbeitungsgebühr unmittelbar nach dem Kongress vorgenommen. Ein Anspruch auf Rücküberweisung besteht nur, wenn der Antrag vor Beginn des Kongresses schriftlich beim Veranstalter eingereicht und bereits zugesandte Kongress- bzw. Tageskarten zurückgeschickt wurden. Programmänderungen vorbehalten. Bei zu geringer Teilnehmerzahl können Kurse/Seminare kurzfristig abgesagt werden.

Titel / Name, Vorname

Unterschrift / Stempel

Straße

PLZ / Ort

Telefon tagsüber

E-Mail

Praxis Klinik

Aktuelles zu Hantaviren

Steffen Geis^{1,2,3}, Judith Koch², Helmut Uphoff³, Anja M. Hauri³

„Gefährliches Hantavirus – Die Seuche kommt mit dem Wind“ titelte der Spiegel in seiner Ausgabe vom 25. August 2008 und skizzierte diverse Szenarien dieser Erkrankung, die im Jahr 2007 in Deutschland sprunghaft angestiegen war: von der Einschleppung und Ausbreitung hochpathogener Hantavirussämmen, der Verbreitung der Viren durch den Wind bis hin zum potentiellen Einsatz als bioterroristische Waffe.

Im folgenden Beitrag werden wir keine Risikobewertung der oben angeführten hypothetischen Szenarien diskutieren, vielmehr möchten wir die aktuelle Situation dieser Erkrankung in Hessen im Vergleich zum Bundesgebiet beleuchten. Hierzu wurden die nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldeten Fälle von 2001 bis 2008 betrachtet (RKI, 2009), bei denen ein labordiagnostischer Nachweis mit klinisch manifester Erkrankung bzw. ein klinisch-epidemiologischer Zusammenhang vorlag.

Erreger

Die weltweit vorkommenden Hantaviren gehören zur Familie der Bunyaviridae, Genus Hantavirus (Lee, 1978; Schmaljohn, 1985). Die bisher über 20 charakterisierten Hantaviren kann man grob nach geographischen und klinischen Gesichtspunkten in zwei Gruppen unterteilen: die Hantaviren der „alten Welt“ in Europa und Asien (z.B. Hantaan-, Dobrav- und Puumalavirus) verursachen das klassische Bild des hämorrhagischen Fiebers mit renalem Syndrom (HFRS) bzw. die klinisch mildere Form der Nephropathia epidemica (NE), die der „neuen Welt“ in

Amerika (z.B. Sin-Nombre-Virus) werden häufiger mit dem hantaviralen pulmonalen Syndrom (HPS) in Verbindung gebracht, wobei sich beide Krankheitsmanifestationen teilweise überlappen (Muranyi, 2005). Die natürlichen Wirte dieser Zoonosen sind Nagetiere. Sowohl das Reservoir als auch das Krankheitsbild sind virusspezifisch, wodurch sich die oben genannte geographische Verbreitung der Viren erklärt (Ulrich, 2002). Somit gilt die Einschleppung hochpathogener Hantaviren nach Deutschland als sehr unwahrscheinlich, da sich diese nur in ihren jeweils zugehörigen Wirtstieren etablieren könnten, die in Deutschland jedoch nicht verbreitet sind.

Nach aktuellem Kenntnisstand zirkulieren in Deutschland zwei verschiedene humanpathogene Hantaviren: Puumalaviren werden von der Rötelmaus übertragen, Dobravaviren von der Brandmaus und der Gelbhalsmaus im Norden und Osten der Bundesrepublik. Eine Erkrankung durch das Tulavirus (RKI, 2008a) wurde bisher erst einmal in Deutschland beschrieben. Der Erreger wird von der Feldmaus übertragen und ist fraglich humanpathogen. Von 2004 bis 2008 wurde bei 94 % der Fälle

die Virusspezies genauer differenziert, dabei wurde in über 98 % das Puumalavirus und in 1,6 % (n=40) das Dobravavirus angegeben.

Die Viren dieser Zoonose werden durch den Urin, Speichel und Kot von persistent und inapparent infizierten Nagetieren ausgeschieden. Die Infektion des Menschen kann durch das Einatmen verunreinigter Stäube (ein potentieller Ansatz als Biowaffe), oder durch direkten Kontakt mit einem infizierten Tier erfolgen und beim Menschen als Fehlwirt eine Erkrankung auslösen. Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung wurde bisher nur bei einem Erkrankungsfall mit dem hantaviralen pulmonalen Syndrom beschrieben, wobei dieser Infektionsweg weiterhin fraglich bleibt.

Klinik

Das Krankheitsbild des hämorrhagischen Fiebers mit renalem Syndrom (HFRS) äußert sich durch akut einsetzendes Fieber, unspezifische Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen, eine Thrombozytopenie und Nierenfunktionsstörungen bis hin zum akuten Nierenversagen. Das in Deutschland vorherrschende Puumalavirus verursacht eine milde Form des HFRS, die

¹ Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE)

² Robert Koch-Institut Berlin, Abteilung Infektiонsepidiologie (RKI)

³ Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg (HLBUG)

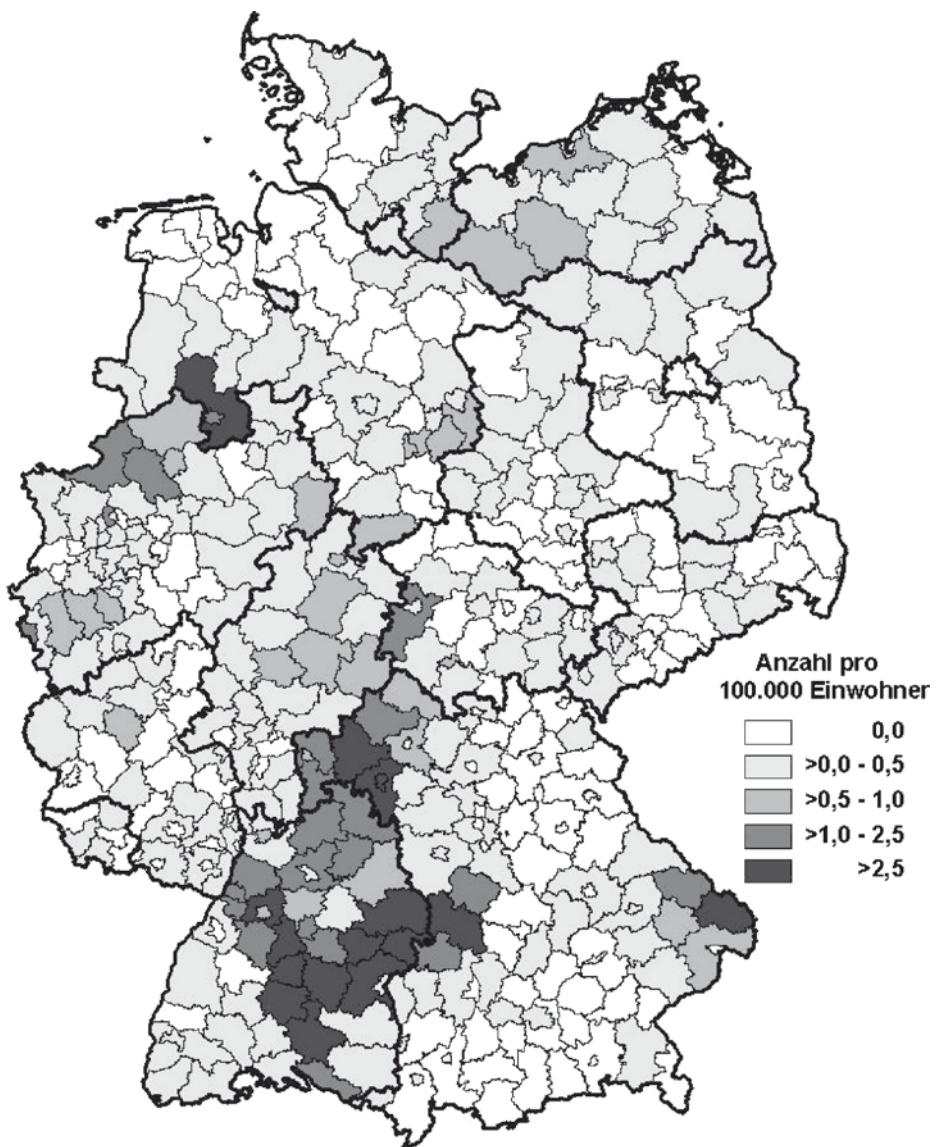


Abb. 1: Anzahl der Hantavirus-Meldungen von 2001 bis 2008 pro 100.000 Einwohner nach Kreisen (n=3.248)

sogenannte Nephropathia epidemica (NE). Bei dieser beobachtet man hämorrhagische Verläufe äußerst selten, eine temporäre Dialysepflicht tritt in weniger als 10 % der Erkrankungen auf. Dennoch verlaufen bis zu 0,6 % der Erkrankungen letal (Mustonen, 1998), wobei seit Einführung der Meldepflicht nach IfSG im Jahre 2001 in Deutschland keine tödlichen Verläufe gemeldet wurden. Diese interessante Beobachtung, die mögli-

cherweise auf eine weniger virulente Form in Deutschland hinweisen könnte, lässt sich aufgrund methodischer Unterschiede der Datenerhebung jedoch nicht direkt vergleichen. Viele Erkrankungen verlaufen subklinisch oder unspezifisch mit Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen, weshalb sie oft nicht erkannt oder mit grippalen Infekten verwechselt werden. Die Dunkelziffer dieser Infektion dürfte daher erheblich sein.

Das hantavirale pulmonale Syndrom auf dem amerikanischen Kontinent ist durch eine interstitielle Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Ödeme gekennzeichnet, die zu Hypotonie, Organversagen und Schock führen können.

Diagnostik

Die klinische Diagnose wird durch serologische Untersuchungen zu Beginn der Symptomatik durch den Nachweis von IgM-Antikörpern und im weiteren Verlauf von IgG-Antikörpern oder durch den IgG-Titeranstieg in Serumpaaren mittels ELISA bestätigt. Bei zweifelhaften ELISA-Ergebnissen werden Immunoblots und die Immunfluoreszenz für den Antikörernachweis als unabhängiges Nachweisverfahren eingesetzt. In der frühen Krankheitsphase kann auch der direkte Virusnachweis über die PCR aus dem Blut gelingen. Die Hantaviren können dann molekulargenetisch analysiert werden und mit denen aus Nagetierpopulationen hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit verglichen werden.

Epidemiologie

Meldedaten

Seit Einführung der Meldepflicht dieser Erkrankung wurden von 2001 bis Ende 2008 insgesamt 3.248 Erkrankungsfälle in der gesamten Bundesrepublik (0,49 Fälle pro 100.000 Einwohner/jährlich) erfasst, wovon lediglich 124 Fälle auf Hessen (0,26 Fälle pro 100.000 Einwohner/jährlich) entfallen (RKI, 2009).

Zeitlicher Verlauf

und geographische Verteilung

Die Erkrankungshäufigkeit unterliegt einer hohen jährlichen Schwankung: im Jahr 2007 wurden 1.688 Erkrankungen gemeldet, viermal mehr als in dem vorherigen Spitzenjahr 2005 mit 447 Erkrank-

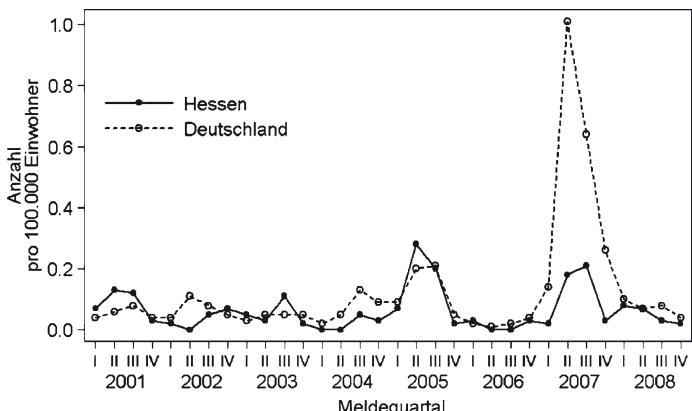


Abb. 2: Anzahl der Hantavirus-Meldungen von 2001 bis 2008 pro 100.000 Einwohner für Hessen und Deutschland, nach Meldequartal (n=3.248)

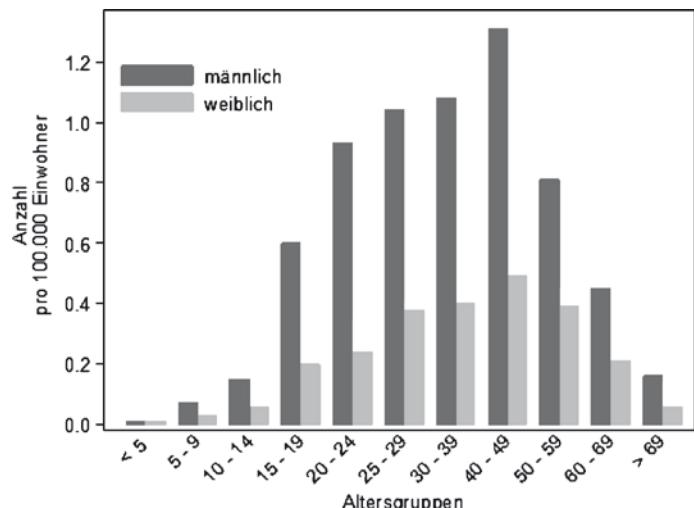


Abb. 3: Anzahl der Hantavirus-Meldungen pro 100.000 Einwohner von 2001 bis 2008 nach Alter und Geschlecht, Deutschland (n=3.247)

kungen bei zuvor durchschnittlich 200 Fällen pro Jahr. Saisonale Schwankungen lassen sich ebenfalls beobachten, mit einem Gipfel in den Monaten Mai bis August.

Der Anstieg 2007 konzentrierte sich v.a. auf hochendemische Gebiete in Baden-Württemberg (mit mehr als 60 % der bundesweiten Fälle), Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Abbildung 1 bildet diese Hochendemiegebiete gut ab, wobei hier alle gemeldeten Fälle von 2001 bis 2008 eingeflossen sind. Für den Zeitraum 2001 bis 2008 beträgt die jährliche Inzidenz im Landkreis Fulda 1,08 Fälle pro 100.000 Einwohner, die höchste in Hessen. Spitzenreiter im Bundesvergleich ist der Landkreis Heidenheim (Baden-Württemberg) mit einer jährlichen Inzidenz von 13,86 Fällen pro 100.000 Einwohner für diesen achtjährigen Zeitraum.

Vergleicht man die hessischen Inzidenzen pro Meldequartal (Abb. 2) mit denen auf Bundesebene zeigt sich abgesehen vom Jahr 2007 ein ähnlicher Verlauf, wo bei der starke Anstieg 2007 bundesweit fast ausschließlich auf Meldungen aus

den oben genannten hochendemischen Gebieten zurückzuführen ist. Die höchste Erkrankungshäufigkeit wurde in Hessen 2005 beobachtet. Diese entsprach dem bundesweiten Trend in diesem Jahr. Klimatische und ökologische Faktoren beeinflussen die Populationsdichte der Nagetiere, die das natürliche Reservoir für Hantaviren bilden, und erklären somit die Jahresschwankungen. Der Rückgang der Erkrankungen im Jahr 2006 auf das bisher niedrigste Niveau (bundesweit

72 Fälle) ist auf den deutlichen Rückgang der Mäusepopulation im Winter 2005/06 zurückzuführen. Der darauffolgende milde Winter führte nicht zu dem gewohnten Rückgang der Nagerpopulation, das klimatisch bedingte üppige Nahrungsangebot (diese Nagetiere sind v.a. in Buchenwäldern zu finden) resultierte in einem echten „Mäusejahr“ und war somit die biologische Voraussetzung für den starken Anstieg der Erkrankungen im Jahr 2007 (RKI, 2008b).

Demographische Verteilung

Fast drei Viertel (ca. 73 %) der Betroffenen sind Männer (2.353 von 3.248 Fällen), v.a. im berufstätigen Alter (siehe Abb. 3). Eine bundesweit durchgeführte Fall-Kontrollstudie konnte dies mit einer beruflichen Exposition im Bauwesen und der Forst- und Landwirtschaft in Zusammenhang bringen (Abu Sin, 2007). Die Alters- und Geschlechtsverteilung entsprechen in Hessen annähernd der bundesweiten Verteilung.

Seroprävalenzdaten

Nur ca. 5 bis 10 % der Hantavirusinfektionen führen zur typischen klinischen Manifestation, weshalb oftmals in subklinischen Fällen und Erkrankungen mit unspezifischer Symptomatik die Diagnose einer Infektion ausbleibt. Dies bestätigen umfangreiche Daten zur Seroprävalenz aus Baden-Württemberg. In einer Kohorte von Jägern, Förstern, Wald- und sonstigen Freilandarbeitern konnte eine Durchseuchung von 2,1% nachgewiesen werden, wobei jedoch ein erheblicher regionaler Unterschied bestand. In den Hochendemiegebieten Reutlingen und Tübingen lag diese über 5%, in einer Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung (Gemeinde Römerberg im Landkreis Reutlingen) nur zwischen 1,1 und 1,4 % (Kimmig, 2001). In einer hier kürzlich durchgeföhrten Seroprävalenzstudie bei Forstarbeitern konnte über die letzten Jahre auch ein sprunghafter Anstieg von 2,0 % 1997/98 auf 14,5 % 2007/08 beobachtet werden (Winter, 2008).

Risikofaktoren

Zur Identifizierung von Faktoren, die eine Infektion durch Hantaviren begünstigen, wurden in Deutschland mehrere Fall-Kontrollstudien durchgeführt, um auf dieser Basis Präventionsmaßnahmen einzuleiten zu können (Abu Sin, 2007; RKI 2006a,b).

Hier wurden folgende Risikofaktoren

identifiziert:

- Kontakt zu Mäusen
- Wohnlage in Nähe des Waldes, Stadtwaldes/parks
- Tätigkeiten im Bauwesen
- ausgedehnte Spaziergänge im Wald
- Betreten länger nicht genutzter Räume
- Holzschlagen
- Tätigkeiten in der Wald- und Forstwirtschaft.

Prävention und Therapie

Trotz intensiver Forschung stehen bis heute weder eine viruspezifische Therapie zur Behandlung noch ein Impfstoff zur Prophylaxe zur Verfügung. Somit bleibt lediglich die symptomatische Behandlung der Erkrankung bis zur vorübergehenden Dialyse. Das Robert Koch-Institut empfiehlt zur individuellen Prävention einer Infektion insbesondere in Endemiegebieten die Vermeidung von Kontakt zu Nagern und deren Exkrementen, eine Nagetierbekämpfung im Wohnbereich, die hygienisch sichere Nahrungsmittelaufbewahrung, eine Vermeidung von Staubentwicklung in kontaminierten Bereichen sowie die Verwendung von Atemschutzmasken und Handschuhen (RKI, 2006b). Auch Maßnahmen zur Kontrolle der Mäusepopulation wären denkbar, wobei diese zum Schutz anderer Tierarten örtlich und zeitlich begrenzt sein sollten und von Spezialisten begleitet werden sollten. Eine kontinuierliche Überwachung der Nagetierpopulation auf Hantavirusinfektionen wäre wünschenswert, um basierend auf diesem Monitoring entsprechende Schritte abzuleiten.

Fazit

Hantaviruserkrankungen treten in Hessen nur sporadisch auf, bisher konnten keine Hochendemiegebiete identifiziert werden.

Literatur

1. Abu Sin M, Stark K, van Treeck U et al.: Risk factors for hantavirus infection in Germany, 2005. *Emerg Infect Dis* 2007; 13:1364–6.
2. Kimmig P, Silva-González R, Backe H, et al.: Epidemiologie von Hantaviren in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2001; 63:107–12.
3. Lee HW, Lee PW, Johnson KM: Isolation of the etiologic agent of Korean hemorrhagic fever. *J Infect Dis* 1978; 137:298–308.
4. Muranyi W, Bahr U, Zeier M, van der Woude FJ: Hantavirus Infection. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:3669–79.
5. Mustonen J, Vapalahti O, Henttonen H, Pasterнак A, Vaheri A: Epidemiology of hantavirus infections in Europe. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13:2729–31.
6. RKI: Hantavirus-Erkrankungen: Niedersächsische Fall-Kontroll-Studie zum gehäuften Auftreten in den Jahren 2004 und 2005. *Epid Bull* 2006a; 2:15–6.
7. RKI: Bundesweite Fall-Kontroll-Studie zu Verbreitung und Risikofaktoren von Hantavirus-Infektionen. *Epid Bull* 2006b; 40:344–46.
8. RKI: Zahl der Hantavirus-Erkrankungen erreichte 2007 in Deutschland einen neuen Höchststand. *Epid Bull* 2008a; 19:147–9.
9. RKI: Epidemieartige Zunahme der Hantavirus-Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2007. *Epid Bull* 2008b; 19:149–52.
10. RKI: SurvStat, <http://www3.rki.de/survstat>, Datenstand: 25.2.2009
11. Schmaljohn CS, Hasty SE, Dalrymple JM, LeDuc JW, Lee HW, von Bonsdorff CH, Brummer-Korvenkontio M, Vaheri A, Tsai TF, Regnery HL, Goldgaber D, Lee P-W: Antigenic and genetic properties of viruses linked to hemorrhagic fever with renal syndrome. *Science* 1985; 227,1041–4.
12. Ulrich R, Hjelle B, Pitra C, Krüger DH: Emerging viruses: the case ‚hantavirus‘. *Intervirology* 2002; 45:318–27.
13. Winter CH, Brockmann SO, Splettstoesser WD, Pfaff G, Piechotowski I, Oehme R, Wagner-Wiening C: Rising Seroprevalence of Antibodies against Vector- and Rodent-borne Infections in Forestry Workers in Germany. Poster, International Meeting on Emerging Diseases and Surveillance (IMED), Wien, Februar 2009.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Steffen Geis

Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG)
Abteilung I – Gesundheitsschutz
Wolframstraße 33
35683 Dillenburg
www.hlpug.de

Ist Irren menschlich? – Strukturwandel im Gesundheitswesen

Klaus Dörner

„Ist Irren noch menschlich? – Strukturwandel im Gesundheitswesen und seine Auswirkungen auf das psychotherapeutische Handeln“ lautete der Titel einer gemeinsamen Fachtagung, zu der die Hessische Landesärztekammer (LÄKH) und die Hessische Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (LPPKJP) am 23. und 24. Januar 2009 in das Haus am Dom in Frankfurt eingeladen hatten. Den Einführungsvortrag hielt der renommierte Sozialpsychiater Professor Dr. Dr. Klaus Dörner.

Es freut mich natürlich, dass Sie mit diesem Titel noch einmal auf den Evergreen „Irren ist menschlich“ von Ursula Plog und mir aus dem Jahre 1978 zurückgegriffen haben – als Türöffner zum Thema Ihrer Fachtagung, auf der Sie in (fast) aller wünschenswerten Deutlichkeit vor der immer drückender werdenden Marktorientierung beim gegenwärtigen „Strukturwandel im Gesundheitswesen“ warnen.

Und in der Tat haben wir in „Irren ist menschlich“ von Anfang an immer wieder darauf hingewiesen, dass zwar Medizin und Gesundheitswesen – wie jeder andere Gesellschaftsbereich – auch der Volkswirtschaftsanalyse bedürfen, dass dort aber im Kern die (eng geführte betriebswirtschaftliche) Marktorientierung nichts zu suchen hat, weil dieser Bereich der anderen, nämlich der Gemeinwohlorientierung unterliegt, wo man nun mal nicht mit dem Profitabelsten, sondern mit dem Bedürftigsten, Letzten beginnt. Das sieht eigentlich auch das Bundesverfassungsgericht in mehreren Urteilen so, ohne dass jemand sich traut, davon Gebrauch zu machen, was in hohem Maße unverständlich ist.

Marktspiel Gesundheitswesen

Denn – trotz dieses Umstandes – spielen wir alle das Marktspiel mit. Denken Sie nur z.B. an die Qualitätssicherung. Gerade Betriebswirtschaftler lachen sich über unsere Dummheit kaputt, dass wir auf solchen logischen Unsinn hereinfallen; denn sie wissen sehr wohl aus der Auto-Industrie, dass Qualitätssicherung eine Maßnahme ist, um Leistungen vergleichbar und verrechenbar zu machen, also zu standardisieren und zu quantifizieren. Ziel ist es, die immer störende Unvergleichbarkeit und Einmaligkeit des Einzelfalls – und das bedeutet ja Qualität – aus dem Kalkül zu eliminieren.

Um der Frage nachzuspüren, warum wir alle – gegen jeden gesunden Menschenverstand – das Marktspiel mitspielen, nochmal zurück zu „Irren ist menschlich“. Es dauerte bei mir etwa zehn Jahre, bis ich schamrot darüber wurde, dass wir bei der Auswahl des doch so human klingenden Titels, dass Irren menschlich sei, nur an die psychisch kranken Patienten gedacht haben, aber nicht im mindesten an die Irrtumsfähigkeit von uns psychiatrischen Profis; so profizentrisch war damals noch unser Bewusstsein.

Profi-Irrtümer

Aufgeklärt darüber haben mich erst die 435 Gütersloher lebenslänglich und austherapiert untergebrachten Großheimbewohner. Zwar lebten alle diese Langzeitpatienten nach 17 Jahren in eigenen Wohnungen (mit eigenen Arbeitsmöglichkeiten). Aber alle von uns Profis eingeleiteten Schritte auf diesem Weg erwiesen sich als profizentrische Irrtümer, die mühsam genug von diesen chronisch psychisch kranken korrigiert werden mussten. Ich habe in unserer katamnestischen Nachuntersuchung „Ende der Veranstaltung“ (Neumünster: Paranus 2002) zwölf solcher Profirritümer aufge-

listet. Hier nur ein Beispiel: Es dauerte einige Zeit, bis wir verstehen konnten, dass wir diesen chronisch psychisch Kranken nicht mit der für akut Kranke üblichen therapeutischen oder auch rehabilitativen Haltung herangehen durften, sondern wir zu lernen hatten, dass es jetzt darauf ankam, stattdessen die Menschen um sie herum, ihren Sozialraum, auf sie hin zu verändern. Kaum jemand interessierte sich für diesen Beweis der Integrierbarkeit sämtlicher chronisch psychisch Kranke: so sehr wirkte auch heute noch die hundertjährige Tradition auf uns, in der Fortschritt nicht ambulant vor stationär, sondern umgekehrt stationär vor ambulant bedeutete.

Wir haben die erkenntnistheoretische Lehre aus diesen Erfahrungen so zu verallgemeinern versucht: wenn jemand in einer psychischen Krise zu mir kommt, ist er mir so fremd, dass ich ihm eigentlich nichts sagen kann. Da ich aber der Experte bin, hat der Andere gleichwohl Anspruch auf meine diagnostischen oder therapeutischen Äußerungen. In diesem Dilemma rettet mich nur meine Grundhaltung, mit der ich dem Anderen auf der Beziehungsebene signalisiere: „Ich sage Dir jetzt zwar was, aber das wird wahrscheinlich falsch sein, schon weil es erstmal nur von mir kommt. Also bin ich darauf angewiesen, dass Du mich angstfrei (!) korrigierst. Nur so, indem jeder von uns beiden autonom etwas beiträgt, kann es zu einer Kooperation zwischen uns kommen, können wir uns der Wahrheit nähern. Die Wahrheit ist somit der korrigierte Irrtum.“ In meinem ganzen Berufsleben habe ich vor jeder Begegnung mit einem Patienten oder auch Angehörigen panische Angst, weil ich mir völlig sicher war, ihm garantiert nichts sagen zu können. Wahrscheinlich hat mich genau diese Angstfähigkeit in vielen Situationen gerettet.

Die andere, mehr moralphilosophische Lehre: wenn jemand in einer psychischen Krise aus seinen Bezügen gefallen ist, ist es okay, mich etwa mit der Hälfte meiner Zeit subjekt-orientiert, personenzentriert auf diesen Anderen zu konzentrieren. Aber die andere Hälfte meiner immer zu knappen Zeit habe ich für die Menschen drumherum, sozialraumzentriert zu verausgaben; denn der Sinn von Therapie beweist sich erst im Wiederfinden integrierender Bezüge. Und niemals wir Profis, sondern stets nur die anderen Bürger, können Bürger integrieren.

Wenn man sich nun heute die Situation aus der kritischen „Irren ist menschlich“-Perspektive anguckt, würde mir Ursula Plog, wenn sie noch lebte, vermutlich in meinem Urteil zustimmen, dass das Irren wohl in der Tat nun auch in psychotherapeutischer Perspektive – für die Patienten wie für die Profis – ein Stück unmenschlicher geworden ist. Wir würden zugleich aber auch – getreu unserer Grundhaltung – Ihnen dringend raten, bei der Suche nach Ursachen und nach Änderungsmöglichkeiten lieber nicht mit der Schuld der jeweils Anderen zu beginnen, sondern eher mit den eigenen Anteilen, einmal weil man leichter sich selbst als Andere ändern kann und zum anderen, weil selbst, wenn das nicht stimmt, systemisch die Selbständerung, die Fremdänderung erzwingen kann, aber niemals umgekehrt.

wollten, die ihnen wesensfremde Kröte des medizinischen Krankheitsbegriffs geschluckt und zudem in Kauf genommen, das in der Körpermedizin schon weit dominanter gewordene Marktspiel mitzuspielen, womit die schon mehrfach gestellte Warum-Frage zumindest grob beantwortet wäre. Ein kleines Symptom dafür mag sein, dass in den heutigen Weiterbildungscurricula die Mengenverhältnisse gegenüber „Irren ist menschlich“ sich umgedreht haben: heute allenfalls 1/5 Grundhaltung, jedoch 4/5 Techniken. Und konsequent ist auch der Anerkennungs-Ausschluss gerade der Gesprächstherapie; denn sie ist mit ihrer mehr philosophisch-geistewissenschaftlich-pädagogischen Fundierung diejenige, die der Medizin-Kultur am fremdesten ist. Aber der mit Abstand für uns alle verführerischste betriebswirtschaftliche Marktmechanismus ist der Imperativ, sich nur noch auf die eigenen Interessen konzentrieren zu dürfen – mit seinen zwei normativen Konsequenzen, einmal dem Gebot, nicht mit dem bedürftigsten, sondern mit dem günstigsten Patienten zu beginnen und zum anderen mit dem Zwang zur Expansion (der Betrieb, der stagniert, ist schon weg vom Fenster).

Funktioniert diese vom Gesetzgeber seit 1980 vorgeschriebene und nicht kosten-dämpfende, sondern kostensteigernde Verfolgung der Marktgesetze bei den Körperkrankheiten schon reibungslos, so gelingt eine solche wundersame Patientenvermehrung bei psychisch Kran-ken, weil kaum noch kontrollierbar, geradezu nach Belieben – bis irgendwann die ganze Gesellschaft erfassend und so überzeugend, dass nicht mal die Krankenkassen sich trauen, der schon von Karl Jaspers befürchteten „Psychifi-zierung“ des Krankheitsverständnisses eine Grenze zu setzen.

Aber wenn man den Psychiatrie-Psycho-therapie-Komplex als Einheit sieht, wie wir dies in „Irren ist menschlich“ getan haben, dann beginnt diese Entwicklung schon damit, dass wir euphorischen Psy-chiatrereformer ab 1970 den Politikern das Geld für mehr als ein Dutzend neuer gemeindepsychiatrischer Einrichtungen mit vielen attraktiven Arbeitsplätzen für uns Profis aus der Nase gezogen ha-ben. Das sollte eigentlich für die armen chronisch psychisch Kranke in den so unmenschlichen Anstalten sein. Doch dann war der gemeinwohlorientierte Be-ginn mit dem Letzten doch zu mühsam;

Wundersame Patienten-vermehrung

Wir würden im besten „Irren ist menschlich“-Sound hinzufügen: „Jetzt haben die Psychotherapeuten bei der völlig berechtigten Schließung der Ge-rechtigkeitslücke zwischen Ärzten und Psychologen, also mit dem Psychotherapiegesetz, nun doch mehr, als sie

wir verhielten uns lieber marktkonform – mit dem Ergebnis, dass von der Gemeindepsychiatrie die nicht ganz so Kranken profitierten, während für die chronisch psychisch Kranken (geistig Behinderten) die Zahl der Heimplätze über 30 Reformjahre fortlaufend bis heute nicht gesunken, sondern gestiegen sind.

Ähnlich deprimierend ist es, dass uns das neue Betreuungsgesetz die neue und damit auch euphorische Berufsgruppe der Berufsbetreuer beschert hat, die es – dem Expansionsgebot folgend – locker geschafft hat, in wenigen Jahren die Zahl der Betreuungsbedürftigen und damit der Betreuten zu verzweifachungen, weil das neue Gesetz doch so viel menschlicher sei.

Markt als Dopingmittel

Und in diese Dynamik des Marktes als Doping-Mittel reiht es sich ganz organisch ein, dass nach dem Psychotherapiegesetz die Vermehrfachung der Psychotherapeuten auch zu einer Vermehrfachung der Psychotherapie-Verbraucher, der als psychisch krank anerkannten Neo-Psychisch-Kranken geführt hat, erst mit der Welle der verschiedenen, neu-gefundenen Angst-Krankheiten, jetzt mit der Depressionswelle, obwohl jeder Psychiatrie-Historiker weiß, dass zumindest schwer kranke Depressive kaum zunahmefähig sind, zumal wenn in derselben Zeit die Zahl der Suizide sich halbiert, während nach Ausschöpfung des Depressions-Marketing sich als nächste Kampagne die Trauma-Welle abzeichnet. Damit Sie mich recht verstehen: von jeder Kranken-Rekrutierungswelle profitieren immer auch etliche, die wirklich in hohem Maße psychotherapie-bedürftig sind.

Aber in der Breite überwiegen mit jeder Welle immer gesündere psychisch Kranke, die wir im Namen der Marktnorm des

isolierten, selbstbestimmten Individuums experten-abhängig machen, was deren Chance verringert, eine Krise selbst zu durchleiden und daran ein Stückchen erwachsener zu werden.

Wir psychiatrisch Tätigen mögen vor 30 Jahren zu ruppig und mitleidlos gewesen sein, aber jetzt scheinen wir ins mitleidsvolle Gegenteil umzuschlagen, zumal dies nur mit selbst-mitleidigen Vorteilen für uns verbunden ist, was sich immerhin mit der Hoffnung verbindet, dass wir irgendwann zu einem vernünftigen Mittelweg finden werden. Jetzt gilt jedoch: je gesünder meine Patienten sind, desto erfolgreicher werde ich im Vergleich sein, wobei in der Patienten-Gesamtheit die Kränksten die Zeche dafür bezahlen müssen – systemkonform.

Das Teuflischste daran ist, das kaum jemand innerhalb dieses Systems diese Zusammenhänge erkennen kann, wenn er es nicht unbedingt will. So macht jede neue Praxis die Warteschlangen vor den anderen Praxen nicht etwa kürzer, sondern länger, weil diese Dynamik mehr der Markt- als der Bedarfs- und Gemeinwohllogik folgt und weil psychische Gesundheit für den homo oeconomicus unendlich steigerbar ist. Und wenn selbst bei der Häufigkeit der Krankenhaustage (also schon stationär!) die um das wachsende Heer der Neo-psychisch-Kranken erweiterten klassischen psychisch Kranken die Herzkreislaufpatienten vom ersten Tabellenplatz erfolgreich vertrieben haben, dann sollte spätestens dieser fragwürdige Erfolg Anlass geben, zutiefst zu erschrecken und in sich zu gehen, zumal, wenn man daran erinnert, dass Deutschland immer noch so viele psychotherapeutisch-psychosomatische Betten hat wie der Rest der Welt, deren Reduktion auch nur auf europäisches Normalmaß die Mehrzahl unserer Finanzierungsprobleme als selbst-gemachte

erkennbar machen würde, was wir alle aber nicht hinreichend wollen können.

Tagesdosis an Bedeutung für Andere

Abschließend noch ein bisschen Anleitung zum Nachdenken oder Erschrecken: 1. Sie wollen auf dieser Tagung verdienstvollerweise auch über das Menschenbild nachdenken. Hier empfehle ich besonders das lange vergessene, nun aber nicht zufällig wiederbelebte Menschenbild des Anthropologen Helmuth Plessner: „Die Stufen des Organischen und der Mensch“ (Berlin: de Gruyter 1975). Hier heißt es sinngemäß, dass der Mensch zur Hälfte wie das Tier lebt, nämlich zentrisch, aus seinem Zentrum heraus bestrebt, sich die Umwelt nutzbar zu machen, man könnte auch sagen selbstbestimmt; jedoch zur anderen Hälfte umgekehrt exzentrisch, sich erkenntnistheoretisch wie auch moralphilosophisch von einem Anderen her bestimmen zu lassen. Dem entsprechen die beiden menschlichen Grundbedürfnisse nach Selbstbestimmung einerseits und nach Bedeutung für Andere andererseits: jeder Mensch braucht seine Tagesdosis an Bedeutung für Andere. Die Abdeckung beider Grundbedürfnisse muss einigermaßen gleichgewichtig sein, damit der Mensch sich wohl fühlt oder – siehe Gadamer – gesund ist. Während es früher umgekehrt war, mangelt es heute eher an Gelegenheiten, auf seine Tagesdosis an Bedeutung für Andere zu kommen. Das dadurch bedingte Unwohlsein wird heute fast nur noch als „psychisch krank“ gedeutet und entsprechend als Psychotherapiebedarf interpretiert. Plessner zeigt aber, dass das Deutungsspektrum hierfür sehr viel breiter ist, nicht nur mit „psychisch krank“ gleichgesetzt werden darf. Daraus ergibt sich, dass ein nicht geringer Teil der eher gesünderen psy-

chisch Kranken, die sich wegen ihres Unwohlseins an Sie wenden, in Wirklichkeit daran leiden, dass sie nicht auf die für sie notwendige Tagesdosis an Bedeutung für Andere kommen, jedoch marktbedingt glauben, sie bräuchten mehr Selbstbestimmung. Dem entspricht der empirisch gesicherte Befund, dass etwa seit 1980 immer mehr Menschen erstmals seit 100 Jahren zunehmend das Bedürfnis spüren, mehr Bedeutung für Andere zu haben, was zweifellos damit zusammenhängt, dass wegen unserer allgemeinen Zunahme der Alterung inzwischen fast in jeder Familie zu fast jeder Zeit ein altenhilfebedürftiger Mensch lebt. Ich habe diese aufregenden, weil epochal neuen Zusammenhänge ausführlich beschrieben in meinem „Leben und sterben, wo ich hingehöre“ (Neumünster: Paranus 2007). Hierin sind auch zahlreiche praktische Beispiele beschrieben, wie ein Mensch für seine Lebenswelt und seinen Sozialraum Gelegenheiten findet, auf seine Tagesdosis an Bedeutung für Andere zu kommen. Sein Unwohlsein würde dann gerade nicht durch vermehrte Entlastung, sondern umgekehrt durch soziale Wiederbelastung verschwinden oder sich zumindest auf Normalmaß ermäßigen.

2. Die Psychotherapie-Ikone meiner Generation, Ruth Kohn, hat irgendwo mal einen Satz geschrieben, der mich in seiner Brutalität lange empört hat, dessen Sinn sich mir aber mit zunehmender Erfahrung eher erschließt; der Satz lautet: „Wenn ich einem Menschen, der zu mir kommt, weniger gebe, als er braucht, dann ist das Diebstahl; wenn ich ihm aber mehr gebe, als er braucht, dann ist das Mord.“

3. Wenn die kostbare Selbstverwaltungsform der „Kammer“ u. a. auch für die

Disziplinierung der Möglichkeiten aber auch Grenzen meines therapeutischen Tuns verantwortlich ist, dann sollte ein Kammer-Präsident nicht nur moderieren, sondern z.B. jedes Jahr einmal per Umfrage jeden Psychotherapeuten um Mitteilung ersuchen, wie viel Prozent der Menschen, die sich an ihn wenden, er mit dem Argument ablehnt, sie seien für ihn nicht psychisch krank genug. Nach der Wahrscheinlichkeit müssten das heute zwischen 10 und 30 Prozent mindestens sein. Ein solches oder vergleichbares Verfahren müsste für beide Seiten, sowohl für die Kammer als auch für die einzelnen Psychotherapeuten, zumindest zum Problembewusstsein und damit auch zur Glaubwürdigkeit sich selbst und der Gesellschaft gegenüber beitragen.

Rettung des Gemeinwohlbereichs

4. Hier eine kleine Anekdote, von der ich mir wünsche, dass sie nicht in Vergessenheit gerät: Schon in den 70er Jahren haben sich die Verbände der Verhaltenstherapeuten, der Gesprächstherapeuten und der Reformsozialpsychiater (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) zu den sogenannten „Plattformverbänden“ zusammengeschlossen, um gemeinsam für die Gleichberechtigung psychotherapeutischen Tuns von Ärzten und Psychologen zu kämpfen. Damit aber die Psychologen nicht so wie schon die Ärzte sich in der freien Praxis den Verführungen der Marktgesetze unterwerfen müssten, haben wir unseren Kampf mit der Forderung verknüpft, dass Psychotherapeuten künftig im Angestelltenverhältnis der jeweiligen Kommunalverwaltung, also z.B. des Gesundheits-

amtes, tätig sein sollten, weil sie nur so die Freiheit haben könnten, nach dem Gemeinwohlprinzip mit den Bedürftigsten, Letzten zu beginnen.

5. Zwar klingt die gerade erzählte Anekdote ein wenig nostalgisch. Doch merken sich die Zeichen dafür, dass es sich lohnt, darüber nachzudenken, ob man nicht die Finanzierungsform des regionalen Sozialraumbudgets anstreben sollte, wie sie in der Jugendhilfe schon hier und da realisiert ist und wie z.B. die meisten psychiatrischen Abteilungen in Schleswig-Holstein dies auch für sich durchgesetzt haben. Denn das Sozialraum-Budget scheint mir die einzige Finanzierungsform zu sein, mit deren Hilfe man bei fortbestehender Marktwirtschaft gleichwohl dem Gemeinwohlprinzip folgen kann, indem man, ohne finanziell dafür bestraft zu werden, in der Tat mit den Bedürftigsten, Letzten beginnen kann, wobei als weiterer Vorteil zu Buche schlägt, dass bei solchen Vereinbarungen fast alle Kontrollen fortfallen, weil es nur noch darum geht, die vereinbarten Ziele einigermaßen zu erreichen.

Wenn man schließlich bedenkt, dass der Staat gerade dabei ist, seine Regelungsverantwortung gegenüber den Finanzmärkten wieder zu entdecken, ist es ja nicht ausgeschlossen, dass ihm dieses auch zwecks Rettung des Gemeinwohlbereichs gelingt, ohne den eine Gesellschaft nie und nimmer gesund sein kann.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. Dr. Klaus Dörner
Nissenstraße 3
20251 Hamburg

(durch die Redaktion gekürzte Fassung)

Screening im kraniomandibulären System

Die Sicht des Zahnarztes/Kieferorthopäden S. Kopp

Einführung zum Thema

Wenn mindestens 10 % aller neuen Patienten einer Praxis Symptome einer kraniomandibulären Dysfunktion (CMD) aufweisen, so bedeutet das für die tägliche Praxis, dass jeder Zahnarzt ein funktionelles Screening beherrschen sollte, um bei den Patienten diese Befunde diagnostisch nicht zu übersehen. Ein Screening ist deshalb nötig, um mit vertretbarem Zeitaufwand die Patienten zu erkennen, die einer ausführlichen Funktionsanalyse zugeführt werden müssen.

Befundkomplexe – Einteilung

Die Diagnostik im kraniomandibulären System (CMS) fußt auf hauptsächlich drei Säulen, unterteilt nach den Ursachen der Beschwerden, die am häufigsten im CMS auftreten. So unterscheiden wir Dysfunktionen und Schmerzphänomene mit 1) primär dento-/okklusogener Ursache, 2) primär myogener Ursache und 3) primär arthrogener Ursache (**Tab. 1**). Das Wort „primär“ meint dabei „vordringlich“, „hauptsächlich“ oder „mit den meisten Anteilen“. Es gilt nun, diese unterschiedlichen Symptome sicher zu erkennen und einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

Differenzialdiagnose „primär dento-/okklusogene Dysfunktion“

Man geht davon aus, dass bei einer optimalen Okklusion ein symptomfreies und gesundes Gelenk vorliegt.

Der „Zusammenbiss der Zähne“ kann in die statische Okklusion und die dynamische Okklusion aufgegliedert werden.

Sehr vereinfachend bedeutet eine optimale statische Okklusion, dass beim Zusammenbiss der Zähne die retrale Kontaktposition (RKP) mit der maximalen Interkuspidation (IKP) zusammenfällt.

Merkmale dieses Teils der okklusalen Betrachtung sind kleine punktförmige (A-, B-, C-)Kontakte im Seitenzahnbereich in der zentrischen Relation (ZR). Im Bereich der Frontzähne bestehen im Eckzahngelände Kontakte zwischen den mesiopalatinalen Flächen der Canini im Oberkiefer (OK) mit den distobukkalen Flächen der Canini im Unterkiefer (UK) – die Eckzahnsicherung (Sebald u. Kopp). Zwischen den UK-Schneidezähnen und den Palatalinflächen der OK-Schneidezähne bestehen nur sehr diskrete Kontakte.

Eine optimale dynamische Okklusion beinhaltet eine laterotrusive Führung über die Eckzähne – Eckzahngführung –, selten simultan über Schneidezähne und Eckzähne – Front-Eckzahn-Führung –, während im Seitenzahnbereich alle Zähne diskludieren, also weder Führungskontakte noch Balancekontakte zu finden sind.

Okklusionsdiagnostik

Jeder funktionsorientiert tätige Zahnarzt/Kieferorthopäde weiß, dass die Diagnostik dieser „einfachen“ – aber doch elementar wichtigen – Okklusionsparameter im Munde nicht möglich ist. Deshalb muss zwingend gefordert werden: Die Analyse dento-/okklusogener Zusammenhänge ist im Artikulator durchzuführen.

Am Anfang einer Modellmontage in den Artikulator steht zuerst immer das Registrat der zentrischen Relation (ZR) und dann erst die Übertragung der Scharnierachsen/Rotationsachsen – Oberkieferrelation. Die Manipulationen am Schädel und im äußeren Gehörgang mit einem Gesichtsbogen belastet das meist angegriffene CMS. Sie machen – bei umgekehrtem Vorgehen – das Bemühen um ein möglichst genaues Registrat der ZR zunichte.

Tab. 1: Einteilung der Dysfunktionen und Schmerzphänomene im CMS

1.	Primär dento-/okklusogene Ursache
2.	Primär myogene Ursache
3.	Primär arthrogene Ursache

Differenzialdiagnose „primär myogene Ursache“

Vorwiegend muskelbedingte Funktionsstörungen (FS) und Schmerzen im CMS stellen den Hauptanteil der diagnostizierbaren Beschwerden dar. Als Ursache muss die Überbelastung der Kaumuskulatur und der Kauhilfsmuskulatur angesehen werden. Neben Parafunktionen fällt in diese Gruppe auch die falsche bzw. zu exzessive Belastung der Muskeln bei Haltungsstörungen des gesamten Bewegungssystems. Dies gilt vor allem für nicht ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze. Bei allen Problemen im Zusammenhang mit der Körperstatik sind Zahnarzt und Orthopäde gleichermaßen für die Diagnostik zuständig.

Zur Beantwortung der Frage: „Liegt eine primär myogene FS vor?“, stehen dem Untersucher neben anamnestischen Angaben zunächst drei Untersuchungstechniken zur Verfügung:

1. die Bewertung der Bewegungsparameter des Unterkiefers,
2. die Palpation der Muskulatur und
3. der Widerstandstests.

Ad 1: Es besteht eine physiologische Bandbreite der Mobilität des Unterkiefers sowohl bei der Mundöffnung (zwischen 40 und 52 Millimeter, beim Screening nur als Schneidekantendistanz gemessen) als auch den Lateralexkursionen (zwischen 10 und 13 Millimeter). Bei der physiologischen Mobilität besteht ein Verhältnis zwischen Lateralexkursion und Schneidekantendistanz von 1:4. Neben der Erfassung quantitativer Werte wird auch die qualitative Bewegung bewertet und dokumentiert.



Abb. 1: Palpation des M. masseter superior. Graue Markierung: Palpationspunkt des Kiefergelenkes, schwarze Markierung: Palpationspunkt des M. masseter profundus

Hinweise für „primär myogen“ sind Dyskoordination (der Muskulatur), vor allem aber Störungen des neuromuskulären Systems (Parafunktion) und Bewegungseinschränkung („Limitation“, Verkürzung bzw. Entzündung der Muskulatur).

getrennt nach Muskelansatz, Muskelursprung und Muskelbauch) in einem Formblatt dokumentiert (Abb. 2).

Ad 3: Die isometrische Testung der Muskulatur (Widerstandstests) ist für Frisch (1970) das differenzialdiagnostische Kriterium für „myogene Störungen“. Sie er-

Ad 2: Seit Krogh-Poulsen (1966) werden die einzelnen Muskeln des stomatognathen Systems durch Bewertung ihrer Palpationsempfindlichkeit in Statik bewertet (Abb. 1). Es wird zunächst mit wenig Kraft in Statik palpirt und die Ergebnisse (Schmerzen, Verspannungen und Verhärtungen

folgt nicht für Einzelmuskel, sondern für Muskelgruppen: Mundschließer, Mundöffner, Protraktoren und Mediotraktoren links und rechts.

Der Patient gibt an, ob und wo er dabei Schmerz verspürt hat. Positive Befunde sind ein Indiz für eine „myogene Störung“.

Beachte: Gleichzeitig können aber auch Gelenkflächen belastet werden.

Differenzialdiagnose „primär arthrogene Ursache“

Arthrogene Strukturen als alleinige Ursache einer FS sind eher selten, wenngleich sehr oft Gelenkstrukturen am pathologischen Geschehen von kramionmandibulären Dysfunktionen mit beteiligt sind. In Betracht kommen dabei morphologische – ossäre und chondrale – Veränderungen am Kieferköpfchen und in der Gelenkfläche, am Discus articularis sowie der Kapsel- und Bandstrukturen.

Folgende differenzialdiagnostische Techniken stehen zur Verfügung:

- die Palpation der Kiefergelenke,
- die Widerstandstests (indirekt),
- die Überprüfung der aktiven Bewegungen,
- die Überprüfung der passiven Bewegungen,
- statische Belastungstechniken
- dynamische Belastungstechniken und
- bildgebende Verfahren.

Ad 1: Die Palpation der Kiefergelenke ist einfach und wenig zeitintensiv (Abb. 3). Bei lateraler Palpation kann bewertet werden, ob die Gelenke schmerhaft sind, ob Knacken/Reiben vorliegt und – bei beidseitiger Palpation – ob die Bewegungen symmetrisch ablaufen. Die Palpation von dorsal, durch den Meatus acusticus externus, ermöglicht eine Einschätzung der Empfindlichkeit der bila-minären Zone.

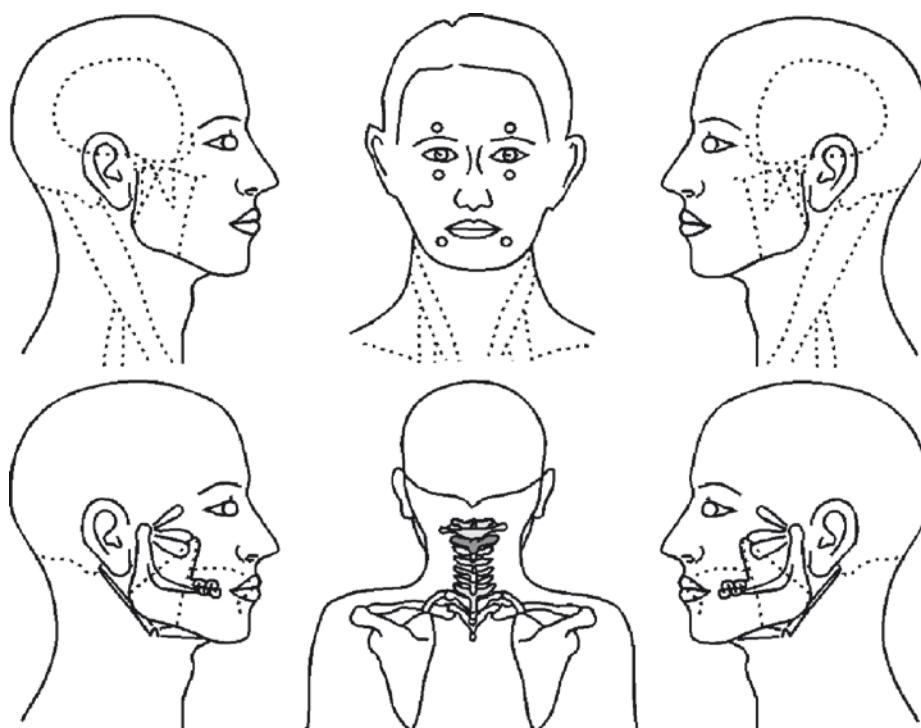


Abb. 2: Krogh-Poulsen-Schema



Abb. 3: Palpation der Kiefergelenke



Abb. 4: Passive Bewegung – Mundöffnung

Schmerz und Geräusch sind sichere Zeichen für eine arthrogene Funktionsstörung.

Ad 2: Siehe „primär myogene Ursache“.

Ad 3: Bei der Bewertung der aktiven Bewegung kann gefolgert werden:

- Geräusche im Kiefergelenk bei aktiver Bewegung sind ein sicheres Zeichen einer „arthrogenen“ FS.
- Liegen chondrale und/oder knöcherne Veränderungen der Gelenkflächen vor, findet man bei aktiver Mundöffnung eine Deviation.
- Deflexion tritt bei verlagertem Discus articularis auf.
- Ist der Bänder-Kapsel-Apparat überbeweglich, kommt es zu einer Überrotation des Kondylus und meist zu Kompressionsphänomenen.
- Bewegungseinschränkung (früher „Limitation“) mit Seitabweichung lässt auf eine Entzündung eines Kiefergelenkes, einen Erguss oder einen vollständig verlagerten Diskus (ohne Reposition) schließen.

Ad 4: Bei der Überprüfung der passiven Beweglichkeit wird das Gelenk, jenseits der aktiven Bewegung, durch den Untersucher passiv weiter bewegt (**Abb. 4**). Man erhält Aufschluss über den Funkti-

onszustand der Bänder und des Kapselapparates, aber auch über die Integrität der Gelenkflächen.

Ad 5: Belastungstests in Statik nennt man Gelenkspieltechniken oder „joint play“. Sie geben Aufschluss über den Funktionszustand der Gelenkbänder, der Gelenkkapsel und der bilaminären Zone. Passive Kompressionen des Kondylus nach retral und kranial, sowie Kaudaltraktion und die Translation nach medial/lateral zählen zu diesen Tests.

Ad 6: Dynamische Belastungstests dienen der Differenzierung von Geräuschen bzw. Knackphänomenen. Sie sollten nur ausgeführt werden, wenn bei der Palpation der Kiefergelenke in Dynamik positive Befunde erhoben werden.

Ad 7: Systematisches Kiefergelenkröntgen aus reproduzierbaren Projektionen – mithilfe eines Kephalostaten – liefert wertvolle Hinweise über die temporalen und kondylären Gelenkstrukturen und über die Position des Kondylus relativ zur Fossa, bzw. seine Orientierung zur Protuberantia articularis.

Das Magnetresonanztomogramm (MRT) wird heute zur sicheren Weichteildiagnostik eingesetzt. Die Untersuchung sollte nur zur Diagnosesicherung und aus fo-

rensischen Gründen eingesetzt werden, wenn eine Diskusverlagerung diagnostiziert wurde.

Fazit

Der logische Aufbau der Untersuchungssequenz erlaubt die volle Integration des Systems in die tägliche Praxis. Sie schafft ein Maximum an diagnostischer Sicherheit. Dabei lebt die Sicherheit der Aussagen von der Menge und Qualität der von jedem einzelnen Arzt durchgeführten Untersuchungen und der darauf aufbauenden Therapie.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. S. Kopp

Zahnärztliches Universitätsinstitut der Stiftung Carolinum

*Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main*

E-Mail: kopp@med.uni-frankfurt.de

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Heidelberg.
Aus *Manuelle Medizin* 2008, 46:381–383
© Springer Medizin Verlag

Kritische Betrachtungen zur Therapie von CMD-Patienten

K.-H. Lechner

Einführung zum Thema

In der verfügbaren Literatur über CMD-Patienten nimmt die Diagnostik einen nicht unerheblichen Stellenwert ein. Die Therapiemöglichkeiten werden allerdings in vielen Publikationen, wenn überhaupt, nur sehr knapp oder nur unzureichend dargestellt. So komplex die Ursachen für die Entstehung eines CMD-Syndroms auch sind, wie in Anlehnung an Lauritzen in Abb. 1 dargestellt, so vielfältig gestalten sich auch die Behandlungsmöglichkeiten.

Primär fühlen wir uns als Zahnärzte für die Beseitigung von Früh- und Balancekontakte oder die Korrektur einer falschen Zuordnung des Unterkiefers zum Oberkiefer zuständig. Bei näherer Betrachtungsweise offenbart sich dem erfahrenen Behandler, dass zwischen den Kreisen eine gewisse Interdependenz besteht. Störungen der Okklusion führen erst über einen gewissen Zeitraum zur Ausbildung eines CMD-Syndroms. Prädisponierende Faktoren, wie berufsbedingte und angeborene Haltungsprobleme sowie Okklusionsstörungen, kann der Organismus erstaunlicherweise über einen „längeren“ Zeitraum kompensieren. Stressfaktoren, beispielsweise eine zahnärztliche Behandlung, eine physische und/oder emotionale Belastung, lassen das labile Gleichgewicht kippen und es kommt zur Ausbildung eines CMD-Syndroms.

Ein CMD-Patient, der einer Kiefergelenkoperation zugeführt werden muss, bedarf sicherlich einer aufwendigeren, sorgfältigeren Diagnostik (CT, DVT, MRT, Axiographie etc.) zur Planung des Eingriffes. Andererseits erscheint manche diagnostische Maßnahme für den „normalen“

CMD-Patienten übertrieben.

Aus Unsicherheit oder Unerfahrenheit heraus wird heute – wie in vielen Bereichen der Medizin, so auch in der Zahnmedizin – der diagnostische Aufwand übertrieben. Das geht zulasten manch sinnvoller interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Diese erweist sich anfänglich oft schwieriger und anstrengender, als man annimmt. Einerseits aus der Tatsache heraus, dass jede Fachdisziplin ihre eigene Betrachtungsweise und ihren eigenen „Jargon“ hat und diesen pflegt. Andererseits hindern Berührungsängste beider Seiten sich aufeinander zu zu bewegen,

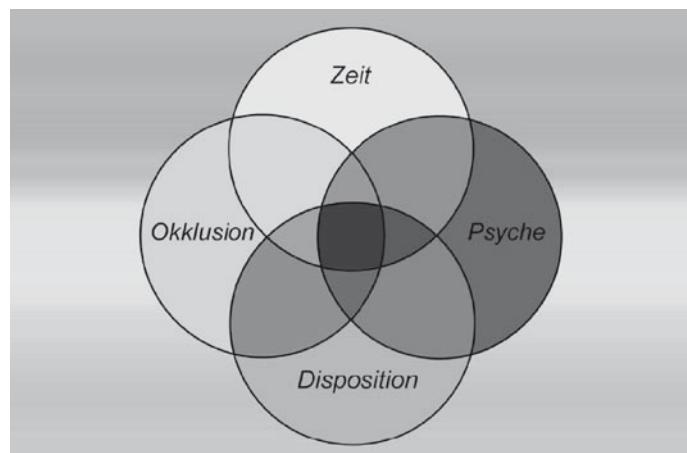


Abb. 1 Ursachen des CMD-Syndroms in Anlehnung an Lauritzen

um eine gemeinsame Sprache und Be- trachtungsweise zu finden. Dies soll uns jedoch nicht entmutigen, Vorurteile und Berührungsängste zu überwinden, um fachübergreifend zum Wohle unserer Pa- tienten tätig zu werden.

Strukturiertes Behandlungskonzept!

Erfahrung, Einfühlungsvermögen sowie eine klar strukturierte Vorgehensweise mit Anamnese und „sauberer“ klinischer und instrumenteller Diagnostik sowie ein realistisches, zielgerichtetes Behandlungskonzept sind Voraussetzung für

Zahnärztliche Funktionsanalytik (FAL) und Funktionstherapie (FTL) – warum?

Vielen Kolleginnen und Kollegen drängt sich die Frage auf, ob all dieser zeitliche und finanzielle Aufwand für FAL/FTL notwendig ist, wenn doch letztlich alles in der Anfertigung eines Aufbissbehelfes (Schiene) endet? Diese Frage lässt sich nicht mit einem eindeutigen Ja oder Nein beantworten.

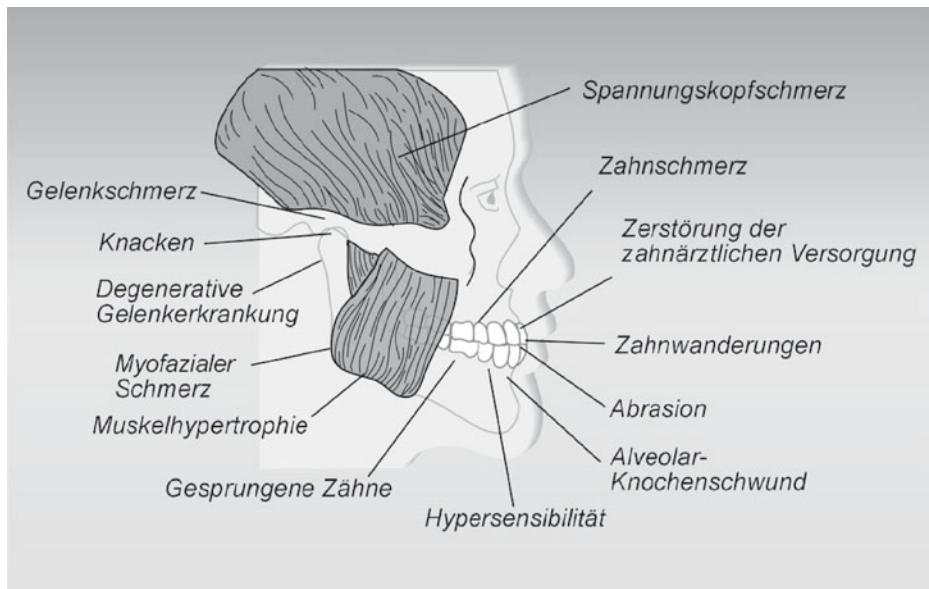


Abb. 2: Symptome des CMD-Syndroms

die zahnärztliche Behandlung von CMD-Patienten.

So ist der Patient nach der Diagnosestellung über die Befunde aufzuklären. Ferner muss er die Ursachen begreifen und verstehen können und über die notwendigen Therapiemaßnahmen (zeitlich, finanziell) verständlich aufgeklärt und somit in die Behandlung einbezogen werden.

Die Beschwerdebilder eines CMD-Syndroms können, wie in Abb. 2 dargestellt, sehr vielfältig sein: Gelenkknacken, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Abrasionen, Druckgefühl hinter dem Auge, Zahnschmerzen unklarer Genese, Sekretionsstörungen des Auges und der Nase – um nur einige zu nennen – können isoliert oder in Kombination auftreten.

Allgemeinerkrankungen, z.B. Polyarthritiden, Gelenkrheumatismus, Hormonstörungen, sowie das Alter des Patienten und last, but not least die Dauer des Krankheitsbildes müssen berücksichtigt werden, um eine realistische Prognose dem Patienten gegenüber abgeben zu können. Diese sollte meiner Auffassung

nach eher zurückhaltend erfolgen, gerade bei Patienten mit einer langjährigen Beschwerdesymptomatik, um übertriebenen Hoffnungen und Enttäuschungen vorzubeugen. Je länger ein Beschwerdebild manifest war, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer Restitutio ad integrum.

Die Therapieplanung und -durchführung müssen also immer individuell auf den betroffenen Patienten und seine spezielle Symptomatik abgestimmt werden.

Aufbissbehelf – aber der richtige!

Es gibt keinen universellen Aufbissbehelf und kein Therapiekonzept für „alle Fälle“, denn jeder CMD-Patient erfordert, wie bereits erwähnt, eine individuelle Betrachtungs- und Vorgehensweise.

Aufbissbehelf ist nicht gleich Aufbissbehelf!

Aufgrund der gewonnenen diagnostischen Erkenntnisse muss der Behandler den für sein festgelegtes Therapiekonzept notwendigen Aufbissbehelf eingliedern. Je nachdem, ob myogen,

arthrogene, dento-/okklusogene oder Störungen der Körperstatik als primäre Ursache infrage kommen, muss der entsprechende Aufbissbehelf angefertigt werden. Eine Distraktions- oder Repositionierungsschiene ist bei arthrogenen, die Entlastungsschiene bei myogenen und die Äquilibrierungsschiene bei dento-/okklusogenen Ursachen – um nur die wichtigsten zu nennen – eingegliedern. Es ist sicherlich oft schwierig, das eine vom anderen zu trennen, da die Grenzen fließend sind.

Unterstützend können sowohl physiotherapeutische Behandlungen, Medikamente, Entspannungstechniken, Selbstkontrolle des Patienten je nach Krankheitsbild mit in die Behandlung einzbezogen werden.

Nicht zur Anwendung kommen sollten jedoch „nichtadjustierte“ Aufbissbehelfe, die man leider noch allzu häufig findet. Wer diese heute noch bei der Behandlung von CMD-Patienten eingliedert, begeht meiner Auffassung nach einen Kunstfehler!

Nicht immer ist ein Aufbissbehelf das Mittel der ersten Wahl. Stehen z.B. orthopädische, psychosoziale oder psychosomatische Faktoren im Vordergrund, sollten diese unbedingt zuerst abgeklärt werden. Anhand einer Aufnahme eines Patienten soll dies verdeutlicht werden (Abb. 3), der mit einer linksseitigen Kiefergelenkproblematik und Nonokklusion in unserer Poliklinik vorstellig wurde. Mit einer Nagelfeile hatte der Patient die Prä- und Molaren selbst eingeschliffen!

Wir müssen uns also auch von dem Gedanken frei machen, dass man als Zahnarzt mit FAL/FTL-Leistungen jeden Patienten „heilen“ kann. Massagen, kraniosakrale Therapie, Osteopathie, Psychotherapie oder eine medikamentöse (Schmerz-)Therapie können in bestim-



Abb. 3: Vollkommen plane Kauflächen infolge Bearbeitung mit einer Nagelfeile durch den Patienten



Abb. 4: Verlust der Zahnhalssubstanzen durch Parafunktionen

ten Fällen primär zweckmäßiger sein als eine zahnärztliche Behandlung.

Aufbissbehelf – was dann?

Mit der Schienenbehandlung allein ist es jedoch in den seltensten Fällen getan. Nach Abklingen der Beschwerden müssen die in die Schiene eingearbeiteten, individuellen Therapiekonzepte auf das natürliche Gebiss (Zahnersatz) übertragen werden. So kann es sich als notwendig erweisen, bei einer Okklusionsstörung beispielsweise den Biss einzuschleifen (FTL) oder die Relation zu ändern oder den Biss zu heben, um die Kiefergelenkstrukturen bei arthrogenen Ursachen zu entlasten oder die Schiene bei myogenen Faktoren (Bruxismus, **Abb. 4**) als Langzeittherapeutikum einzusetzen.

Der Aufbissbehelf stellt in der Regel lediglich ein temporäres, reversibles therapeutisches Hilfsmittel zur Überprüfung und Sicherung der Diagnose und des Therapiekonzeptes dar. Weder ein Orthopäde noch ein Zahnarzt kann, außer mit einer Operation, ein Gelenk direkt therapieren. Man kann nur versuchen, über die Muskulatur als aktiven Teil auf ein Gelenk therapeutisch einzuwirken.

Letztlich sind es nur diese übermäßig einwirkenden oder fehlgerichteten Muskelkräfte, die nicht unerheblich sein können, die Gelenke funktionell beeinträchtigen und langfristig zerstören. Über die funktionellen Zusammenhänge und Auswirkungen, z.B. einer Körperfehlhaltung oder einer Okklusionsstörung auf den Gesamtorganismus – nicht nur auf das Kauorgan – wissen

wir (Zahnärzte) leider immer noch viel zu wenig.

Welcher Hilfsmittel und weiterer therapeutischer, interdisziplinärer Möglichkeiten ein Behandler sich bedient, bleibt jedoch ihm selbst und seiner Erfahrung überlassen. Aus meiner Erfahrung heraus ist eine zielgerichtete, effiziente Behandlung von CMD-Patienten ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit mit

Orthopäden, Physiotherapeuten, Psychosomatikern, Akupunkteuren heute nicht mehr vorstellbar. Eine saubere, klar strukturierte Vorgehensweise mit klinischer und instrumenteller Diagnostik sowie kritischer Diagnosestellung und einem ebenso realistischen Therapiekonzept sind nach wie vor der halbe Weg zum Erfolg. Damit lassen sich eigene Frustration, Unzufriedenheit und Enttäuschung auch seitens des Patienten minimieren.

Kosten – Nutzen!?

Ziel unserer Bemühungen muss primär immer sein, den betroffenen Menschen zu helfen, Schmerzen zu beseitigen oder zu mildern und ihnen Lebensqualität und Freude wiederzugeben. Dies soll und muss immer im Vordergrund stehen! Einerseits können wir in einem nicht unerheblichen Maße dazu beitragen, krankheitsbedingte Arbeitsausfälle zu reduzieren, manche „Koryphäenkiller-Karriere“ zu unterbrechen und damit die Sozialkassen zu entlasten. Andererseits sind der diagnostische Aufwand und die Therapie nicht umsonst zu bekommen. Leider werden weder vom Gesetzgeber noch von den Krankenkassen diese Leistungen entsprechend gewürdigt.

Resümee

Die Therapie von CMD-Patienten stellt für den Arzt eine zunehmende Herausforderung dar. Der rapide Anstieg der Patienten mit dieser „Civilisationskrankheit“ im alltäglichen Praxisablauf verdeutlicht es. Dieser Herausforderung muss sich auch unser Berufsstand stellen. Erfahrung, Geduld im Umgang mit diesen Menschen, eine umfassende ganzheitliche Betrachtungsweise sowie eine klar strukturierte Vorgehensweise ermöglichen es uns letztlich, den Betroffenen zu helfen.

Viele funktionelle Zusammenhänge somatisch-psychischer sowie somatisch-viszeraler Natur sind bisher unklar und unbekannt und müssen weiter erforscht werden.

Forschung und Lehre sind aufgefordert, einerseits die Kolleginnen und Kollegen für diese zunehmend wichtiger werdende Aufgabe entsprechend vorzubereiten und auszubilden. Andererseits müssen Zusammenhänge und Ursachen interdisziplinär erforscht werden, um die „Funktionsdiagnostik“ aus der Sackgasse der reinen dento-/okklusogenen Betrachtungsweise herauszuführen, denn dafür ist diese Problematik zu komplex.

Eine sorgfältige Diagnostik sowie die richtige Wahl des Aufbissbehelfes stellen nach wie vor in den meisten Fällen die Mittel der Wahl bei der zahnärztlichen Behandlung von CMD-Patienten dar. Jeder Behandler muss sich jedoch im Klaren darüber sein, dass oft zahnärztliche Folgebehandlungen notwendig sind, um den Therapieerfolg zu sichern. Eine umfassende Betrachtungsweise der Problematik der CMD-Patienten ist notwendig. Manchmal wäre eine zurückhaltendere zahnärztliche Therapie wünschenswert, gerade bei Patienten mit langjähriger Schmerzanamnese, um einer weiteren Somatisierung der Beschwerden vorzubeugen.

Die Eigenverantwortlichkeit und Mitarbeit des Patienten muss gestärkt werden, um ihn mit in die Behandlung einzubeziehen, wie es bei Paracelsus heißt: „Der Patient ist der Arzt, der Arzt sein Gehilfe.“

Anschrift des Verfassers

Dr. Karl-Heinz Lechner
Zahnklinik 2
Zahnärztliche Prothetik
Friedrich-Alexander-Universität
Glückstraße 11
91054 Erlangen
E-Mail:
Karl-Heinz.Lechner@uk-erlangen.de

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Heidelberg.
Aus *Manuelle Medizin* 2008,
46:386–388
© Springer Medizin Verlag

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Repetitorium Innere Medizin 2009

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

Montag, 30. März – Samstag, 04. April 2009

Programmübersicht:

Montag: Intern. Onkologie/Hämatologie

9 P

Prof. Dr. med. L. Bergmann, Prof. Dr. med. A. Neubauer

Pneumologie

9 P

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Dienstag: Angiologie

9 P

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve

Intern. Intensivmedizin

9 P

Prof. Dr. med. H.-D. Walmarth

Mittwoch: Gastroenterologie

9 P

Prof. Dr. med. K. Haag, Prof. Dr. med. F. Hartmann

Kardiologie

9 P

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. Ch. Hamm

Donnerstag: Kardiologie

9 P

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. Ch. Hamm

Nephrologie

9 P

Prof. Dr. med. W. Fassbinder

Freitag: Rheumatologie

9 P

Prof. Dr. med. U. Lange, Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann

Endokrinologie/Diabetologie

9 P

Prof. Dr. med. M. D. Brendel, Dr. med. C. Jaursch-Hancke

Samstag: Fallseminare

6 P

mit Referenten aus den Teilgebieten Nephrologie,

Kardiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie

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

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)

Tagungsort: Bad Nauheim,

Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Fachgebiet Augenheilkunde

Neues aus der Ophthalmologie

4 P

Themen: Keratokonus: Diagnostik und Therapie; monozentrische prospective, randomisierte Studie zur Therapie des diabetischen Maculaödems; Differenzialdiagnostik der Uveitis; Begutachtung in der Privaten Unfallversicherung.

Mittwoch, 22. April 2009, 17:00 – 20:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Klinik für Augenheilkunde, Klinikum der JWG, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 23 – Hörsaal 23-4 (ehem. Kleiner Hörsaal) Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie, Tel.: 06032 782-281, Fax: -220, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Wer macht was bei Rückenschmerz?

1. Veranstaltung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und **8 P** Weiterbildung mit dem Deutschen Verband für Physiotherapeuten. Bei dieser Veranstaltung werden Ärzte und Physiotherapeuten abwechselnd u. a. zu den Themen HWS, LWS und BWS referieren.

Samstag, 04. April 2009, 10:00 – 17:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. A. Henneberg, Frankfurt a. M.

H.-Y. Massuger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Indikation für Blutkomponenten und Gerinnungs-präparaten auf Basis der Neuen Leitlinien der BÄK

Themen: Therapieleitlinien der BÄK – Entwicklung und **5 P** Bedeutung/Indikationen für Blutkomponenten/Indikationen für Gerinnungspräparate

Donnerstag, 23. April 2009, 14:00 – 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

Fortbildungszentrum 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

Das Gesundheitswesen in Deutschland, die ärztlichen Körperschaften, Weiter- und Fortbildung, Ärztliches Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht

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

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

Mittwoch, 13. Mai 2009, 9:00 c. t. – 17:00 Uhr

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

Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 120 (Akademiemitgl. € 108)

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



Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

1. Pädiatrisch-Kinderpsychiatrisches Forum – Tics, Zwänge, Epilepsie

Samstag, 16. Mai 2009

Leitung: Dr. med. D. Mallmann, Eltville
Prof. Dr. med. B. Neubauer, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de
Weitere Termine 2009: 29. Aug., 28. Nov.

Medizin in der Literatur

„Gegen den Strich“ (1884) von Joris-Karl Huysmans

Mittwoch, 27. Mai 2009, 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. phil. D. von Engelhardt, Lübeck

Teilnahmebeitrag: € 30

Tagungsort: Bad Nauheim,
Fortsbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder **16 P**
zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Samstag/Sonntag, 06./07. Juni 2009, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Teilnehmerzahl: mind. 25

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

Hautkrebs-Screening

Weitere Termine auf Anfrage

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)
(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Chirurgie

Kinderchirurgie

Samstag, 06. Juni 2009 10:00–17:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weiterer Termin: 12. September 2009

Internistische Erkrankungen und Pharmakotherapie in der Schwangerschaft

Interdisziplinäre Veranstaltung mit den Themen Pharmakotherapie, gynäkologische Screening-Untersuchungen, Asthma bronchiale, rheumatologische Krankheiten, Diabetes mellitus, venöse Thromboembolie, Hypertonie.

Samstag, 27. Juni 2009, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

Fortsbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Plastische Chirurgie/Dermatologie

Neue Aspekte zur Therapie von Hauttumoren: Grenzen der operativen und konservativen Therapie

Samstag, 27. Juni 2009, 09:00-14:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Update Herzschrittmacher- und Defibrillator-Therapie 2009

Samstag, 19. Sept. 2009, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. J. Sperzel, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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



Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...

... sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste • modernste Tagungstechnik mit TED, Videolivekonferenzen usw. • 4 EDV-Schulungsräume • 1.000 qm Ausstellungsfläche • 400 qm Freifläche • 260 eigene kostenlose Parkplätze • 8 km zur Autobahn • 1 min zum Stadtbus • 1,5 km zum Bahnhof • 42 km zum Frankfurter Flughafen • 37 km zur Frankfurter Messe • Tagungspauschalen ab 25 €

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Carl-Oelemann-Weg 5 • D-61231 Bad Nauheim,
Fon: + 49 60 32 7820 • 0180call: 01803-Bildung • Fax: + 49 6032 782250 info@fortbildungszentrum-aerzte.de • www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Landesärztekammer Hessen



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA bietet die Akademie den theoretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß Curriculum der BÄK an.

I. Teil Theorie (120 Stunden) Frühjahr 2009

Freitag, 24. April – Sonntag, 26. April 2009	G7–G9
Samstag, 09. Mai – Sonntag, 10. Mai 2009	G10–G11
Samstag, 16. Mai 2009	G12

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 25. April 2009	G17	Sonntag, 26. April 2009	G18
Samstag, 09. Mai 2009	G19	Sonntag, 10. Mai 2009	G20

Die Kurse im Herbst 2009 beginnen am 19. Juni (Theorie) und am 12. Sept. (Praktische Akupunkturbehandlungen)

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

Teilnahmebeitrag: Einzelkurs € 200

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150),

Blockbuchung G1–G3 (3 Kurse) € 525

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 375)

Blockbuchung G1P–G3P (3 Kurse) € 525

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 375),

G4–G12 (9 Kurse) € 200 pro Kurs

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150 pro Kurs)

Bei Komplettbuchung der Kurse G4–G12 wird der Beitrag für G12 erlassen, sofern keine Stornierung erfolgt.

G13–G20 (9 Kurse) € 200 pro Kurs

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150 pro Kurs)

Bei Komplettbuchung der Kurse G13–G20 wird der Beitrag für G19 und G20 erlassen, sofern keine Stornierung erfolgt.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -229, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.

Tel.: 089 71005-13 Fax: -25, E-Mail: bauß@daegfa.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 Samstag, 12. – Samstag, 19. Sept. 2009

Aufbaukurs B2 Samstag, 31. Okt. – Samstag, 07. Nov. 2009

Aufbaukurs C2 Samstag, 28. Nov. – Samstag, 05. Dez. 2009

Termine 2010

Grundkurs A1 Samstag, 23. – Samstag, 30. Jan. 2010

Aufbaukurs B1 Samstag, 27. Feb. – Samstag, 06. März 2010

Aufbaukurs C1 Samstag, 17. – Samstag, 24. April 2010

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

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

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Termine auf Anfrage

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C2 25. April 2009 6 Std. 6 P

Psychosomatische Grundversorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme des alten Menschen – verb. Interventions-techniken

Kurs A 05./06. Juni 2009 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs B 11./12. Sept. 2009 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verb. Interventionstechniken

+ Arbeit in einer Balintgruppe

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs A wird anerkannt

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken

Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

Telelernphase: 21. April 2009 – 12. Juni 2009 insg. 30 P

Präsenzphase: 13. Juni 2009, 13:00 – 17:00 Uhr mit abschließender Lernerfolgskontrolle:

14. Juni 2009, 08:30 – 16:30 Uhr

Telelernphase: 12 Sept. 2009 – 06. Nov. 2009 insg. 30 P

Präsenzphase: 07. Nov. – 08. Nov. 2009 mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim R. Demare, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

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

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 08. Mai – Samstag, 09. Mai 2009 (**Kurs bereits belegt**) 20 P

Leitung: PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Impfkurs

Samstag, 10. Oktober 2009

11 P

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltscher, Akademie,

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



Didaktik

Moderatortraining

20 P

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.
Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken für Qualitätszirkel, incl. der Vermittlung von entsprechenden Methoden u. Techniken.

Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: Fulda

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

16 P

Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009

Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

2009 in Rheinland-Pfalz:

Montag, 15. – Mittwoch, 17. Juni 2009

8 P/Tag

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 140 ohne Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau A. von Loeben,

Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 28438-16, Fax: -10, E-Mail: vonLoeben@arztkolleg.de

2010 in Hessen:

Freitag, 11. – Sonntag, 13. Juni 2010

8 P/Tag

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitglieder € 135) inkl.

Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

Curriculäre Fortbildung „Organspende“ (insg. 40 Std.)

Für Transplantationsbeauftragte und andere interessierte Ärzte/innen im Krankenhaus sowie Leitende Pflegekräfte.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Kommission „Transplantation und Organspende“ der Landesärztekammer Hessen.

Donnerstag, 28. – Freitag, 29. Mai (16 Std.)

Termine für das Kriseninterventionsseminar (8 Std.) werden im Rahmen der Veranstaltung bekannt gegeben. Die DSO unterstützt die Organisation des praktischen Teils (16 Std.).

Leitung: Prof. Dr. med. Bechstein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Schloss Rauischholzhausen,

Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Gesundheit & Kulturelle Vielfalt

Modul 1: Migration – Integration (16 UE)

20 P

Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

Modul 2: Östliches Europa, Balkan und GUS (16 UE)

20 P

Freitag, 10. – Samstag, 11. Juli 2009

Leitung: Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein

Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

Notfallmedizinische Fortbildung

Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel. Praxis

Samstag, 23. Mai 2009

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Heimhausen

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 20. Juni 2009

Wiesbaden

Samstag, 31. Okt. 2009

Kassel

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 21. Nov. – Dienstag, 24. Nov. 2009

Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzezeichnung Notfallmedizin“:

80 P

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

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

Freitag, 02. – Samstag, 10. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

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

Auskunft und Anmeldung: Frau Wessel,

Zentrum für Notfallmedizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg,

Tel.: 06421 586-5980, Fax: -6996,

E-Mail: sek1anae@med.uni-marburg.de

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht

Frühjahr 2009 Hessen:

Modul 2 24. – 25. April 2009

14 P

Baustein II Alkohol/Nikotin und Wahlthema

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

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,

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

Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Neue Termine in Planung!

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

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de





Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 17. – Samstag, 18. April 2009

Modul II: Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

Modul III: Freitag, 03. – Samstag, 04. Juli 2009

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

Teilnahmebeitrag: € 500 (Akademiemitgl. € 450)

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

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 19. – Samstag, 20. Juni 2009

18 P

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

vorauss. Teilnahmebeitrag: 440 € (Akademiemitgl. 396 €)

Tagungsort: Bad Nauheim

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

Termine 2009:

Block II 20. – 25. Apr. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

Block III 07. – 12. Sept. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

Block IV 16. – 21. Nov. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

EFQM-Assessorentraining

Neue Termine in Planung!

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

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

Samstag, 04. Juli 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

21 P

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

32 P

Freitag, 04. – Samstag, 05. Sept. 2009 und

Freitag, 02. – Samstag, 03. Okt. 2009

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

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

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

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK II Mittwoch, 28. Okt. – 06. Nov. 2009

80 P

Teilnahmebeitrag: pro Teil € 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



Spezielle Schmerztherapie

Block D	09./10. Mai 2009	20 Punkte
Musculoskelettale Schmerzen; Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, weit verbreitete Schmerzen (Engl. Syn.: widespread pain), Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen“		
Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt a. M.		
Block C	19./20. Sept. 2009	20 Punkte
Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen		
Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden		
Block B	31.Okt./01. Nov. 2009	20 Punkte
Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen		
Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel		
Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)		
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de		

Ultraschallkurse

Abdomen		
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Stelzel		
Abschlusskurs		
Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)	29 P	
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 230 (Akademiemitgl. € 207)		
Gefäße		
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof		
Aufbaukurs (Peripherie Gefäße)		
Donnerstag, 18. – Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)	25 P	
Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum)	€ 350 (Akademiemitgl. € 315)	
Abschlusskurs (Peripherie Gefäße)		
Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)	20 P	
€ 290 (Akademiemitgl. € 260)		
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost, Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de		

Umweltmedizin

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

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, Akademie-Mitglieder 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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

Spezialkurs -CT-

Samstag, 27. Juni 2009, vormittags
€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs Interventionsradiologie

Samstag, 27. Juni 2009, nachmittags
€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs für Röntgendiagnostiker

Samstag, 29./Sonntag, 30. Aug. 2009
+ 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Praktikum u.
Prüfung im Uni-Klinikum Gießen
€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Kenntniskurse

(theoretische u. praktische Unterweisung auch einzeln buchbar)
Samstag, 26. Sept. 2009
€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

13 P

Theoretische Unterweisung, vormittags
€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

6 P

Praktische Unterweisung, nachmittags
€ 50 (Akademiemitgl. € 45)
Teilnehmerzahl: max. 36

7 P

Aktualisierungskurs

Samstag, 14. Nov. 2009
€ 120 (Akademiemitgl. € 108)

9 P

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni – Samstag, 20. Juni 2009

16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oleemann-Weg 5–7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

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

beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 90 und € 45 für Ärzte in Weiterbildung.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun den Referenten und Teilnehmern Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Information wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oleemann-Schule,
Carl-Oleemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140,
Fax: 06032 782-250, E-Mail mirjana.redzic@laekh.de

Fortbildungszertifikat: Die angegebenen Punkte 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 Krahe, Fax: 06032 782-228.

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





Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7)

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, 24.4.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 11)

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, 25.4.2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 2)

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

Termin: Freitag, 8.5.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Moderation (PAT 8)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Samstag, 9.5.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung (PVK 1_3)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ), praktische Übungen zur Abschlussprüfung

Termin: Samstag, 18.4.2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 2)

Inhalte: Vorbereitung in der Prüfungssituation: Lösung der Prüfungsaufgabe und Vorbereitung der Präsentation, exemplarische Simulation der Prüfungssituation – Übungen im Rollenspiel, praktische Übungen

Termine: jeweils von 9:30 – 17:30 Uhr (9 Stunden)

Montag, 18.5.2009

Dienstag, 19.5.2009

Mittwoch, 20.5.2009

Freitag, 22.5.2009

Samstag, 23.5.2009

Freitag, 12.6.2009

Samstag, 13.6.2009

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Klinikassistenz (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhausrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum

Termin: auf Anfrage

Teilnahmebeitrag: € 1.190 inkl. Kolloquium

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

Schwerpunkt Medizin

Aktualisierungskurs nach §18a RÖV (8 Stunden)

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß §18a RÖV. Zielgruppe sind Arzthelper/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, Qualitäts sicherung von Röntgenuntersuchungen, Aufgaben der ärztlichen Stellen.

Die Fortbildungsveranstaltung ist vom Regierungspräsidium in Kassel anerkannt.

Termin: Samstag, 20.6.2008, 10:00 – 17:30 Uhr,

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (MED 10)

Erwerb der Sachkenntnis gemäß §4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelper/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

Termin: 24.4.2009 – 25.4.2009 und 14.5.2009 – 16.5.2009

(30 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 410

Information: Monika Kinscher,

Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen erläutern, bei präventiven Maßnahmen mitwirken.

Termin: 24.4.2009, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement im Bereich

Prävention bei Kindern und Jugendlichen (PRK 4/5)

Inhalte: Organisation und Qualitätsmanagement von Patienten- und Elternschulungen durchführen, Kooperation im Team und mit externen Partnern gestalten, Soziale Netzwerke nutzen, Präventionsnetzwerk nutzen, Kinder- und Jugendrechte kennen, Recall-System anwenden, Igel-Leistungen erläutern, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitationsträger benennen, bei Disease-Management-Programmen mitwirken

Termin: 25.4.2009, 08:30 – 16:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Information: Elvira Keller Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Betriebsmedizinische Assistenz

Auge- Optik und Lungenfunktion (BET 2)

Inhalte: Berufsgenossenschaftliche Rechtsvorschriften anwenden, staatliche Rechtsvorschriften kennen, Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anwenden, Möglichkeiten der Abrechnung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, diagnostische Verfahren durchführen, Anatomie und Physiologie des Auges kennen, Anatomie und Physiologie der Atmung kennen, Praktische Übungen: Durchführung von Sehtests und Übungen am Perimeter, Durchführung von Lungenfunktionstests, Anleitung und Kommunikation mit den Probanden, Vermeidung von Fehlerquellen, Dokumentation

Termin: Freitag, 5.6.2009, 14:00 Uhr bis Samstag, 6.6.2009, 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

Information: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180





Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

Therapiemaßnahmen in der Onkologie (ONK 1)

Inhalte: Tumorzellenentwicklung und Tumorbiologie, Behandlungsmethoden, Umgang mit Zytostatika, Notfallsituationen, Maßnahmen der Stammzelltransplantation, Maßnahmen der Transfusion von Blut und Blutkomponenten, Systematik maligner Tumore und hämatologische Systemerkrankungen, Komplikationen

Termin: Donnerstag, 23.4.2009, 13:30 Uhr
bis Samstag, 25.4.2009, 14:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Dokumentation von Patientenakten, Studienteilnahme und Recht (ONK 2)

Inhalte: Therapiekontrolle im eigenen Aufgabenbereich dokumentieren, klinische Forschung kennen, rechtliche Grundlagen beachten

Termin: 16.5.2009, 09:00 – 15:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Therapeutische und pflegerische Grundlagen in der ambulanten Versorgung (PAL 2)

Inhalte: Kontrolle pflegerischer Maßnahmen von Patienten und Angehörigen erklären, medizinische Versorgungsmaßnahmen durchführen, Symptome im Praefinal- und Finalstadium kennen und beobachten

Termin: Donnerstag/Freitag, 07./8.5.2009 (15 Std.)
Teilnahmegebühr: € 185

Sterben, Trauer, Pietät (PAL 3)

Inhalte: Sterben und Tod emotional bewältigen, Todeszeichen kennen, Pietät im Umgang mit Sterbenden, Verstorbenen und Angehörigen anwenden, Traueraspekte situativ erklären und bewältigen, spirituelle Aspekte kennen

Termin: Samstag, 9.5.2009, 09:00 – 16:30 Uhr (8 Std.)
Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Dezentrale Fortbildungen in Kassel

Schwerpunkt Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7_7)

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

Termin: Mittwoch, 8.7.2009, 09:30 – 17:00 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 2_5)

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

Termin: Samstag, 11.7.2009, 09:30 – 17:00 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 11_6)

Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel

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: Freitag, 10.7.2009, 09:30 – 17:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

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, 17.4.2009, 13:30 – 18:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

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: Samstag, 18.4.2009, 09:00 – 13:15 Uhr oder 14:00 – 17:15 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Veranstaltungsort: Kongress Palais Kassel, Stadthalle
Anlässlich der Kasseler Gesundheitstage

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5_3)

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, 6.5.2008, 09:00 – 12:30 Uhr oder 13:30 – 17:00 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oleemann-Schule, Carl-Oleemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180
Homepage: www.carl-oleemann-schule.de

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

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oleemann-Schule, Carl-Oleemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

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.



Erste Blended-Learning-Veranstaltung in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

Fortbildung zur Arbeitsmedizinischen Gehörvorsorge nach G20 „Lärm“ als Pilotprojekt erfolgreich durchgeführt

In der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen wurde in der Zeit vom 12. September bis 16. November 2008 im Rahmen eines Pilotprojektes die erste Blended-Learning-Veranstaltung zur Arbeitsmedizinischen Gehörvorsorge nach G20 „Lärm“, durchgeführt. Diese Veranstaltung wurde mit 30 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Als „Blended Learning“ wird die Kombination aus Präsenzlernen und E-Learning bezeichnet. Hierbei hat der Teilnehmer die Möglichkeit, einen Teil des Kurses ortsungebunden an einem internetfähigen PC zu absolvieren. Diese sogenannte Telelernphase dauerte in diesem Kurs neun Wochen, die sich hieran anschließende Präsenzphase 1,5 Tage. In dieser wurden insbesondere praktische Lerninhalte, wie z.B. das Arbeiten am Audiometer und die Befunderhebung von Fallbeispielen, vermittelt.

21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer starteten mit der Bearbeitung auf einer webbasierenden Lernplattform mit

neun Lernmodulen, die aus Inhalten der Teilnehmer-Unterlage „Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G20 „Lärm“ – Kurswissen mit Hilfe der Kursleiter und Referenten zusammengestellt wurden. Am Ende eines jeden Moduls konnte mit Testfragen der eigene Kenntnisstand überprüft werden. Zusätzlich wurden den Teilnehmern über Downloads relevante Dokumente als PDF-Dateien zur weiteren Information zur Verfügung gestellt. Innerhalb dieser neunwöchigen Telelernphase konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer passend zu ihrem persönlichen Zeitmanagement und ihrer Lese-/Lerngeschwindigkeit die Fortbildungsinhalte erarbeiten. Begleitet wurde diese Zeit sowohl von einem wissenschaftlichen Tutor als auch von einem technischen Support, der durch die Beauftragte „Blended Learning“ sichergestellt wurde.

Am 16. November 2008 schlossen die Teilnehmer diese Fortbildungsmaßnahme erfolgreich mit der online durchgeführten Lernerfolgskontrolle ab.

Die Absolventen beurteilten diesen Kurs und diese Form des Lernens als außerordentlich positiv. Insgesamt wurden von den Absolventen Wünsche zu weiteren Angeboten mit dieser neuen Fort- und Weiterbildungsvariante geäußert. Dementsprechend werden derzeit weitere Veranstaltungen im Bereich des Strahlenschutzes und der Suchtmedizin entwickelt. Am 21. April 2009 beginnt der nächste Kurs „Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge G20 Lärm“ mit der Telelernphase. Sie endet am 12. Juni 2009. Daran schließt sich die Präsenzphase am 13. und 14. Juni 2009 an. Ansprechpartnerin ist Frau Stieler (Tel.: 06032 782-283, E-Mail: luise.stieler@laekh.de).

*Professor Dr. med. Jürgen Kießling
Funktionsbereich Audiologie
Universitätsklinikum Gießen und
Marburg GmbH, Gießen*

*Sigrid Blehle
Akademie für Ärztliche Fortbildung
und Weiterbildung, Bad Nauheim*



Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)

Experten in der Schmerzforschung fördern:

Ende der Bewerbungsfrist für den Förderpreis für Schmerzforschung am 31. Mai 2009

Der Förderpreis für Schmerzforschung wird jährlich von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) und der Grünenthal GmbH (Aachen) vergeben. Er ist der höchstdotierte deutsche Wissenschaftspreis auf dem Gebiet der Schmerzforschung. Die Bewerbungsfrist endet am 31. Mai 2009.

Mit dem Förderpreis für Schmerzforschung werden Ärzte, Psychologen und Naturwissenschaftler gefördert, deren Arbeiten im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung einen wesentlichen Beitrag zur interdisziplinären praxisbezogenen Therapie akuter und chronischer Schmerzen geleistet haben. Der Preis richtet sich vorzugsweise an den wissenschaftlichen Nachwuchs.

Jeweils ein erster und ein zweiter Preis werden in den folgenden Kategorien verliehen: **Klinische Forschung:** für Arbeiten, die klinische medizinische und/oder psychologische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie von Schmerzpatienten zum Gegenstand haben.

Grundlagenforschung: für experimentelle Arbeiten, die auf Probleme der Pathogenese und/oder der pharmakologischen Forschung bei der Ätiologie, Diagnostik und Therapie von Schmerzen zentriert sind.

Auf der Basis der Entscheidung der Jury werden in den beiden Kategorien jeweils ein erster Preis mit einer Zuwendung von 7.000 Euro und ein zweiter Preis mit einer Zuwendung von 3.500 Euro vergeben. Die Preisträger werden schriftlich informiert. Die Verleihung der Preise und Bekanntgabe der Gewinner findet anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses 2009 in Berlin statt.

Den kompletten Ausschreibungstext finden Sie im Internet:
<http://www.dgss.org/index.php?id=18>



Krankenversicherung

Beske: Politik belastet Krankenkassen in Milliardenhöhe

Harald Clade

Nach dem heutigen Stand haben politische Entscheidungen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur Entlastung anderer Zweige des Sozialleistungssystems und des Staatshaushaltes mit 45,5 Milliarden Euro belastet.

Würden diese Kostenverlagerungen entfallen, könnte der Beitragssatz zur GKV um 4,55 Beitragssatzpunkte, d.h. von 14,9 Prozent auf 10,35 Prozent gesenkt werden. So das Ergebnis einer aktuellen Studie des Fritz Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, die in Berlin der Presse vorgestellt wurde.

Zunehmend mehr scheint Einigkeit darüber zu bestehen, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft ist, sondern von der Gesellschaft insgesamt getragen werden muss. Umstritten ist die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern. Hierdurch entstünden der GKV Belastungen in Höhe von 21 bis 23 Milliarden Euro im Jahr. Der Beitragsausfall der GKV durch ALG-II-Empfänger liegt jährlich bei 4,7 Milliarden Euro.

Die Autoren Professor Dr. med. Fritz Beske und Markus Baumgärtner rechneten in der IGSF-Studie vor: Mit der geplanten stufenweisen Steigerung des Steuerzuschusses auf 14 Milliarden Euro ab 2016 würde sich die Belastung der GKV jährlich um den Steuerzuschuss verringern, ohne jedoch zu einem vollständigen Abbau der Belastung zu führen. Selbst wenn dieser Zuschuss ab 2016 gezahlt würde, bleibe eine Belastung der GKV in Höhe von 34 Milliarden Euro. Die Studie weist darauf hin, dass es keine haushaltspolitische Möglichkeit einer bindenden Zusage für spätere Jahre gebe. In jedem Jahr sei der Bundestag in seiner Entscheidung darüber frei, wie er die Haushaltssmittel einset-

ze und wo er Prioritäten setze. Insofern bestehe auch ein langfristiges Finanzierungsrisiko für die Krankenkassen.

Entlastung: 60 Milliarden Euro

Die Kieler Studie stellt folgende Gesamtrechnung auf:

Die Belastung der GKV durch die Gesetzgebung von 1989 bis 2007 beträgt 68 Milliarden Euro. Kommt die Belastung aus 2008 mit rund 11 Milliarden Euro hinzu, ergibt sich im Jahr 2008 eine Belastung von rund 79 Milliarden Euro. Darin nicht enthalten sind versicherungsfremde Leistungen mit rund 4 Milliarden Euro, Beitragsfreiheit und reduzierter Beitrag mit 29 Milliarden Euro und die 19-prozentige Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel mit 4 Milliarden Euro. Mithin erhöht sich die jährliche Belastung auf rund 48 Milliarden Euro.

Für 2008 hat die GKV aus dem Bundeshaushalt einen Zuschuss von 2,5 Milliarden Euro zur teilweisen Entlastung für Ausgaben von versicherungsfremden Leistungen erhalten, ab 2009 umgewandelt in Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Dies bedeutet für 2008 eine Verringerung der Gesamtbelaistung der GKV um 2,5 Milliarden auf 45,5 Milliarden Euro.

Eine Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel von derzeit 19 Prozent auf den reduzierten Mehrwertsteuersatz von 7 Prozent und die damit verbundene Anpassung an die Mehrwertsteuerhöhe im internationalen Vergleich wird von vielen Gesundheitspolitikern gefordert. Die Entlastung würde für die GKV 3,4 Milliarden Euro im Jahr 2007 betragen. Ähnliches gilt für Hilfsmittel. Hier würde sich eine Entlastung der GKV von 0,5 Milliarden Euro für 2007 ergeben.

Insgesamt ergäbe sich bei einer Änderung des Mehrwertsteuersatzes auf Arznei- und Hilfsmittel eine jährliche Entlastung der GKV in Höhe von rund 4 Milliarden Euro.

Politische Alternativen

Aus der Sicht von Beske bieten sich folgende politische Handlungsalternativen an:

Der Gesetzgeber müsse eine Subventionierung anderer Sozialleistungszweige zulasten der GKV beenden und festlegen, dass Leistungen, die von der GKV von Dritten in Anspruch genommen werden, kostendeckend als Auftragsleistung zu begleichen sind. In Fällen, in denen die Krankenkassen aus sozial-, familial- oder gesellschaftspolitischen Gründen belastet werden, sollen diese Aufgaben bei nicht vollständiger Übernahme der Kosten durch den Staat beglichen werden. Hierzu zählt die Studie versicherungsfreie Leistungen und die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, Ehegatten und Lebenspartnern beim Hauptversicherten.

Eine Alternative wäre die vollständige Übernahme dieser Kostenbelastungen durch den Staat und damit die Festlegung eines adäquaten Steuerzuschusses an die GKV, der alle Kosten abdeckt, die nicht durch die Krankenkassen zu verantworten sind.

*Quelle: Fritz Beske/Markus Baumgärtner:
Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung,
Band 110 der Schriftenreihe Stiftung IGSF, Kiel,
Oktober 2008, Gutachten 63 Seiten*

Anschrift des Verfassers

Dr. rer. pol. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen

Honorarrückforderung bei nicht persönlicher Leistungserbringung

Thomas K. Heinz

In der Juli-Ausgabe 2008 des Hessischen Ärzteblattes (Seite 471) wurde eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs besprochen, die sich mit der Zulässigkeit der Vertretung und Abrechnung bei so genannter Chefarztbehandlung auseinander setzt. In die selbe Richtung zielt die nachfolgend zu besprechende Entscheidung des OLG Koblenz (Urt. v. 21. Februar 2008, Az. 5 U 1309/07). Der Senatsentscheidung liegt folgender Sachverhalt zu Grunde:

Die klagende Patientin begeht von dem beklagten Facharzt für plastische Chirurgie die Rückzahlung des Honorars für einen kosmetischen Eingriff und begründet ihren Anspruch damit, dass nach den Vertragsabsprachen der Beklagte – Inhaber der Privatklinik – in seiner Eigenschaft als Chefarzt die Operation persönlich hätte durchführen müssen. Erst im Nachhinein habe sie erfahren, dass die Operation stattdessen von einem angestellten Arzt vorgenommen worden ist. Aus diesem Grunde hat die Klägerin den Behandlungsvertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten. Das Landgericht hat die Anfechtung durchgreifen lassen; gleichwohl hat es die Klage mit der Begründung abgewiesen, die gebotene *Saldierung* ergebe, dass dem gezahlten Honorar der Wert der ordnungsgemäß durchgeföhrten Operation gegenüber

stehe. Dieser Wert entspreche der von der Klägerin entrichteten Vergütung. Die Berufung führte zur Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils und Verurteilung zur Honorarrückzahlung.

Im einzelnen führt der Senat aus: Lässt ein persönlich verpflichteter Chefarzt die Operation vertragswidrig von einem angestellten Arzt durchführen, schuldet der Patient selbst dann keine Vergütung, wenn der Eingriff sachgemäß erfolgt ist. Der beklagte Arzt ist zur Rückzahlung der Vergütung nach den §§ 326 Abs. 4, 346 Abs. 1 BGB verpflichtet. Die von ihm *höchstpersönlich geschuldete Leistung* – Durchführung der Operation durch den Chefarzt – ist dadurch unmöglich geworden, dass der Eingriff ohne eine entsprechende vertragliche oder sonstige Grundlage von dem angestellten Arzt durchgeführt wurde. Ein zweites Mal kann die Leistung, die allein der beklagte Chefarzt in Person schuldet, nicht erbracht werden. Damit ist die Leistung unmöglich im Sinne des § 275 Abs. 1 BGB. Die Rechte der klagenden Patientin bestimmen sich daher nach den §§ 280 ff., 311a und 326 BGB. Der Anspruch des Beklagten auf die Gegenleistung, die Vergütung, ist nach § 326 Abs. 1 Satz 1 BGB entfallen. Da diese Leistung jedoch durch Zahlung der Klägerin bewirkt ist, muss der Beklagte das Empfangene – die

von ihm persönlich vereinnahmte Vergütung – zurück gewähren (**Anm.** Mit dem angestellten Arzt besteht kein Behandlungsvertrag, so dass dieser durch die ausgeführte Operation keinen Vergütungsanspruch erlangt hat.).

Dem Chefarzt steht nach Auffassung des Senats auch *kein Bereicherungsanspruch* gegen die Patientin zu. Dabei ist nicht die Wertschätzung der aufgedrängten Bereicherung durch den Leistungsempfänger – die Patientin – maßgeblich. Wird die in dieser Form nicht geschuldete Operationsleistung irrtumsfrei oder gar gegen den erklärten Willen des Patienten erbracht, ist der Arzt nach der gesetzlichen Wertung der §§ 814, 613 BGB; 223 StGB nicht schutzwürdig. Die *Saldierung* scheitert daran, dass dem Beklagten wegen der von dem angestellten Arzt durchgeföhrten Operation kein Bereicherungsanspruch gegen die Klägerin zusteht, da eine *rechtwidrig herbeigeführte Bereicherung nicht zu vergüten* ist.

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht
Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstraße 66
60322 Frankfurt
www.mmw-law.de

18. Kongress der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie

gemeinsam mit der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung

7. – 9. Mai 2009 Frankfurt am Main

Tagungsort: Ramada Hotel, Königsteinerstraße 88,
65812 Bad Soden am Taunus

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Klaus Haag

Sekretäre: Dr. med. Rami Masri Zada, Dr. med. Jeniffer Boenki

Auskunft: Angela Spengler, Städt. Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst,
E-Mail: Innere2@skfh.de, Tel. 069 3106-2929

Das Gesamtprogramm finden Sie unter: www.mgfg.de



Sicherer Verordnen

Temsirolimus – Überempfindlichkeitsreaktionen

Das Immunsuppressivum Temsirolimus (Torisel®) ist ein Pro-drug, das im Körper schnell in Sirolimus umgewandelt wird. Anwendungsgebiet dieses auch als mTOR-Inhibitor bezeichneten Arzneistoffes: fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom. In einem Rote-Hand-Brief informiert der Hersteller von Temsirolimus über schwere bis tödlich verlaufende Überempfindlichkeitsreaktionen, die bereits während der ersten Infusion (aber auch erst bei späteren Infusionen) auftreten können. 30 min vor Beginn einer jeden Infusion sollte deshalb ein H1-Blocker wie Diphenhydramin oder ein anderes Antihistaminikum iv appliziert werden.

Im Vergleich zu einer Therapie mit Interferon alfa-2a scheint Temsirolimus eine etwas geringere Rate von schweren unerwünschten Wirkungen (UAW) hervorzurufen, jedoch ebenfalls auf hohem Niveau (in einer Studie 66% zu 77% der Patienten). In einer sonst sehr kritischen medizinischen Zeitschrift werden zwar zusätzliche klinische Studien gefordert, nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse eine Anwendung beim metastasierenden Nierenzellkarzinom trotz relativ geringer Verlängerung der Überlebenszeit (circa 3½ Monate) nicht abgelehnt.

Quellen: Rote-Hand-Brief von Wyeth vom 5. 1. 2009, Prescr. International 2008; 17: 223

Thalidomid/Lenalidomid – Besondere Rezeptformulare

Entsprechend einer ergänzenden Verordnung zur Arzneimittel-Verschreibungsverordnung (in Kraft: 2. Dezember 2008) dürfen Arzneimittel, die Thalidomid (früher: Contergan®, zur Zeit: Thalomid USA, Thalidomide 50 mg international) oder Lenalidomid (Revlimid®) enthalten, nur auf einem nummerierten zweiteiligen amtlichen Vordruck verschrieben werden. Vordrucke können beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) von Ärztinnen und Ärzten angefordert werden, wenn zusätzlich erklärt wird, dass

- aktuelle Fachinformationen der entsprechenden Fertigarzneimittel vorliegen,

- alle Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden (insbesondere ein Schwangerschafts-Präventionsprogramm),
- ausreichende Sachkenntnisse zur Verschreibung beider Arzneistoffe vorhanden sind.

Thalidomid hat eine EU-weite Zulassung, international wird es angewandt beim multiplen Myelom und Erythema nodosum leprosum. Lenalidomid hat als ein mit Thalidomid strukturverwandter Arzneistoff ebenfalls eine EU-weite Zulassung zur Therapie des multiplen Myeloms, wenn eine vorausgegangene Therapie keinen Erfolg zeigte. Aufgrund erheblicher UAW (tiefe Venenthrombosen, Lungenembolie, Vorhofflimmern, Neutropenie, Thrombozytopenie, Anämie) und ungenügender Untersuchungen zur Teratogenität (noch kein Affenmodell getestet, das am besten geeignet ist, von der EMEA nachgefordert) wird von kritischer Seite empfohlen, vorerst einem ersten Therapieversuch mit Bortezomib (Velcade®) eine Therapie des multiplen Myeloms mit Thalidomid anzuschließen.

Quellen: Bundesgesetzblatt 2008, Teil I Nr. 55: 2338; Prescr. Internat. 2008; 17: 230

Alternative Therapeuten – Nicht haltbare Versprechungen

In einer neuseeländischen Studie wurden zufällig ausgewählte alternative Therapeuten (Chiropraktiker, Homöopathen, Akupunkteure) der Fall eines Kindes mit chronischen Ohrinfektionen und Asthma vorgestellt – von einer angeblichen Großmutter, die fragte, ob die Therapeuten das Kind erfolgreich behandeln könnten. Alle Homöopathen sagten ja, Chiropraktiker waren in über 60% zuverlässig. Der Studienautor glaubt, ernste medizinische, regulatorische und ethische Probleme in der Alternativmedizin aufgedeckt zu haben.

In einem Kommentar wird vermutet, dass auch in Deutschland nichtärztliche alternative Behandler „schrecklichen Unfug (nicht nur) mit Kindern anstellen können“. Hinzuzufügen ist, dass aufgrund von langjährigen Erfahrungen mit staatsanwaltschaftlichen Anfragen und mit persönlich geschilderten

Erlebnissen von Patienten vermutet werden kann, dass auch Ärzte ihre Behandlungsmethoden überschätzen.

Quelle: N. Z. Med. J 2008; 121:114, zitiert in: MMW 2008; 150(51-52):28

In eigener Sache – Verwechslungsgefahr bei Arzneimitteln

Der Appell an alle Kolleginnen und Kollegen, über Verwechslungen bei Arzneimittelverordnungen zu berichten, hatte leider ein enttäuschend geringes Echo. Nur ein Kollege berichtet über eine Verwechslung zwischen ähnlich klingenden Arzneimittelnamen („sound alikes“): das Schmerzmittel Novalgin und das Herzglykosid Novadigal wurden wechselweise verkehrt verschrieben bzw. angeordnet. Zusätzlich berichtete er noch über eine Verwechslung aufgrund ähnlich aussehender Ampullen („look alikes“): statt Furosemid ratiopharm® wurde von der Schwester Diazepam ratiopharm® aufgezogen und vom Arzt ohne weitere Kontrolle injiziert. Diese Verwechslungsgefahr bei Produktpäckchen, die vom Hersteller mit einem aus seiner Sicht unverwechselbaren, grundsätzlich gleichem Design zum besseren Erkennen der Firma ausgestattet werden, ist bekannt und spricht dafür, wo die pharmazeutische Industrie ihre Prioritäten setzt.

Aus eigenen Fehlern kann man am besten lernen. Aber auch aus Fehlern, die anderen passiert sind, können Fehlermöglichkeiten erkannt und diesen entgegengewirkt werden. Deshalb noch einmal die Aufforderung an alle Ärztinnen und Ärzte, eigene Erlebnisse über Verwechslungen von Arzneimittel zu berichten. Die Informationen werden anonym behandelt, sollten bei Verwechslungen mit ähnlichem Aussehen am besten mit Bild berichtet werden, können aber auch in jeder anderen Form an die Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf geschickt werden.

Quelle: Bericht eines aufmerksamen Kollegen

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 2/2009

Den Krankenkassen geht es gut – den Ärzten nicht!

Siegmund Kalinski

Im Gesundheitswesen brodelt es derart, dass man wirklich besorgt sein muss. Mit der Gesundheitspolitik ist man zwar nie zufrieden gewesen, aber beim zurückdenken kann es einem heute eigentlich nur warm ums Herz werden. Die damaligen Sorgen möchte man jetzt haben ...

Tempora mutantur

Zu Zeiten Ehrenbergs und Blüms war es noch etwas ganz anderes, Mediziner zu sein. Obwohl es auch damals schon Unzufriedene gab, aber wann gibt es die nicht? Erst als Horst Seehofer Gesundheitsminister wurde und Budgets und Muschelwährung einführte, ging es mit dem Gesundheitssystem so richtig bergab. Nach ihm kam Andrea Fischer, die sich „von Piranhas umzingelt“ fühlte und immer wieder Angst vor ihrem eigenen Schatten hatte. Glücklich war sie erst, als sie den Ministeressel räumen musste. Die Ärzte übrigens auch. Danach begann die Ära von Ulla Schmidt, der am längsten amtierenden Gesundheitsministerin. Mit ihr begann der Reigen der nicht endenwollenden Gesundheitsreformen. Eine Reform folgte der nächsten; immer schneller und immer reformbedürftiger. Jetzt sind alle unzufrieden – und alle rebellieren.

Bellum contra omnes

Es protestieren: Krankenhäuser, Kliniken und Krankenhausärzte, es protestieren die Krankenkassen, die immer schärfer mit ihren Konkurrenten umgehen – und viel schärfer noch mit den Doktoren. Es protestieren die Heilhilfsberufe, die Apotheker, die Pharmaindustrie, die Bundeswehrärzte und vor allem die Patienten. Und die Ärzte selbst? Die steigen inzwischen fast auf die Barrikaden. Da sollte es niemanden wundern, wenn jetzt auch die Gesundheitsministerin unzufrieden ist. Vielleicht ja sogar mit sich selbst?

Eine Umfrage bringt es zutage

Das ist nicht neu: Geld fehlt an allen Ecken und Kanten. Anscheinend nur nicht bei den Krankenkassen. Die hatten im letzten Jahr zwei Milliarden Euro Überschuss, und eine Umfrage von „Monitoring eHealth & Gesundheitswirtschaft Deutschland 2009“ bestätigt: Die Krankenkassen haben in ihrer großen Mehrheit keine Finanzprobleme und schätzen ihre Situation positiv ein. Allerdings – selbst wenn die Krankenkassen momentan nicht unter Geldnöten leiden, so lässt die internationale Finanzkrise sie doch nicht unberührt, umso mehr nicht, als einige fürchten, dass sie in Zukunft wahrscheinlich nicht ohne Zusatzbeiträge auskommen werden. Von den befragten niedergelassenen Ärzten dagegen äußerten sich lediglich ein Fünftel nicht gänzlich pessimistisch. Man könnte es kurz fassen: Den Krankenkassen geht es gut – den Ärzten nicht.

Die Vertragsärzte proben den Aufstand

Unter den Vertragsärzten, insbesondere unter den Fachärzten, ist die Stimmung mehr als geladen. Die Frage, wo die versprochenen Milliarden Euro geblieben sind, wurde vom KBV-Vorstand noch immer nicht zufriedenstellend erklärt. Zwar war von vornherein klar, dass das Geld zum Teil an die Kollegen im Osten gehen sollte, um deren Honorare dem Westniveau anzugeleichen, außerdem sollen die KVEn Reserven angelegt haben, um für eventuelle Nachforderungen gerüstet zu sein – wo aber ist der Rest? Noch wichtiger für die Ärzte ist allerdings die Vertragsfrage, die in vielen Bundesländern und KVEn nicht klar gelöst ist. Oftmals wurden Verträge mit den Krankenkassen nicht eingehalten oder überhaupt noch nicht abgeschlossen, wobei viele Krankenkassen versuchen, eigene Wege zu gehen und eigene Konzepte anzubieten.

Und die Hausärzte? Der Hausärzteverband will mit der KBV und den KVEn sowieso nichts mehr zu tun haben.



Professor Jürgen Wasem übt Selbstkritik

Einiges zu der verfahrenen Situation hat Professor Wasem, der neutrale Vorsitzende aller Schlichtungsverfahren zwischen Krankenkassen und KVEn, auf seine Kappe genommen. Obwohl er an allen Beratungen über die neue Gesundheitsreform teilgenommen hatte und anschließend auch als Schlichter tätig war, musste er eingestehen, die Lage doch falsch eingeschätzt zu haben. Wasem bedauerte, dass er sich bei der Beurteilung sowohl der finanziellen Situation als auch der ärztlichen Honorare nicht noch mehr Zeit genommen habe. Inzwischen ist das Kind schon längst in den Brunnen gefallen – alles gleicht einem Desaster.

Eine Oase der Ruhe

Da ist es fast ein Wunder, dass bei aller Unruhe und Unsicherheit, die unter den Ärzten herrscht, bei uns in Hessen alles relativ ruhig ist. Die KVH erscheint zur Zeit eine wahre Oase der Gelassenheit, obwohl noch vor kurzem, vor der letzten KV-Vertreterversammlung, dunkle Wolken massive Gewitter ankündigten und ein Schisma zwischen Haus- und Fachärzten drohte. Aber dank der klugen und überzeugenden Worte des stellvertretenden Vorsitzenden des hessischen Hausärzteverbandes, Günter Haas, beruhigten sich die Gemüter wieder; die VV endete in entspannter Atmosphäre. Wobei man annehmen darf, dass die Sorge um die EHV einiges dazu beigetragen hat. Manchmal kommt etwas zunutze, was noch vor kurzem heftig bekämpft wurde.

Der Osterhase als Goldesel

Ein Märchen von Klaus Britting

Als die amerikanischen Wölfe kränker und kränker wurden, weil sie zu viel giftiges Hypo-Futter gefressen hatten, beschlossen sie, es schnell ihren europäischen Blutsbrüdern zu verkaufen. Um das Geschäft zu beschleunigen, boten sie unglaublich hohe Rabatte. Geiz macht geil! Sie packten das Futter in riesige Säcke und bündelten diese zu hohen Bergen in der Hoffnung, dass angesichts der Menge niemand mehr Lust hätte, Stichproben zu machen und den Inhalt der Säcke näher zu prüfen. Wie richtig diese Spekulation war, zeigte sich rasch, denn die deutschen Wölfe sind ja nicht weniger blind und gierig als ihre amerikanische Spezies. Sie kauften gigantische Mengen, träumten von einem unendlichen Fressen und schauten natürlich vorher weder in die Säcke noch richtig in die Kaufverträge, die man ihnen vorlegte. Und wer weiß, ob sie diese jemals auch wirklich verstanden hätten.

Als immer mehr amerikanische Wölfe schwer erkrankten und der Leitwolf Lee-Man starb, griff auch in Deutschland Panik um sich. Der Winter zog ins Land und brachte Kälte, Hunger und großes Heulen. So war die Situation auch noch Wochen vor dem Osterfest, welches die Wölfe normalerweise inmitten der neuen Kinderschar vor gefüllten Fleischtopfen verbringen. Doch plötzlich ging die Nachricht um, der Osterhase sei schon unterwegs – mit vollen Taschen! Dieser Gedanke machte nicht nur die kranken Wölfe hellhörig. Auch die übrigen Tiere, die schlecht vorgesorgt hatten und deshalb am Hungertuch nagten, krochen aus ihren Bauten und riefen um Hilfe. Sogar der alte Fuchs, der viel Geld in Börsengeschäften verspekuliert hatte, rief nach dem Osterhasen und drohte, seine eigenen Jungen zu fressen, wenn er nicht sofort Unterstützung bekäme. Der Keiler, der sich den Herbst über liebestoll herumgetrieben hatte statt Winterspeck anzusetzen, drohte gar mit Angriffen auf harmlose Wildtiere, wenn der Osterhase nicht ganz schnell mit Geschenken erschiene. Und die gierigen Wölfe, die Schuld am allgemeinen

Wehklagen hatten, weil sie das amerikanische Hypo-Futter auch anderen Tieren verkauft hatten, heulten immer lauter.

Der Osterhase war aber kein Samariter, der unbedingt jedem helfen wollte. Es kam ihm mehr darauf an, den Eindruck sofortiger Hilfe zu erwecken, um die vielen Bittenden ruhig zu stellen. Statt Futter gab er Garantien, hungernde Tiere im Notfall zu versorgen. Und diese Garantien wurden so zahlreich, dass jene Tiere, die sich in Finanzfragen auskannten, sich zuraunten, die riesigen Garantien, die der Osterhase versprochen hatte, würde er im Ernstfall nie und nimmer einlösen können. Dem Osterhasen, der von Wirtschaft und Finanzen ohnehin nichts verstand, war das egal, denn es war Wahljahr, und er wollte als Wächter von Wald und Flur unbedingt wieder gewählt werden. So ließ er in den folgenden Tagen Nester mit goldenen Eiern auslegen und verbreiten, er habe sie persönlich gelegt – aus eigenem Gold! Jeder, der ihn wähle, könne sicher sein, auch in Zukunft gut zu leben. Und alle Tiere waren geblendet von der Großzügigkeit des „Goldesels“, wie sie ihn danach nannten. Kurz vor Ostern trübte sich die Wetterlage ein. Gewitter ließen den Regen wie Hagel auf die Erde prasseln. Der Sturm wütete Tage lang. Einige Tiere liefen danach zu den Nestern mit den goldenen Eiern, weil man ja nie weiß, was so ein Gewitter alles anrichten kann. Großes Entsetzen, als man die Eier sah, sie waren plötzlich unschuldig weiß! Während die Tiergemeinde rätselte, woher dieses Wunder wohl komme, lief der Osterhase den Wald entlang. Nein, er lief nicht, er rannte, so schnell er konnte. Und in der rechten Pfote hielt er einen Gegenstand, den man nicht sofort erkannte. Da öffnete sich der Himmel und ließ die Sonne strahlen. Und der Gegenstand in des Osterhasen Hand glänzte im schönsten Gold. Es war ein Pinsel.

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Mölken 41
24866 Busdorf



Der Kuckuck

Wir eifern so gerne für die Moral und meinen voller Entrüstung, das mit dem Kuckuck sei auch so ein Fall vor sträflicher Überlistung

und grober Verletzung der Elternpflicht, dass er vom Nachwuchs sich trennte und die Natur verstände man nicht, in der das erlaubt sein könnte.

Das aber, was der Kuckuck getan, passiert auch andern, mein Bester, es gibt unter uns so manchen Galan, der hält sich an fremde Nester.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold t

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †

Im Alter von 93 Jahren ist Professor Wilhelm Theopold am 28. Januar diesen Jahres verstorben. Der Landesärztekammer, die er von 1956 bis 1964 als Vizepräsident und von 1964 bis 1968 als Präsident leitete, fühlte er sich bis zuletzt eng verbunden. Dreißig Jahre lang, von 1958 bis 1998 war er Schriftleiter des Hessischen Ärzteblattes, in dessen Ausgaben seine humorvollen Gedichte und Illustrationen noch heute Eingang finden. Herausragend waren seine Verdienste um die Früherkennung von Krankheiten und die Durchsetzung von Vorsorgeprogrammen. Theopold, langjähriger Leiter der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses in Frankfurt-Höchst hat die Geschichte der Landesärztekammer entscheidend mit geprägt.

Vielen ist der Verstorbene als feinsinniger, älterer Herr mit wachem Geist und Anteilnahme am aktuellen Geschehen im Gesundheitswesen in Erinnerung. Er zählt zu den wegweisenden Köpfen der hessischen Ärzteschaft nach dem zweiten Weltkrieg. Theopold wurde am 12. Dezember 1915 in Lage/Lippe geboren. Als er 1945 als Sanitätsoffizier der Reserve aus dem Krieg heimkehrte, zog es ihn in die Universitäts-Kinderklinik in Marburg, wo er während des klinischen Studiums familiert hatte. Sein Ziel war es, Kinderarzt zu werden. 1947 gehörte er zu den Mitbegründern des Marburger Bundes. 1949 wurde er Vorsitzender des Marburger Bezirksverbandes und 1956 Vorsitzender des Landesverbandes des Marburger Bundes in Hessen.

In Hessen schlug die erste große Stunde des Marburger Bundes 1952, als die Volontärassistenten an den Marburger und Gießener Universitätskliniken endlich ein volles Gehalt erstritten hatten. 1948 erhielt Theopold die Urkunde „Facharzt für Kinderheilkunde“ und arbeitete auch nach seiner Habilitation in Marburg weiter. 1956 zog er nach Lemgo, um dort in eigener Praxis und einer Kinderstation

am Krankenhaus tätig zu werden. Doch im selben Jahr ereilte ihn der Ruf aus Hessen: Theopold wurde zum Vizepräsidenten der Landesärztekammer Hessen gewählt. Er hatte zunächst die Chefarztposition im Kinderkrankenhaus Böttcherstraße inne und wurde dann 1958 mit der Leitung der neuen Kinderklinik im Klinikum Frankfurt-Höchst betraut. Schwerpunkte in den zwölf Jahren seiner Tätigkeit als Vizepräsident und Präsident der ärztlichen Selbstverwaltung waren der Aufbau der Landesärztekammer mit ihren sechs Bezirksärztekammern und der Beschluss einer Berufsordnung. Darüber hinaus standen die ärztliche Weiterbildung, die Fortbildung, die Berufsgerichtsbarkeit und die Ausbildung der Arzthelferinnen auf der Agenda. Das Weiterbildungsweisen, das die sechs Bezirksärztekammern nach 1945 bearbeiteten, wurde auf Theopolds Antrag auf die Landesärztekammer übertragen. Auch sind damals die Grundlagen für das spätere Fortbildungszentrum der Kammer in Bad Nauheim gelegt worden. Im heute nicht mehr bestehenden Hessischen Landesgesundheitsrat stand Theopold dem Ausschuss „Vorbeugende Gesundheitspflege“ vor. 1968 stellte er auf dem Deutschen Ärztetag in Wiesbaden das Vorsorgeprogramm für Kinder vor, das 1971 drei Jahre später als neuer Bestandteil in die Gesetzliche Krankenversicherung einging. Auch war er an der Entwicklung von Programmen zur Früherkennung bösartiger Tumoren bei Frauen und Männern beteiligt.

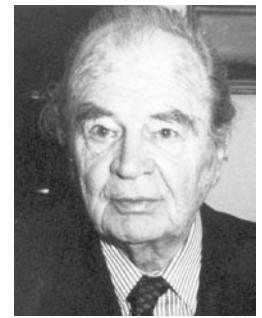
Während des Kampfes um die Reform des Kassenarztrechts in den Jahren 1959/60, bei dem es um die Berufsfreiheit des niedergelassenen Arztes und die Erhaltung seiner Schutzorganisation, der Kassenärztlichen Vereinigung, ging, verteidigte Theopold als Präsident der Landesärztekammer und Hauptschriftleiter des Hessischen Ärzteblattes die bedrohte Freiheit. Er stellte sich an die Spitze der ärztlichen

Gegenbewegung und trug entscheidend zum Abwehrerfolg bei, der mit der Paulskirche in Frankfurt am Main verbunden ist. Die Errichtung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen fiel ebenfalls in Theopolds Amtszeit als Präsident. 1968 zog er sich aus der Standespolitik zurück und widmete sich dem „Hessischen Ärzteblatt“ und anderen schriftstellerischen Neigungen. Zehn Jahre lang war er Präsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftsteller-Ärzte, später Ehrenpräsident. Er erhielt den Literaturpreis der Bundesärztekammer und wurden mit nationalen und internationalen Auszeichnungen geehrt. Von 1970 bis 1974 war er Leiter der wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes. Er wurde für seine herausragenden Verdienste mit zahlreichen Auszeichnungen geehrt. 1988 war Theopold Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages.

Zum Schluss möchte ich noch einen Wegbegleiter zu Wort kommen lassen. Professor Horst Joachim Rheindorf, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der LÄK Hessen und langjähriger Freund Theopolds, erinnert sich:

„Wahrhaftigkeit und Gerechtigkeit waren Wilhelm Theopolds Prinzipien. Er war ein geistvoller Mann. Er setzte sich für seine Weggefährten ein, wo immer es ihm möglich war. Intrigen im Ansatz zu zerschlagen, vermochte er nicht. Da verschloss er sich meinen Ratschlägen, denen er sonst folgte.“

Bis in seine letzten Lebensstunden habe ich den Freund begleiten dürfen, dem ich 16 Jahre als Präsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftsteller-Ärzte folgte. Wilhelm Theopold ist auch Träger des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse,



Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Auszug aus einem Leserbrief von Dr. med. Ruth Duve, Hattersheim:

*In Memoriam.
„Der beliebte professor der Paediatrie
könnte nicht nur seinen wie ein Genie.
In all seinem Werk
steckt so viel Herz.
IHN vergessen wir nie!“*

des Verdienstordens des Landes Hessen, der Goldenen Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen und der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, der Paracelsus-Medaille.

In der Laudatio heißt es: „Wilhelm Theopold hat sich durch unermüdlichen und selbstlosen Einsatz für seine Patienten, die Gesundheitsvorsorge bei Kindern und für die ärztliche Fortbildung um die

Medizin, die Ärzteschaft sowie um das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.“

Unser Dank dafür gilt über die Zeiten hinweg. Er hat im Ehrenbuch der deutschen Ärzte einen festen Platz.“

Wir trauern um einen leidenschaftlichen Arzt und engagierten Berufspolitiker, der sich in überdurchschnittlicher Weise für Kollegen, Patienten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung eingesetzt hat.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach

Bücher

Wilhem Erhard Kuchler: **Unsterbliche Sehnsucht. – Ein Menschenleben mit mir.** edition fischer, Frankfurt am Main. 2007. ISBN 978-3-89950-237-4. Euro 14,80.

Der Autor, Jahrgang 1926, hat nach Kinder- und Jugendjahren in der Niederlausitz nach einer kurzen Soldatenzeit (Abitur 1944) drei Jahre in russischer Kriegsgefangenschaft verbracht. Anschließend studierte er Medizin an der Humboldt-Universität in Berlin und wurde Facharzt für Innere Medizin und übte seit 1964 viele leitende ärztliche Funktionen aus, so am Klinikum Uckermark in Schwedt sowie eine Professur an der Pommerschen Medizinischen Akademie der Universität Stettin.

Die Lektüre des Buches welches leider über tagebuchartige Eintragungen und Anekdoten kaum hinausgeht, wirft viele Fragen auf. Warum ist die Beschäftigung mit der deutschen Geschichte so kurz? Hat es keine anderen Fragen gegeben als die im Buch angesprochenen? Manche Angaben sind sachlich falsch, z.B. die Angaben zur Beteiligung der Ukrainer im Rahmen der Kampftruppen und bei der SS. Kann ein Arzt ernsthaft über die Hungerrationen als Kriegsgefangener berichten ohne zu reflektieren wie es Millionen russischer Kriegsgefangenen und Abermillionen von Insassen von deutschen Konzentrationslagern erging?

Der Autor war für mehrere Jahrzehnte aktiver Zeuge des Gesundheitswesens der DDR. Davon taucht in dem Buch leider wenig auf, insbesondere nicht die Reflexion über die politische Verwicklung der Ärzte im DDR-Staat und die Vor- und Nachteile, die sich daraus für die Patienten ergaben. Einige Bemerkungen so z.B. die über den Vergleich der Abtreibungen mit dem Holocaust sind mehr als ärgerlich. Manche Hinweise zur Religiosität und zum Glauben macht den Eindruck eines „Konfirmationsunterrichtes“.

Ein erlebnisreiches Leben sicherlich. Die literarische Verarbeitung wirft leider viele Fragen auf.

Dr. med. Siegmund Drexler, Mühlheim

Birgit und Dieter Schaich: **Reine Formsache – Deutsches Formglas des 15. bis 19. Jahrhunderts.** Deutscher Kunstverlag. 2007. ISBN: 978-3-422-06765-3. Euro 78,-.

Wer die Wahl hat, hat die Qual! Treffender lässt sich die Auswahl von 500 besonderen Stücken der umfassenden Formglas-Sammlung von Birgit und Dieter Schaich nicht beschreiben. Was als Zufallskauf auf einem Pariser Flohmarkt begann, ergab nach vier Jahrzehnten eine der größten privaten Glas-Sammlungen der BRD. Formglas, in der Glashütte vor dem Ofen fertiggestellt und nicht nachträglich verziert, steht ganz am Anfang der 2.000 Jahre alten Geschichte des mundgeblasenen Glases. Formglas stellt bis heute den größten Anteil der Hohlglasproduktion dar. Im Gegensatz zu den gut erforschten verzierten Gläsern, sei es durch Emailmalerei, Schnitt oder Schliff, ist das Wissen über Formglas dürftig. Mit ihrer Sammlung haben Brigitte und Dieter Schaich daher die Brücke von der ästhetischen Erscheinung zum kulturhistorischen Zusammenhang geschlagen. Die Sammlerstücke im Einzelnen zu bearbeiten, zu kommentieren und in einen übergeordneten Zusammenhang zu bringen, erfordert mehr als Sammlerleidenschaft. Insbesondere Dieter Schaich verbindet Engagement und Interesse an der Sache mit profunden Kenntnissen. Das Ergebnis seiner intensiven und zunehmend systematischen Sammlertätigkeit ist nun im Glasmuseum Henrich in Düsseldorf zu bewundern – oder eben in dem vorliegenden Katalog.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Bücher

Birgit Drexler-Gormann: „**Jüdische Ärzte in Frankfurt am Main 1933–1945, Isolation, Vertreibung, Ermordung**“. 2009. 143 S. m. Abb. u. Faks.. Kartoniert/Broschiert (TB). Deutsch. Mabuse-Verlag. ISBN-10: 3940529370, ISBN-13: 9783940529374, Euro 16,90.



1936 wurde die Ärztekammer Hessen-Nassau, Bezirksvereinigung Frankfurt am Main, im Rahmen der „Gleichschaltung des Gesundheitswesens“ eingerichtet. Erstmals hat die Autorin deren noch vorhandene Meldeakten ausgewertet. Die Daten setzt sie in Beziehung zu den so genannten „Entschädigungsakten“ emigrierter jüdischer Ärztinnen und Ärzte. Kern der Entschädigungsakten war die für das Verfahren erforderliche „Eidesstattliche Erklärung“, eine persönliche Schilderung, die in der Regel von den Verfolgten selbst oder nahen Angehörigen zu Papier gebracht wurde. Auf Basis dieser Informationen und der Angaben aus der Meldekartei entwickelt Birgit Drexler-Gormann eine Auswahl biografischer Skizzen.

Als Ergebnis dieser aufwändigen Recherche werden dem Leser die Schrecken der Verfolgung, die Demütigungen und existenziellen Sorgen in Deutschland, aber auch die Schwierigkeiten im Land der erzwungenen Emigration nachhaltig vor Augen geführt. Mit diesem anschaulichen und gut lesbaren Werk wird der Reihe der Untersuchungsergebnisse der Verbrechen gegen die Menschlichkeit des nationalsozialistischen Unrechtsregimes, am Beispiel der Schicksale jüdischer Kolleginnen und Kollegen aus Frankfurt, eine eindrückliche Dokumentation hinzugefügt.

Dr. Michael Popović, Eppstein

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/K 9526, ausgestellt am 9.1.2007, für Dr. med. Thomas Dittmar, Bad Wildungen,

Arztausweis Nr. HS/K 6895, ausgestellt am 25.6.2004, für Ilya Lyutrovny, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-G-6500, ausgestellt am 6.3.2006, für Angela Radke, Wetzlar,

Arztausweis Nr. HS/M 30/2001, ausgestellt am 16.2.2001, für Walter Schmidbauer, Marburg,

Arztausweis Nr. HS-D-4883, ausgestellt am 26.7.2003, und Bereitschaftsdienstausweis Nr. 006867, ausgestellt am 1.10.2005, für Dr. med. Susanne Wüchner-Hofmann, Roßdorf,

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 006683, ausgestellt am 5.11.2004, für Dr. med. Anna-Maria Taufkirch, Frankfurt,

Stempel Nummer 407591500, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Rodgau (Farid Mohammad, Hanau).

Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit

vom 4. bis 11. Juli 2009 an der Costa Blanca

Alicante in Spanien ist Gastgeber der 30. Sportweltspiele

Zum zweiten Mal nach 2005 finden die jährlichen Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit in der beliebten Ferienregion Costa Blanca auf der iberischen Halbinsel statt.

Vom 4. bis 11. Juli 2009 wird die Stadt Alicante an der spanischen Mittelmeerküste eine Woche lang Gastgeber für sportbegeisterte Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hobbysportler aus den medizinischen und Pflegeberufen sein.

Erwartet werden über 2.500 Teilnehmer mit ihren Angehörigen aus mehr als 50 Ländern. In rund 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen können die Teilnehmer an den Start gehen. Die Anmeldeunterlagen und weitere Informationen finden Sie unter www.sportweltspiele.de

Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Sportweltspiele seit Jahren den anerkannten Kongress für Sportmedizin und einen freundschaftlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt.

Das Unterhaltungsprogramm und die tägliche Abendveranstaltung mit Siegerehrungen verspricht an der sonnigen Costa Blanca natürlich noch ein bisschen bunter zu werden.

Kontakt:

Sylwia Malkrab-Kip

mpr – Repräsentanz für Deutschland, Österreich, Schweiz

Bockenheimer Landstraße 17–19, 60325 Frankfurt am Main

Tel. 069 7103-4343 Fax 069 7103-4344

E-Mail presse@mpr-frankfurt.de

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ruth Veit, Butzbach, am 17. April.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Helga Ruberg, Bad Wildungen, am 13. April,
Dr. med. Karl Hellwig, Eschwege, am 30. April,
Dr. med. Olaf Weber, Lohfelden, am 30. April,
Dr. med. Dietrich Süßmann, Bad Wildungen, am 23. Mai.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Dietlinde Thonke, Kelkheim, am 17. April.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Wilhelm Wieck, Wiesbaden, am 15. Mai.

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

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Bärbel Schröder, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. D. Ross, Hofgeismar, vormals Praxis Dr. med. Zielinsky, Kassel

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Maurice Bassaly, Wohratal
* 20.3.1932 † 9.2.2009

Dr. med. Juergen Bierwirth, Frankfurt
* 4.12.1930 † 28.1.2009

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Bitter, Frankfurt
* 14.5.1937 † 15.1.2009

Dr./Medizinisch-Pharmazeutisches Institut
Cluj Ioan Ciocea, Offenbach
* 25.4.1927 † 18.8.2008

Dr. med. Werner Hartung, Dillenburg
* 6.11.1925 † 2.1.2009

Dr. med. Bendix Kark, Frankfurt
* 8.4.1925 † 21.1.2009

Dr. med. Fahri Kececioglu, Dillenburg
* 7.5.1920 † 24.10.2008

Dr. med. Lothar Kienzler, Darmstadt
* 28.7.1909 † 29.1.2009

Dr. med. Fridolin Kilb, Mühlheim
* 7.8.1921 † 17.1.2009

Medizinaldirektor Dr. med. Paul-Hermann Kleiber,
Ranstadt
* 4.1.1920 † 16.1.2009

Dr. med. Max Koppermann, Freiensteinau
* 7.10.1920 † 15.11.2008

Dr. med. Karl-Heinz Lyndian, Limburg
* 14.1.1923 † 23.1.2009

Dr. med. Maria Maerz, Rüsselsheim
* 7.10.1920 † 2.2.2009

Margarete Pots, Marburg
* 6.6.1920 † 1.2.2009

Dr. med. Helmut Richter, Schlangenbad
* 23.2.1934 † 2.1.2009

Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Ulrich Steiner, Heppenheim
* 8.9.1922 † 4.2.2009

Dr. med. Willi Stürzenbaum, Darmstadt
* 7.4.1910 † 20.12.2008

Dr. med. Ruth Thorbeck, Offenbach
* 6.9.1946 † 1.2.2009

Dr. med. Wolfgang Vömel, Königstein
* 19.9.1924 † 28.4.2008

Heinrich Wiemer, Bad Nauheim
* 13.1.1945 † 12.1.2009

Dr. med. Krista-Gudrun Wiester, Kassel
* 4.4.1936 † 28.9.2008

Jahresabschluss der Landesärztekammer Hessen zum 31. Dezember 2007

Bilanz zum 31. Dezember 2007

Aktiva

	31.12.2007	31.12.2006		31.12.2007	31.12.2006
	€	T€		€	T€
Anlagevermögen					
Immaterielle Vermögensgegenstände					
EDV-Programme	241.924,20	259	Rücklagen	10.248.087,23	9.183
Geleistete Anzahlungen	0,00	83	Betriebsmittelrücklage	1.820.831,84	1.024
	241.924,20	342	Stand Vortrag	30.459,13	41
Sachanlagen			Einstellung in die Betriebsmittelrücklage		
Grundstücke und Bauten	8.901.336,54	10.229	Zuführung aus den zweckgebundenen Mitteln		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	834.953,12	1.093	Stand 31.12.		
Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	5.513.574,83	1.916	Investitionsrücklage		
	15.249.864,49	13.238	Stand Vortrag		
Finanzanlagen			Einstellung in die Investitionsrücklage		
Beteiligungen	4.579,74	5	Stand 31.12.		
	15.496.368,43	13.585	Rücklagen gesamt		
Umlaufvermögen			Zweckgebundene Mittel		
Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			Stand Vortrag zzgl. Zinsertrag Fonds		
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	54.550,00	132	Entnahme aus den zweckgebundenen Mitteln		
Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein			Stand 31.12.		
Beteiligungsverhältnis besteht	68.056,93	69	Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse		
Forderungen aus Investitionsförderung	1.999.930,00	4.024	Rückstellungen		
Sonstige Vermögensgegenstände	1.360.149,36	1.632	Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen		
	3.482.686,29	5.857	Steuerrückstellungen		
Wertpapiere	5.936.408,10	7.607	Sonstige Rückstellungen		
Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	14.241.426,35	9.765			
	23.660.520,74	23.229	Verbindlichkeiten		
Rechnungsabgrenzungsposten	18.903,23	25	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten		
			Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen		
			Verbindlichkeiten aus Investitionsförderung		
			Sonstige Verbindlichkeiten		
			(davon aus Steuern € 119.052,70; Vorjahr T€ 165)		
			(davon im Rahmen der sozialen Sicherheit € 11.227,40;		
			Vorjahr T€ 12)		
			Rechnungsabgrenzungsposten		
	39.175.792,40	36.839			
Treuhandvermögen	837.581,60	930	Treuhandverbindlichkeiten	837.581,60	930

Anhang 2007

Allgemeines

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2007 ist nach den Vorschriften des HGB für große Kapitalgesellschaften aufgestellt. Die davon abweichende Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung folgt dem Haushaltsplan der Körperschaft.

Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen drei und fünf Jahren bei EDV-Programmen, 30 Jahre bei den Gebäuden (Ausnahmen: Büroappartements 18 bzw. 20 Jahre, Außenanlagen des Seminargebäudes 12,5 Jahre, Zaunanlage 12 Jahre) und drei bis 14 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Geringwertige Anlagegegenstände werden – mit Ausnahme der Erstausstattung des Seminargebäudes, die über fünf Jahre abgeschrieben wird – sofort abgeschrieben und ihr Abgang wird unterstellt.

Im Berichtsjahr erfolgte eine Anpassung der Nutzungsdauer der Gebäude von 50 auf 30 Jahre, da Erfahrungswerte aus der Vergangenheit gezeigt haben, dass eine Nutzungsdauer von 50 Jahren nicht mehr der tatsächlichen technischen Nutzungsdauer entspricht.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt, der entsprechend der durchschnittlichen Abschreibungsdauer der bezuschussten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst wird.

Die Anteile an verbundenen Unternehmen sind zum niedrigeren beizulegenden Wert, die übrigen Finanzanlagen zu Anschaffungskosten ange setzt.

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen ungewisse Beitragsforderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (fehlende Selbsteinstufung) wurden mit dem durchschnittlich ausstehenden Kammerbeitrag angesetzt.

Die Wertpapiere des Umlaufvermögens sind mit ihren durchschnittlichen Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren Kurswert zum Bilanzstichtag angesetzt.

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten aus gewiesenen Beträgen wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinbarten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrunde liegenden Verträge ermittelt.

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007

	2007	2006
	€	T€
Erträge		
Kammerbeiträge	12.929.088,61	12.873
Zinsen und ähnliche Erträge	714.597,29	505
Übrige Erträge	8.075.245,88	15.655
	21.718.931,78	29.033
Aufwendungen		
Personalaufwand		
Löhne und Gehälter	6.947.592,58	6.831
Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung (davon für Altersversorgung € 1.274.957,53; Vorjahr T€ 1.135)	2.659.407,87	2.519
Abschreibungen für immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	9.607.000,45	9.350
Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.884.347,84	931
Abschreibungen auf Finanzanlagen und auf Wertpapiere des Umlaufvermögens	8.127.217,99	13.897
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	117.176,50	171
	150.385,37	152
	19.886.128,15	24.501
Ergebnis der gewöhnlichen Kammertätigkeit	1.832.803,63	4.532
Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	11.971,79	8
Jahresüberschuss	1.820.831,84	4.524
Einstellung in die zweckgebundene Investitionsrücklage	0,00	-3.5000
Einstellung in die Betriebsmittelrücklage	-1.820.831,84	-1.024
Bilanzgewinn	0,00	0

Die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen sind nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem steuerlichen Teilwert (Zinsfuß 4 % p.a.) unter Verwendung der Richttafeln 2005 von Professor Dr. Klaus Heubeck angesetzt.

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf dem Pauschalwertverfahren gemäß BMF-Schreiben vom 29. Oktober 1993. Die gebildeten Jubiläumsrückstellungen sind mit ihrem Barwert (Abzinsungsfaktor: 6 %) angesetzt.

Die Rückstellung für die Altersteilzeit wurde in Anlehnung an versicherungsmathematische Bewertungsmethoden vorgenommen. Dabei wurden auch potentielle Anwärter mit berücksichtigt. Die Berechnung ist mit 30 % des Bruttomonatsgehaltes über eine durchschnittliche Laufzeit der Altersteilzeitverträge von 36 Monaten und einer Eintrittswahrscheinlichkeit von 32,3 % angesetzt. Die Rückstellung wurde nicht mit ihrem Barwert angesetzt, um mögliche Gehaltssteigerungen zu kompensieren, die bei der Berechnung der Rückstellung aus diesem Grund nicht berücksichtigt wurden.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Rückzahlungsbetrag angesetzt.

Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagenspiegel ersichtlich.

Es besteht darüber eine Beteiligung in Höhe von 11,1 % an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover. Das Geschäftsjahr 2007 der Körperschaft schließt mit einem Jahresüberschuss von T€ 139, das Eigenkapital am 31. Dezember 2007 beträgt T€ 167.

Des Weiteren werden unter Finanzanlagen zwei Geschäftsanteile an der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Höhe von T€ 3 ausgewiesen.

Die Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht, betreffen Gewinnansprüche aus der Beteiligung an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover.

Die sonstigen Vermögensgegenstände enthalten u.a. mit T€ 509 Beitragsforderungen, mit T€ 82 abgegrenzte Zinserträge, mit T€ 71 Ansprüche an Ärzte aus Berufsgerichtsverfahren, mit T€ 37 Forderungen aus Fortbildungsveranstaltungen, mit T€ 30 Forderungen der Ethik-Kommissionen sowie mit T€ 1 Forderungen aus dem Abwicklungsgesetz Reichsärztekammer, deren Restlaufzeiten ungewiss sind.

Auf die Wertpapiere des Umlaufvermögens wurden aufgrund gesunkener Stichtagskurse gemäß § 253 Abs. 3 Satz 1 HGB Abschreibungen von T€ 117 vorgenommen. Aufgrund gestiegener Kurse wurden gemäß § 280 Abs. 1 HGB Zuschreibungen von T€ 3 vorgenommen.

Die zweckgebundenen Mittel entfallen auf die „Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin“ (AKASU: T€ 87) und den Fonds „Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“ und „Geriatrische Forschung“ (T€ 70). Der Fehlbetragssaldo der AKASU für das Jahr 2006 in Höhe von T€ 30 wurde den Rücklagen der Körperschaft erfolgsneutral zugeführt und bei den zweckgebundenen Mitteln abgezogen.

Die sonstigen Rückstellungen betreffen u.a. mit T€ 403 die Rückstellungen für die Altersteilzeit, mit T€ 250 Rückstellungen mit Abfindungen, Prozess- und Gerichtskosten, mit T€ 321 Jubiläumsrückstellungen, mit T€ 209 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub, sowie mit T€ 90 Rückstellungen für Archivierung.

Von dem unter den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten ausgewiesenen Darlehen sind T€ 40 innerhalb eines Jahres (Vorjahr T€ 38) und T€ 181 zwischen einem und fünf Jahren fällig; T€ 2.609 (Vorjahr T€ 2.658) haben eine Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren. Das Darlehen ist besichert.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig. Für diese Verbindlichkeiten wurden keine Sicherheiten gestellt.

Im Zusammenhang mit dem Internatsneubau COS fielen zum Bilanzstichtag ein Bestellobligo in Höhe von T€ 2.231 an. Zum Zeitpunkt der Bilanzaufstellung waren alle beauftragten Leistungen bereits abgerechnet und bezahlt.

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen für das Jahr 2007 T€ 995 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2019. Zudem besteht eine finanzielle Verpflichtung aus einem Mietvertrag für die Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 30. Juni 2019 von T€ 556 p.a., die sich bis zum 1. Juli 2009 und 1. Juli 2014 um jeweils 5 % p.a. erhöht.

Die Kammerbeiträge (Erlöse) betreffen mit T€ 96 Vorjahre (2006: T€ 145).

Die sonstigen betrieblichen Erträge enthalten T€ 32 (2006: T€ 151) periodenfremde Erträge.

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen enthalten im Berichtsjahr periodenfremde Aufwendungen in Höhe von T€ 45 (Vorjahr T€ 23).

Sonstige Angaben

Während des Geschäftsjahrs 2007 waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung durchschnittlich 196 Arbeitnehmer (davon 58 Teilzeitkräfte) bei der Körperschaft beschäftigt.

Landesärztekammer Hessen

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2007 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

- Dr. med. Ursula Stüwe – Präsidentin – angestellte Ärztin
- Martin Leimbeck – Vizepräsident – niedergelassener Arzt
- Monika Buchalik – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin
- Dr. med. Siegmund Kalinski – Beisitzer – Arzt im Ruhestand
- Dr. med. Elmar Lindhorst – Beisitzer – angestellter Arzt
- Dr. med. Horst Löckermann – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Dip.-Chem. Paul Otto Nowak – Beisitzer – angestellter Arzt
- Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Frank-Rüdiger Zimmeck – Beisitzer – niedergelassener Arzt

Für ihre Tätigkeit im Rechnungsjahr 2007 erhielten die Präsidentin und der Vizepräsident Aufwandsentschädigungen in Höhe von insgesamt € 110.424,00.

An einen ehemaligen Präsidenten und an die Witwe eines verstorbenen ehemaligen Vizepräsidenten wurden im Jahr 2007 Übergangsgelder in

Höhe von € 36.487,80 gezahlt. Der Betrag, der für diese Person gebildeten Rückstellungen für laufende Übergangsgelder, beläuft sich zum 31. Dezember 2006 auf € 137.642,00.

Der Jahresabschluss wurde unter dem Aspekt der Gewinnverwendung, in Anlehnung an den Vorschlag des Präsidiums, aufgestellt. Der Jahresüberschuss wurde vollständig der Betriebsmittelrücklage zugeführt.

Frankfurt am Main, den 6. Juni 2008

Dr. med. Ursula Stüwe

Martin Leimbeck

Monika Buchalik

Dr. med. Siegmund Kalinski

Dr. med. Elmar Lindhorst

Dr. med. Horst Löckermann

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Frank-Rüdiger Zimmeck

Anlagenpiegel

	Bruttowerte					Bruttowerte					Nettowerte	
	Anschaffungs- oder Herstellungskosten					Abschreibungen						
	1.1.2007	Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	31.12.2007	1.1.2007	Zugänge	Abgänge	31.12.2007	31.12.2007	31.12.2006	
	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
Immaterielle Vermögensgegenstände EDV-Programme Geleistete Anzahlungen	1.085.448,10 83.404,98	60.784,81 0,00	82.185,26 -83.404,98	0,00 0,00	1.228.418,17 0,00	826.198,45 0,00	160.295,52 0,00	0,00 0,00	986.493,97 0,00	241.924,20 0,00	259.249,65 83.404,98	
	1.168.853,08	60.784,81	-1.219,72	0,00	1.228.418,17	826.198,45	160.295,52	0,00	986.493,97	241.924,20	342.654,63	
Sachanlagen Grundstücke und Bauten Broßstraße	1.252.315,06 8.531.169,72	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1.252.315,06 8.531.169,72	559.685,85 800.344,96	136.174,83 775.157,42	0,00 0,00	695.860,68 1.575.502,38	556.454,38 6.955.667,34	692.629,21 7.730.824,76	
Akademie	1.198.000,07	0,00	0,00	0,00	1.198.000,07	794.468,42	387.017,43	0,00	1.181.485,85	16.514,22	403.531,65	
Carl-Oleemann-Schule	226.505,86	0,00	0,00	0,00	226.505,86	0,00	0,00	0,00	0,00	226.505,86	226.505,86	
Berlin	999.513,32	0,00	0,00	0,00	999.513,32	41.846,29	15.692,36	0,00	57.538,65	941.974,67	957.667,03	
AKASU	303.343,85	0,00	0,00	0,00	303.343,85	85.698,47	13.425,31	0,00	99.123,78	204.220,07	217.645,38	
	12.510.847,88	0,00	0,00	0,00	12.510.847,88	2.282.043,99	1.327.467,35	0,00	3.609.511,34	8.901.336,54	10.228.803,89	
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung Landesärztekammer Verwaltung	658.637,93 940.521,14	40.291,10 31.606,55	0,00 0,00	402,12 46.551,02	698.526,91 925.576,67	455.679,25 777.558,46	74.780,56 95.725,83	402,12 46.551,02	530.057,69 826.733,27	168.469,22 98.843,40	202.958,68 162.962,68	
Zentrale EDV	275.812,56	19.096,09	1.219,72	0,00	296.128,37	268.617,71	12.081,04	0,00	280.698,75	15.429,62	7.194,85	
Carl-Oleemann-Schule	425.214,37	13.764,87	0,00	6.613,05	432.366,19	367.927,98	30.401,90	6.613,05	391.716,83	40.649,36	57.286,39	
Akademie	1.846.640,54	29.949,98	0,00	1.348,24	1.875.242,28	1.207.981,11	172.533,20	182,58	1.380.331,73	494.910,55	638.659,43	
Seminar	139.485,52	3.899,25	0,00	0,00	143.384,77	115.681,05	11.062,44	0,00	126.743,49	16.641,28	23.804,47	
Bezirksärztekammern	21.599,00	0,00	0,00	0,00	21.599,00	21.589,31	0,00	0,00	21.589,31	9,69	9,69	
AKASU												
	4.307.911,06	138.607,84	1.219,72	54.914,43	4.392.824,19	3.215.034,87	396.584,97	53.748,77	3.557.871,07	834.953,12	1.092.876,19	
Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau Gästehaus Carl-Oleemann	1.916.492,54	3.597.082,29	0,00	0,00	5.513.574,83	0,00	0,00	0,00	0,00	5.513.574,83	1.916.492,54	
Finanzanlagen Anteile an verbundenen Unternehmen Beteiligungen	587.985,66 4.579,74	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	587.985,66 4.579,74	587.985,66 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	587.985,66 0,00	0,00 4.579,74	0,00 4.579,74	
	592.565,40	0,00	0,00	0,00	592.565,40	587.985,66	0,00	0,00	587.985,66	4.579,74	4.579,74	
	20.496.669,96	3.796.474,94	0,00	54.914,43	24.238.230,47	6.911.262,97	1.884.347,84	53.748,77	8.741.862,04	15.496.368,43	13.585.406,99	

ANZEIGENSCHLUSS:

Mai-Ausgabe 6.4.2009

Juni-Ausgabe 5.5.2009

Lagebericht 2007

I. Allgemeine Informationen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 16. Oktober 2006 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 11. Dezember 2007, sind Organe der Kammer

- die Delegiertenversammlung sowie
- das Präsidium.

Der Sitz der Verwaltung befindet sich in Frankfurt am Main, Im Vogelgesang 3.

In Bad Nauheim befindet sich das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen. Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort ihre Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch.

Nach dem Abriss des alten Internates konnte das neue Gästehaus der „Carl-Oelemann-Schule“ nach gut einjähriger Bauzeit im März 2008 in Betrieb genommen werden.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt/Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen die dezentralen Aufgaben der Landesärztekammer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als nach dem Heilberufsgesetz teilrechtsfähige Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, Ärzten und ihren Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind.

Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und Versorgungswerk ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006, sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann zukünftig das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

II. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der **Mitgliederbestand** der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt:

	Stand 1.1.2007	Nettozugang 2007	Stand 31.12.2007
Mitgliederbestand (Quelle: Beitragsbuchhaltung) Pflichtmitglieder	22.891	+ 195	23.086
Freiwillige Mitglieder	2.748	- 19	2.792
Beitragsfreie Mitglieder	3.274	+ 322	3.596
Gesamt	28.913	+ 498	29.411

Das Beitragsaufkommen 2007 lag unter Berücksichtigung einer unveränderten Beitragstabelle mit T€ 12.833 um T€ 105 über dem Vergleichswert des Vorjahrs. Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein periodenfremder Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 95 (Vorjahr T€ 145) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 25. November 2006 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsvorschlag 2007 umfasst – neben der Stellenübersicht – einen Investitionshaushalt von T€ 2.108 und einen ausgeglichenen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale und Finanzerträge) von T€ 19.073 und Aufwendungen (einschließlich Neutrale und Finanzaufwendungen) von T€ 19.073. Tatsächlich konnte ein Jahresüberschuss von T€ 1.821 erwirtschaftet werden.

Positive Plan-/Ist-Abweichungen in folgenden Positionen haben zum Jahresüberschuss geführt:

- Erträge aus Kammerbeitrag und übrige Erträge (ohne neutrale Positionen)
- Abschreibungen
- Sonstige Aufwendungen
- Finanzergebnis

Dem stehen folgende (geringere) negative Plan-/Ist-Abweichungen gegenüber:

- Personalkosten: durch die Zuführung Pensionsrückstellungen
- Neutrales Ergebnis: durch die Auflösung von Rückstellungen bei gleichzeitiger Buchung einer Sonderabschreibung auf Gebäude durch Anpassung der gewöhnlichen Nutzungsdauer.

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 1.688 überschritten. Dies ist im Wesentlichen auf den Projektverlauf „Neuaufbau Gästehaus“ und dessen Darstellung im Haushaltsplan zurückzuführen. Zum einen handelt es sich um eine zeitliche Phasenverschiebung innerhalb des Projektablaufs, zum anderen wurden im Gegensatz zum Plan im Ist die gesamten Projektkosten und nicht nur der Eigenanteil erfasst. Die Fördermittelanteile werden bilanziell separat ausgewiesen. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die projektierte Gesamtinvestitionssumme von T€ 8.500 nicht überschritten werden wird.

Die Bilanzsumme hat sich gegenüber dem Vorjahr um T€ 2.336 erhöht. Dies resultiert aus Veränderungen in folgenden Bilanzpositionen im Vergleich zum Vorjahr.

Aktivseite:

- Aktivierung des Gästehauses als Anlagen im Bau
- Erhöhung der flüssigen Mittel durch den Abbau von Forderungen und den Zufluss von Fördermitteln

Passivseite:

- Erhöhung der Rücklagen durch den Jahresüberschuss
- Bildung des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse
- Erhöhung der Pensionsrückstellungen
- Auflösung sonstiger Rückstellungen
- Erhöhung der Verbindlichkeiten durch zum Bilanzstichtag noch nicht gezahlte Lieferantenrechnungen des Bauprojektes.

Durch den Jahresüberschuss des Berichtsjahrs von T€ 1.821 und unter Berücksichtigung einer Entnahme aus den zweckgebundenen Mitteln (Zuschussbetrag der AKASU von T€ 30) erhöhten sich die Rücklagen auf T€ 15.599, davon betreffen T€ 3.500 die im Vorjahr gebildete Investitionsrücklage. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt sein soll (Haushaltsansatz 2008: T€ 20.910, d.h. für sechs Monate = T€ 10.455).

Landesärztekammer Hessen

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 15.496 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 28.344 (Rücklagen und Pensionsrückstellungen) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad beträgt 182 %.

Investitionen/Neuaufbau des Internats der Carl-Oleemann-Schule

Auf ihrer außerordentlichen Delegiertenversammlung am 5. Juli 2006 haben sich die Delegierten der Landesärztekammer Hessen mit klarer Mehrheit für den Neuaufbau des Internats der Carl-Oleemann-Schule in Bad Nauheim entschieden. Die Projektkosten für den Neuaufbau, einschließlich Abriss der alten Bausubstanz, belaufen sich auf 8,5 Mio. €. Davon entfallen auf das Land 2,2 Mio. € und auf den Bund 2,8 Mio. €. Die Kammer selbst muss einen Betrag von 3,5 Mio. € aufbringen. Die Bindefrist der Fördermittel beträgt 25 Jahre. Eine Sanierung des Gebäudes hätte Kosten in Höhe von ca. 3,9 Mio. € verursacht, die die Kammer ausschließlich aus eigenen Mitteln hätte aufbringen müssen. Auch ein Betriebskostenvergleich „Sanierung oder Neuaufbau“ wäre nach der Berechnung der Bauexperten zugunsten eines Neubaus ausgefallen.

Im August 2006 gingen die Förderbescheide ein, so dass die Planungen für den Neuaufbau fortgesetzt werden konnten. Im November 2006 begannen die Bauarbeiten mit dem Abriss des alten Gebäudes. Die Inbetriebnahme erfolgte im März 2008. Somit hat sich der geplante Fertigstellungstermin um drei Monate verschoben. Zum Zeitpunkt der Bilanzerstellung kann davon ausgegangen werden, dass die geplanten Projektkosten leicht unterschritten werden. Die Fördermittel sind planmäßig geflossen. Der Fördermittelnachweis soll im 3. Quartal 2008 eingereicht werden. Damit gilt dann das Projekt als abgeschlossen.

Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 22. November 2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung ist zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.

Neben dem Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“ sowie der Fonds „Allgemeinmedizin“ der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Die Vermögenswerte der Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz werden ebenfalls berücksichtigt.

Personalbericht

Für die Belegschaft war das Geschäftsjahr 2007 geprägt von den Maßnahmen und Begleiterscheinungen zu den zum Jahresbeginn eingeführten neuen Arbeitsvertragsbedingungen. So fanden im ersten Quartal 2007 erstmals von allen Vorgesetzten mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Fördergespräche statt. Als Ergebnis daraus wurden ab dem 1. April individuelle Leistungszulagen gezahlt, die im Durchschnitt 6 % der monatlichen Grundvergütung ausmachen. Das Angebot zu neuen Arbeitsvertragsbedingungen wurde von ca. 75 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angenommen.

Eine in der Zeit vom 18. Juni 2007 bis 25. Juni 2007 durchgeführte Lohnsteuerprüfung für den Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis zum 31. Mai 2007 führte zu keinen nennenswerten Beanstandungen (insgesamt kleiner als

T€ 10). Sie löste jedoch aus, dass die bisher auf Basis der noch ungeklärten Rechtslage vorgenommenen Fahrtkostenbeteiligungen umzustellen waren. Daher wurde der Sozialleistungskatalog überarbeitet, auf neue rechtliche Bedingungen ausgerichtet und mit dem Jahreswechsel umgesetzt. Auch die Dienstvereinbarung über die betriebliche Altersversorgung wurde in einigen Punkten geändert und an neue gesetzliche Rahmenbedingungen angepasst (Renteneintrittsalter stufenweise auf 67 Jahre erhöht). Das auf Basis dieser neuen Dienstvereinbarung wiederum von der Firma Mercer Human Resource Consulting in Frankfurt erstellte versicherungs-mathematische Gutachten weist aufgrund dieser Umstellung eine Sonderbelastung nach Saldierung von gegenläufigen Effekten von T€ 644 aus. Diese ist in den Pensionsrückstellungen berücksichtigt.

III. Liquiditäts-, Kredit- und Einnahme-Risiken

Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurzfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen. Die Liquidität 1. Grades beträgt 239,2 %

Kreditrisiko

Die einzige Verpflichtung der Kammer besteht in einem Darlehen bei der Apotheker- und Ärztebank, das im Rahmen der Finanzierung des Neubaus Seminargebäude in Bad Nauheim aufgenommen wurde, planmäßig verzinst und getilgt wird.

Einnahmerisiko

Zur Wahrnehmung der Kammeraufgaben werden in der Beitragsordnung gemäß dem Heilberufsgesetz (§§ 8+10) kostendeckende Beiträge erhoben, wodurch ein Einnahmerisiko nicht entstehen kann.

IV. Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung

Vertrauensstelle nach dem Hessischen Krebsregistergesetz vom 17. Dezember 2001

Der Hessische Landtag hat am 17. Dezember 2001 eine neue Fassung des Krebsregistergesetzes verabschiedet. Das Hessische Krebsregistergesetz vom 31. Oktober 1998, geändert durch das Gesetz vom 27. Dezember 1999, wurde aufgehoben. Das neue Hessische Krebsregistergesetz ist mit Wirkung vom 22. Dezember 2001 in Kraft getreten. Es verliert mit Ablauf des 31. Dezember 2011 seine Wirkung. Die Landesärztekammer Hessen geht davon aus, dass dieser Vertrag im Anschluss verlängert wird und keine Risiken für sie entstehen werden. In § 2 des Gesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet wird. § 13 regelt die Kostenfrage. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Sozialministerium in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten.

Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle für die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen in einem Vertragsverhältnis mit der Landesärztekammer Hessen, das auf die jeweilige Laufzeit des Gesetzes befristet ist. Mit Schreiben vom September 2002 teilt das Hessische Sozialministerium mit, dass die nach

der Dienstvereinbarung über Soziale Leistungen bei der Landesärztekammer Hessen vorgesehenen Leistungen und der Anspruch auf betriebliche Altersversorgung auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregistergesetzes Gültigkeit besitzen. Seit Mai 2002 befindet sich die Vertrauensstelle in angemieteten Räumen in Frankfurt am Main, Im Vogelsgesang 2.

Die Jahresrechnung für die Vertrauensstelle für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007 wurde am 20. Mai 2008 dem Hessischen Sozialministerium übersandt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 734 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres als Raten gezahlte Summe von T€ 780,0 ergab sich ein Rückerstattungsbetrag T€ 39,2 aus 2007. Die Zahlung erfolgte mit Versand der Jahresrechnung.

Vermögensverwaltungs- und Betreuungsvertrag mit der PEH Wertpapier AG in Oberursel vom 3. Dezember 2003

Der Vermögensverwaltungsvertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine Kündigung kann jederzeit ohne Einhaltung einer Frist von beiden Seiten schriftlich erfolgen.

Die verwalteten Vermögenswerte in Höhe von T€ 5.936 per 31. Dezember 2007 werden unverändert bei der UBS Private Banking Deutschland AG verwaltet bzw. die Geschäfte über das Depot-Konto abgewickelt. Die PEH Wertpapier AG wird von den auf dem Konto befindlichen Geldern Vermögenswerte anlegen, die sich im Rahmen der gewählten Anlagestrategie bewegen. Die Anlage der anvertrauten Vermögenswerte kann in allen börsennotierten Anlageformen wie Aktien, Anleihen, Investmentfonds, Genuss-Scheinen oder Wandelanleihen und Optionsanleihen erfolgen. Alle Vermögenswerte werden bei der Erstanlage von Geldern sowie bei Umschichtungen innerhalb des Depots zu den jeweiligen Einstandskonditionen der UBS Wealth Management AG zuzüglich der Transaktionsgebühren erworben.

Die PEH Wertpapier AG verpflichtet sich, die Vermögenswerte nach bestem Wissen und Gewissen ausschließlich im Interesse des Anlegers zu verwalten. Dabei ist sie an die Anlagerichtlinien gebunden. Die PEH Wertpapier AG nimmt die Verwaltung der Vermögenswerte des Anlegers mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns vor und haftet dem Anleger gegenüber für die getreue und sorgfältige Ausführung der ihr übertragenen Geschäfte. Die Haftung der PEH Wertpapier AG und ihrer Angestellten für alle Handlungen und Unterlassung im Zusammenhang mit diesem Vermögensverwaltungsvertrag beschränkt sich grundsätzlich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit, es sei denn, es werden vertragswesentliche Pflichten verletzt. Wertpapiere unterliegen Kursschwankungen. Vermögensverluste können nicht ausgeschlossen werden. Chancen und Risiken trägt in voller Höhe der Anleger.

Das Präsidium hat im Jahr 2006 beschlossen, den Empfehlungen der PEH Wertpapier AG zu folgen, und folgende Strategie der Vermögensanlage umzusetzen: Erhöhung der Aktienquote auf max. 25% (vormals 20%), davon bis max. 5% des Gesamt-Portfolios Aktien Asien/Japan, bis max. 5% des Gesamt-Portfolios Rohstoffwerte, jeweils zu Lasten der Euro-Renten.

Räumlichkeiten für die Zentrale der Landesärztekammer Hessen und der Bezirksärztekammer Frankfurt, Im Vogelsgesang 3

Mit Datum 31. März 2004 wurde ein neuer Mietvertrag mit einer Laufzeit von 15 Jahren für den Zeitraum vom 1. Juli 2004 bis 30. Juni 2019 abge-

schlossen. Risiken aus der Anmietung der Räumlichkeiten sind nicht ersichtlich. Notwendige Instandhaltungsmaßnahmen trägt der Vermieter.

Liegenschaft Broßstraße 6, Frankfurt/Main

Das im Besitz der Landesärztekammer befindliche Gebäude in der Broßstraße 6 in Frankfurt/Main ist seit 16. Juli 2004 an den bisherigen Mieter, die Sozietät Grützmacher, Gravert & Partner weitervermietet. Aus der Vermietung ergeben sich keine außergewöhnlichen Risiken.

Ethik-Kommission

Nach §15 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist der Arzt verpflichtet, sich vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen und epidemiologischen Forschungsvorhaben durch eine bei der Ärztekammer oder bei einem Medizinischen Fachbereich gebildete Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten zu lassen. Durch das Inkrafttreten der 12. AMG-Novelle und der diese ergänzende Rechtsverordnung im August 2004, die europäisches Recht umsetzen, hat sich das Verfahren der Bearbeitung von Arzneimittelstudien für die Ethik-Kommissionen grundlegend verändert. Die Ethik-Kommissionen, die sich bisher als beratende Instanz verstanden haben, werden durch die neuen Regelungen zu Genehmigungsbehörden, die Verwaltungsakte erlassen.

Auf Grund des damit verbundenen nicht unerheblichen Haftungsrisikos konnte in Verhandlungen mit dem Land Hessen erreicht werden, dass eine Regelung über die Haftungsfreistellung für auftretende Schäden im Zusammenhang mit Tätigkeiten in der Ethik-Kommission in das Gesetz aufgenommen wurde (siehe § 6 a Absatz (4) des Heilberufsgesetzes). Dieses Gesetz ist am 20. Oktober 2007 in Kraft getreten. Die satzungrechtlichen Umsetzungen durch die Landesärztekammer Hessen sind ebenso wie die zusätzlich vorzunehmenden vertraglichen Vereinbarungen mit dem Land Hessen erfolgt. Zwischenzeitlich liegt auch die Bestätigung des Hessischen Sozialministeriums vor, dass die vom Land Hessen in den vertraglichen Vereinbarungen geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllt werden.

Hessisches Ärzteblatt

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat den Vertrag zur Herausgabe, Herstellung und Versand des Hessischen Ärzteblattes zum 31. Dezember 2007 gekündigt. Somit ist die Landesärztekammer Hessen ab 2008 die alleinige Herausgeberin des Hessischen Ärzteblattes. Durch den Wegfall der anteiligen Kostenbeteiligung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wird sich der Zuschussbedarf des Teilhaushaltes „Hessisches Ärzteblatt“ erhöhen. Erforderliche Anpassungsmaßnahmen mit dem Ziel, diesen Ertragsausfall zu kompensieren, werden umgesetzt.

Steuern

Mit Schreiben vom 11. Dezember 2006 stellte das Finanzamt Frankfurt am Main III fest, dass im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer umsatzsteuerrelevante Tatbestände vorlagen, die sich aus den Umsatzsteuererklärungen ergeben hatten. Es handelt sich dabei um das so genannte Drittaktenengeschäft, das (im geringen Umfang) in der Vermietung von Seminarräumen und des Caterings besteht. Diese Betätigungen begründen nach § 2 Abs. 3 UstG eine Umsatzsteuerpflicht bzw. einen Betrieb gewerblicher Art. Eine Steuererklärung für das Jahr 2006 wurde am 8. November 2007 erstellt. Aufgrund eines ausgewiesenen Verlustes wurde keine Steuerzahlung fällig.

Landesärztekammer Hessen

In der Vergangenheit haben die Herausgeber des Hessischen Ärzteblattes keine steuerlichen Erklärungen abgegeben. Angesichts des Umstandes, dass jedoch steuerlich relevante Tatsachen hätten erklärt werden müssen, (bisher hat sich auf Finanzverwaltungsebene noch keine eindeutige Rechtsauffassung gebildet) ist man nach intensiver Beratung in den Gremien den Empfehlungen des Steuerberaters gefolgt, für die Jahre 2005 und 2006 Steuererklärungen abzugeben, um die Unterbrechung der Verzinsung zu erreichen. Mit Schreiben vom 26. Februar 2008 wurden die Steuererklärungen an das Finanzamt versandt. Aufgrund der unklaren Rechtslage wurden gegen die Steuerbescheide Einsprüche eingelegt. Für die im März 2008 gezahlte Umsatzsteuer wurden im Jahresabschluss 2007 entsprechende Rückstellungen gebildet.

Elektronischer Heilberufsausweis

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 24. November 2007 hat die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erneut abgelehnt. Demzufolge soll der künftige Arztausweis im Scheckkartenformat entweder nur als Sichtausweis dienen oder in einer zweiten Variante zusätzlich mit einer qualifizierten Signatur ausgestattet werden. Von einer Kompatibilität zur elektronischen Gesundheitskarte wird derzeit abgesehen. Es ist beabsichtigt, die Kosten für die elektronische Variante durch die Erhebung von Gebühren zu finanzieren, so dass sich für die Landesärztekammer keine finanziellen Risiken ergeben. Noch nicht geklärt ist, ob das nach dem Signaturgesetz notwendige Identverfahren nur durch

externe Anbieter erfolgen soll, oder ob die Landesärztekammer selbst diese Dienstleistung an einem oder mehreren Standorten anbietet.

Voraussichtliche Entwicklung

Nach den bisher vorliegenden Zahlen des 1. Halbjahres 2008 kann mit einem ausgeglichenen Ergebnis gerechnet werden. Der Haushaltsplan 2008 geht einem leicht negativen Ergebnis aus.

Risikomanagement

Ein Risikomanagement befindet sich im Aufbau. In der zweiten Hälfte 2008 soll mit der Erarbeitung eines Projektplans begonnen werden. Bestandsgefährdende Risiken sind für die Landesärztekammer nicht erkennbar.

V. Ereignisse nach dem Bilanzstichtag

Aufgrund einer Beschwerde eines Wettbewerbers prüft das Bundeskartellamt, inwieweit alle Landesärztekammern, also auch die Körperschaft durch die Anerkennung von kostenlosen Fortbildungen gewerblicher Anbieter, vor allem von Pharmaunternehmen, gegen das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen verstößt.

Weiterhin wird überprüft, ob die Landesärztekammern die Vorgaben des § 95 d SGB V einhalten. Das Verfahren ist offen, wobei eine Untersagungsverfügung durch das Bundeskartellamt möglich aber bisher nicht erfolgt ist.

Erfolgreiche Fortbildung „Klinikassistent“ an der Carl-Oleemann-Schule

Neuer Lehrgang auch im Fortbildungsjahr 2009

Nach einem erfolgreichen Kolloquium konnten am 24. Januar acht Teilnehmerinnen der Qualifizierung „Klinikassistent“ ihr Zertifikat entgegennehmen. Zwei der Absolventinnen haben mit dem Erwerb des Zertifikates gleichzeitig den Nachweis für den Wahlteil zur Aufstiegsfortbildung Arztfachhelferin erworben und erhalten daher ihren Arztfachhelferinnen-Brief.

Mit der erfolgreichen Teilnahme am Qualifizierungslehrgang „Klinikassistent“ haben die Teilnehmerinnen ihre Kompetenz bewiesen, Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus von zeitaufwändigen administrativen und verwaltungsorganisatorischen Aufgaben zu entlasten. Für diesen Nachweis hatten die angehenden „Klinikassistentinnen“ ab 7. November 2008 mit Engagement und Freude an sechs Wochenenden mit den Fachleuten aus Kliniken und Krankenhäusern die anspruchvollen Lerninhalte erarbeitet. Diese werden in der Carl-Oleemann-Schule in Theoriestunden vermittelt, die mit praktischen Trainingseinheiten (z.B. Kodierübungen mit Softwareanwendung) kombiniert sind. Die Trainingseinheiten werden durch eine strukturierte Praktikumsphase im Krankenhaus ergänzt.

Mit dem Bildungsangebot „Klinikassistent“ unterstützt die Landesärztekammer Hessen die im Krankenhaus tätigen Ärzte. Delegierbare Tätigkeiten können durch diese Fachkräfte



Foto: Cornelia Becker

(Arzthelper/innen/Medizinische Fachangestellte) übernommen werden.

Auch im Fortbildungsprogramm 2009 bietet die Carl-Oleemann-Schule die Fortbildung „Klinikassistent“ an. Nähere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie von Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, E-Mail: monika.kinscher@laekh.de

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	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Weiterstadt	Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde (Gemeinschaftspraxisanteil)
Groß-Umstadt	Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (überörtlicher Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Raunheim	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gemeinschaftspraxisanteil)
Bischofsheim	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

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.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
Frankfurt/M.	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Vertragsarztsitz)
-----------------	--

Kronberg

Hochtaunuskreis

Frauenärztin/Frauenarzt

Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.	Frauenärztin/Frauenarzt
Offenbach/M.	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rodgau-Dudenhofen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------------	--

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Main-Kinzig-Kreis	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Vertragsarztsitz)
Main-Kinzig-Kreis	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Vertragsarztsitz)

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 Landkreis Gießen

Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Praxisanteil)
Gießen	Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Gemeinschaftspraxisanteil)
Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Praxisanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Greifenstein	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –
Herborn	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –
Wetzlar	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld Fachärztin/Facharzt für Radiologie

Planungsbereich Wetteraukreis

Büdingen Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Hälftiger Praxisanteil)

Bad Nauheim Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Bad Vilbel Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Gemeinschaftspraxisanteil, Hälftiger Praxisanteil)

Nidda Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bad Vilbel Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Hälftiger Praxisanteil)

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Marburg Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Marburg Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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 Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie

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.

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Kassel Anästhesistin/Anästhesist
Kassel Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Großalmerode Anästhesistin/Anästhesist

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.

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.