

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

1 | 2010

Januar 2010

71. Jahrgang



- Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen „Gemeinsam sind wir stärker“
- 3. Hessischer Heilberufetag
- Zertifizierte Fortbildung: PET/CT in der Onkologie, Kardiologie und Neurologie
- „Zukunft der konservativen orthopädischen Versorgung“
- Traumaversorgung und Luftrettung
- Änderung der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der LÄK Hessen beschlossen

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.
Fon: 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: Frank-Rüdiger Zimmeck
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-Gerhard Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 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
Fon: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-v-a.de
E-Mail: lk@l-v-a.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Fon: 0341 710039-92
E-Mail: lk@l-v-a.de

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 115,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 115,00 € zzgl. Versand. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

4

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen,
Teil 9: Weidengewächse

5

3. Hessischer Heilberufetag

6

Landesärztekammer Hessen

Gemeinsam sind wir stärker:

Delegiertenversammlung der LÄK Hessen am 28.11.2009

7

Auch der zweite Informationsabend der Bezirksärztekammer Frankfurt
stößt auf positive Resonanz

13

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung: PET/CT in der Onkologie, Kardiologie und Neurologie

14

Medizinisches Zahlenrätsel

24

Fortbildung

„Zukunft der konservativen orthopädischen Versorgung“
Traumaversorgung und Luftrettung

25

27

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

31

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

37

Fortbildung

Sicherer Verordnen

39

Arzt- und Kassenarztrecht

Honoraranspruch bei Behandlungsfehler?

40

Mit meinen Augen

2010 – alte und neue Probleme im Zeichen der Krise

41

Satire

Das lohnt sich im Neuen Jahr!

42

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

43

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

44

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

58

Bücher

57

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)

mein heutiges Editorial möchte ich mit einem Zitat beginnen: „**Man kann sich des Ein-druckes nicht erwehren, dass Patienten-rechte weniger durch sorglos handelnde Ärzte verkürzt werden, als durch eine Ge-sundheitspolitik, die**

sich weigert sich des Problems der zunehmenden Ressourcenknappheit anzunehmen und dafür Lösungen zu erarbeiten.“ (Professor Dr. iur. Christian Katzenmeier, Köln, auf dem 112. Deutschen Ärztetag).

Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt ist etwas Besonderes. In der Regel wenden sich Patienten an Ärzte in einer Situation, in der sie sich hilfsbedürftig fühlen. Sie vertrauen sich der Ärztin oder dem Arzt an. Dies bedeutet, dass sie sich dem Behandler mit einem Vertrauensvorschuss öffnen und sich damit zugleich verletzbar machen. Aus Jahrhunderte langer Tradition haben die Angehörigen von Heilberufen deswegen auch einen besonderen Status inne, der sie unabhängig und frei von Weisungen anderer in der Berufsausübung, in der Erhaltung der Kompetenz und in der Regelung von Standesangelegenheiten stellt. Durch diese Unabhängigkeit wird ein Schutzmechanismus für das Patienten-Arzt-Verhältnis wirksam. In der Folge sollen sich die Patienten selbstverständlich darauf verlassen können, dass ihr Anliegen bei den Ärzten sicher aufgehoben ist und kompetent gelöst wird. Die Berufsordnung misst daher dem Patientenschutz eine besondere Bedeutung bei.

In der letzten Legislaturperiode sahen sich einige Politiker veranlasst, besondere Gesetze zur Regelung des Patientenschutzes anzudenken. Es darf die kritische Frage gestellt werden, ob dies wirklich zu einem Schutz des Patienten/der Patienten führt. Die Erfahrung zeigt, dass alle das Arzt-Pa-

tienten-Verhältnis betreffenden Maßnahmen der letzten Jahre im Gesundheitswesen mehr Regulierung und Einengung nach sich gezogen haben. Bevormundung, Regulierung, Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Unfreiheit bereiten den Weg, auf dem Fehlerquellen entstehen. Damit wird ein „Circulus vitiosus“ ausgelöst. Fehlerzunahme führt zu Misstrauen und ruft neue Regelungen hervor, die den Druck erhöhen und auf diese Weise wiederum das Risiko einer Fehlerentstehung in sich bergen. Es handelt sich dann nicht um Fehler einer einzelnen Person, sondern um das Endergebnis einer langen Kette von gestörten Beziehungsgeflechten.

Zum Schutz des Patienten ist Fehlervermeidung ein gegebenes Gebot. Es kann letztlich nur erfüllt werden durch eine Analyse der Fehlerentstehung und die Behebung der Ursachen. Dazu trägt die der Berufsausübung voraus gehende Ausbildung bei, sowie die Weiterbildung und der berufs begleitende Kompetenzerhalt durch stete Fortbildung. Störfaktoren und Fehlerquellen sind Arbeitsüberlastung sowie von der eigentlichen Arbeit ablenkende bürokratische Maßnahmen. Der Versuch, die dadurch entstehenden Fehler mit neuen Gesetzen und Regelungen zu beseitigen, ist die Behandlung von Symptomen und nicht der Ursache. Wie Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, auf dem 112. Ärztetag formulierte, „haben Patienten Anspruch auf eine Patienten ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Rationierung und Checklistenmedizin verschlechtern die Patienten zentrierte Versorgung“. In einem anderen Zusammenhang äußerte Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe: „Versicherungsrechte und Wirtschaftlichkeitsgebot haben dort ihre Grenzen, wo der Heilauftrag des Arztes zum Nachteil des Patienten limitiert wird“.

Deshalb ist zu fordern, dass die Ausübung des Arztberufes zum Schutz der Patienten

von unnötigem Ballast befreit wird, denn nur so lässt sich die Voraussetzung umsetzen, die Professor Hoppe darstellt: „die in eigener Autonomie entwickelte Professionalität der Ärzte enthält eine emanzipatorische Option zum Schutz der Patienten und ist damit Garant der Patientenrechte“. In der unbelasteten, vertrauensvollen Patienten-Arzt-Beziehung sind demnach auch die Rechte der Patienten wichtig, die geachtet werden müssen. In einer Situation, die den Verteilungskampf verschärft, ist auch die Freiheit des Patienten gefährdet. Nach dem Verständnis im Deutschen Gesundheitssystem sind für den Patienten freie Arztwahl und freie Klinikwahl ein unverzichtbares Recht. Beschneidung der Freiheit führt zum Vertrauensverlust in jeder Richtung. Zu den Patientenrechten gehört auch die unbelastete Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Deswegen ist es zwingend geboten, Ärztinnen und Ärzte aus der Gruppe derjenigen herauszunehmen, die von der Polizei zur Gefahrenabwehr abgehört werden dürfen. Im Unterschied zu unserem Berufsstand sind aus dem Gesetzentwurf des hessischen Sicherheits- und Ordnungsgesetzes Journalisten und Anwälte wohl herausgenommen worden. Offensichtlich gilt der Vertrauensschutz für die Arzt-Patienten-Beziehung nicht. Ist der Arzt gefährlich für das Gemeinwesen? Gefährlicher als beispielsweise ein Anwalt oder Journalist? Wir fordern den Gesetzgeber unmissverständlich auf, dem genuinen unverzichtbaren Vertrauensschutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses Rechnung zu tragen und Patienten die Sicherheit zu geben, dass sie sich ohne Abhör-Gefahr an ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte wenden können. Auch dies trägt dem Integritätsschutz, der Patientenautonomie und der Selbstbestimmung der Patienten Rechnung.

Die Vorstellungen und Absichten, die die neue Bundesregierung geäußert hat, haben zumindest Hoffnung auf eine positive Ent-

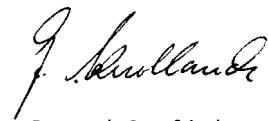
wicklung für Patienten und Ärzte im Sinne der Patienten aufkeimen lassen. Als Voraussetzung für eine Verbesserung der Situation fordert der hessische Staatsminister Jürgen Banzer, dass die „Gesundheitsreformitis“ aufhören und die in den letzten Jahren entstandene Misstrauenskultur gegenüber Ärzten ein Ende haben müsse. Ein funktionierendes Gesundheitswesen und zufriedene Ärztinnen und Ärzte sieht er als Rückgrat der Gesellschaft. Für ihn ist es unabdingbar, dass die beruflichen Rahmenbedingungen verbessert werden müssen, damit sich „auch junge Menschen wieder

für den ärztlichen Beruf und die Berufsausübung entscheiden können.“

Gehen wir mit der Zuversicht in das neue Jahr, dass wir gemeinsam mit allen uns zur Verfügung stehenden Kräften dazu beitragen können, dass das Herumkurieren an Symptomen aufhört und wir wieder zu den Wurzeln kommen, die uns unseren Beruf mit Freude und Elan ausüben lassen. Dann werden sich Patientinnen und Patienten auch weiterhin auf ein vertrautes, ihnen zugewandtes Arzt-Patienten-Verhältnis verlassen können.

Damit wünsche ich Ihnen und Ihren Familienangehörigen, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ihrem beruflichen Umfeld und in der Landesärztekammer Hessen ein gesundes, erfolgreiches Neues Jahr 2010.

Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach, Präsident

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 9: Weidengewächse (Salicaceae) Alexander H. Jakob



Trauerweide (*Salix alba tristis*)

In Hessen kommen zahlreiche Weidenarten vor, die für den Laien schwer voneinander zu unterscheiden sind, was insbesondere auch dadurch erschwert wird, das Insekten durch die ungezielt erfolgende Bestäubung für eine Entstehung von weiteren Mischformen sorgen. Die Weiden haben seit langem in der Volksmedizin, aber auch durch ihre langen und biegsamen Zweige für Flechtwaren im Handwerk ihren Einsatz gefunden. Bereits in der Antike wusste man über die Bedeutung der in der Rinde der Weide ent-

haltenen Bitterstoffe, die auch von Hippokrates und Galen bei fieberhaften Erkrankungen angewandt wurden. Ab dem 19. Jahrhundert erfolgte dann die gezielte Gewinnung dieser Salicylate aus der Weidenrinde, aber auch aus den Blättern der Silberweide. Erhebliche Nebenwirkungen der Salicylate schränkten bereits damals die Verwendung ein und führten dazu, dass der Vater des Chemikers Felix Hoffmann seinen Sohn um ein verträglicheres Arzneimittel bat. Felix Hoffmann war in den Diensten der Farbenfabriken Friedrich Bayer zu Elberfeld, die dann 1899 die Acetylsalicylsäure, deren Synthetisierung bereits im Vorfeld aus anderen Gründen erfolgt war, auf den Markt brachte, welche bis heute in der Therapie von Schmerzen, Fieber und rheumatischen Erkrankungen eine weltweite dominierende Rolle spielt. Das in der Weidenrinde junger Zweige enthaltene Salicin, ein Phenolglykosid, und andere Derivate des Salizylalkohols sind als Pro-drugs zu werten, die in der Leber

zur Salizylsäure verstoffwechselt werden.

Überlieferte Teezubereitungen sind aufgrund ihrer schlechten Standardisierbarkeit nicht zu empfehlen, aber es gibt standardisierte Weidenrindenextrakt-Monopräparate, die für rheumatische Beschwerden und Cephalgien zugelassen sind, wobei bei Weidenrindenextrakten die auch für die Acetylsalicylsäure bekannten Neben- und Wechselwirkungen, aber auch Gegenanzeigen zu beachten sind. Das Nebenwirkungsprofil scheint aber aufgrund des Pro-drug-Prinzips insbesondere für den Magen günstiger zu sein.

Anschrift des Verfassers

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

3. Hessischer Heilberufetag



Heilen braucht Vertrauen und Verantwortung

Für ein geschütztes Verhältnis
zwischen Patient und Therapeut

17. März 2010 | 15:00 Uhr

Wiesbadener Casino-Gesellschaft

Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

Grußwort:

Jürgen Banzer

Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit

Referenten:

Gerhart Baum

Bundesminister a. D.

Volker Bouffier

Hessischer Minister des Innern und für Sport

**Wir laden Sie herzlich ein:
Diskutieren Sie mit!**

Eintritt frei!

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen • Kassenärztliche Vereinigung Hessen • Landes Zahnärztekammer Hessen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen • Landesapothekerkammer Hessen • Landeskammer für
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen
Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen, Katja Möhrle, Tel.: 069 97672-188

„Gemeinsam sind wir stärker“

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer am 28. November 2009

So besinnlich der geschmückte Tannenbaum vor der Saaltür und die Lebkuchen auf den Plätzchentellern auch anmuten mochten – von vorweihnachtlicher Stimmung war auf der Delegiertenversammlung am ersten Adventwochenende im November wenig zu spüren. Eine umfangreiche Tagesordnung mit einer Vielzahl von Themen stand auf dem Programm. Hinzu kamen Tagesordnungspunkte, vor allem Anträge und Diskussion zum Bericht des Präsidenten, die auf der Delegiertenversammlung im Frühjahr 2009 nicht mehr hatten behandelt werden können. Um ausreichend Zeit für die – als Grundlage der Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung im Jahr 2010 notwendigen – Beschlussfassungen zu Haushalt von Kammer und Versorgungswerk zur Verfügung zu haben, wurde der Programmablauf während der Sitzung zweimal geändert. Dass auch die Abstimmung dieser Änderungsanträge Zeit kostete, nahmen die Delegierten dabei in Kauf.

Vertrauen durch Transparenz

Seinen November-Bericht zur Lage hatte Landesärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach in einen gesundheitspolitischen und einen Kammer-internen Teil untergliedert. „Die Gesundheitspolitik ist zu den Menschen nicht aufrichtig“, stellte von Knoblauch mit Rückblick auf die vergangenen Monate fest. Die Politik habe eine Versorgung versprochen, die unter den Vorgaben – u.a. unerträgliche Budgetzwänge im Bereich der Vertragsärzte und im Krankenhaus, unzureichende generelle und finanzielle Anerkennung der ärztlichen Leistung – nicht geleistet werden könne. Im Wahlkampf seien die Angriffe auf Ärztinnen und Ärzte willkommene Ersatzkampfplätze gewesen, um von Problemen der Gesundheitspolitik abzulenken. Verallgemeinernde Vorwürfe von Korruption und Bestechlichkeit hätten



Dr. v. Knoblauch dankt Dr. Löschhorn für sein langjähriges Engagement als Vorsitzender des Finanzausschusses
Foto: Monika Buchalik

das Misstrauen in die Ärzteschaft geschürt. Von Knoblauch unterstrich, dass die Landesärztekammer mehrfach Stellung genommen habe: „Wir müssen das Vertrauen durch Herstellung bestmöglicher Transparenz zurückgewinnen.“

Clearingverfahren in Hessen

Der Ärztekammerpräsident erwähnte in diesem Zusammenhang auch die bislang nicht belegten Vorwürfe, Krankenhäuser würden in unzulässiger Weise Zuweisepremien an niedergelassene Ärzte zahlen. Als Reaktion hätten Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Krankenhausgesellschaft (KHG) auf Bundesebene die Einrichtung von Clearingstellen vereinbart. Das in Hessen zwischen Landesärztekammer (LÄKH), Kassenärztlicher Vereinigung (KVH) und Hessischer Krankenhausgesellschaft (HKG) vorbereitete Clearingverfahren werde derzeit mit den Beteiligten abgestimmt. Von Knoblauch bezeichnete das Verfahren als ein Angebot kurzer Wege, das den jeweils zugeordneten Mitgliedern zur Klärung und den Einrichtungen zur Abstimmung untereinander diene: „Wir wollen dadurch auch die Schaffung neuer Bürokratie vermeiden.“ Die Ergebnisse der zurückliegenden Wahlen, im Land wie im Bund, hätten Hoffnun-

gen auf ein arztfreundliches Umfeld keimen lassen. Dies sei bitter nötig, so von Knoblauch, denn Freude am und Zufriedenheit im Beruf seien Grundbedingungen für eine gute, Patienten zentrierte Versorgung. „Zum Wohle der Patienten brauchen wir eine neue Vertrauenskultur im Gesundheitswesen“, sagte von Knoblauch. Zuversichtlich stimme ihn, dass Staatsminister Jürgen Banzer bei einem Pressegespräch der Landesärztekammer erklärt habe, dass zur Verbesserung der Situation die „Gesundheitsreformitis“ aufhören und die in den letzten Jahren entstandene Misstrauenskultur gegenüber Ärzten ein Ende haben müsse. Von Knoblauch ergänzte, es sei außerdem wichtig, Ärztinnen und Ärzte aus der Gruppe derjenigen herauszunehmen, die von der Polizei zur Gefahrenabwehr abgehört werden, um das beschädigte Vertrauen wieder zurückzugewinnen. „Im Gesetzentwurf des Hessischen Sicherheits- und Ordnungsgesetzes gilt offensichtlich der Vertrauensschutz der Patienten nichts“, kritisierte der Ärztekammerpräsident. „Wir fordern den Gesetzgeber unmissverständlich auf, dem genuinen unverzichtbaren Vertrauensschutz des Patienten-Arzt-Verhältnis Rechnung zu tragen.“ Hessen solle nicht erst auf das Ergebnis des Bundesverfassungsgerichtes auf die Klage von Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, des Ministers a.D. Gerhart Baum und des Psychologen Jürgen Hardt warten, sondern von sich aus für den Patienten handeln.

Evaluation der Weiterbildung

Zu dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“, mit dem die Bundesärztekammer zusammen mit 16 Landesärztekammern unter Leitung der ETH Zürich die Stärken und Schwächen des ärztlichen Weiterbildungssystems ausloten möchte, berichtete



Auf dem Podium: (v.l.n.r.) Martin Leimbeck, Dr. v. Knoblauch, Hans-Peter Hauck Foto: Katja Kölsch

von Knoblauch, dass die Landesärztekammer im Sommer 2009 durch persönliche Briefe sowie zwei Erinnerungsschreiben mehr als 2.000 zur Weiterbildung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte in Hessen zur Teilnahme an dem Projekt aufgefordert habe. Während 500 Ärztinnen und Ärzte zumindest mitgeteilt hätten, dass sie z.Zt. keine Weiterbildungsassistenten beschäftigen würden, hätten sich nur etwas mehr als 36 % der verbleibenden Weiterbilder per Internet an dem Evaluationsprojekt beteiligt. Hiermit stelle Hessen leider bundesweit das Schlusslicht dar, so dass bei der in 2011 geplanten erneuten Evaluation eine deutliche Steigerung erforderlich sei, so von Knoblauch.

Noch problematischer sei jedoch die bundesweite Rücklaufquote der Assistenzärztinnen und -ärzte von unter 33 %, die bedeute, dass sich bundesweit nur ein Drittel der jungen Kolleginnen und Kollegen, deren Weiterbilder am Projekt mitwirkten, nicht an der Evaluation beteiligt hätten. Bezogen auf alle in Weiterbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte ist die Quote somit noch deutlich geringer. Die Projektgruppe bei der Bundesärztekammer werde daher ein schlüssiges Konzept aufzeigen müs-

sen, wie zukünftig wenigstens die Mehrheit der Betroffenen für eine Mitarbeit gewonnen werden könne. Inzwischen werde zunehmend gefordert, die Teilnahme der in Weiterbildung Befindlichen komplett von der Teilnahme der Weiterbildungsermächtigten loszulösen, ergänzte von Knoblauch. Dies könnte beispielsweise durch eine Änderung der Meldepflicht erreicht werden, damit die Kammern – unabhängig von den Angaben der Weiterbilder – wüssten, wer sich aktuell in Weiterbildung befindet. Er hoffe, sagte von Knoblauch, der Delegiertenversammlung im März nächsten Jahres erste Ergebnisse der Evaluation mitteilen zu können, die derzeit von der ETH Zürich erarbeitet werden.

(Muster-)Weiterbildungsordnung und Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Deutsche Ärztetag habe den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, die Diskussion und Beschlussfassung über die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (WBO) für den 114. Deutschen Ärztetag (DÄT) im Jahr 2011 in Kiel vorzubereiten, teilte der Ärztekammerpräsident mit. Auf dem nächstjährigen DÄT in Dresden dagegen solle lediglich eine ‚Über-

arbeitung‘ der (Muster-)WBO erfolgen. Von Knoblauch berichtete darüber hinaus, dass der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen habe, den Facharzt für Allgemeinmedizin wieder als eigenes Gebiet zu führen, nachdem sich die wissenschaftliche Gesellschaft und der Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin dafür ausgesprochen haben. So sollen EU-rechtliche Vorgaben umgesetzt werden. Grundsätzlich finde hier, so der Ärztekammerpräsident, eine Annäherung an die hessische Lösung statt.

Kammer intern

Mit Blick auf Hessen machte von Knoblauch deutlich, dass die Existenz der Bezirksärztekammern und damit die Arbeitsplätze der Mitarbeiter nicht in Frage gestellt seien. Im Zuge inhaltlicher und organisatorischer Weiterentwicklung kämen allerdings auch neue Aufgaben auf die Abteilungen zu. So werde die Bezirksärztekammer Wiesbaden die arbeitsmedizinische Betreuung von Arztpraxen übernehmen und die Bezirksärztekammer Kassel demnächst das Online-Portal der Landesärztekammer pflegen. Die im Rahmen neuer Konzepte für die Kontaktaufnahme vor allem mit jungen Ärztinnen und Ärzten von der Bezirksärztekammer Frankfurt durchgeführten Informationsveranstaltungen seien sehr gut angenommen worden, teilte von Knoblauch mit. Er unterstrich, dass die Serviceorientierung der Kammer für ihre Mitglieder für das Präsidium von zentraler Bedeutung sei und das Gremium daher bereits verschiedene Maßnahmen beschlossen habe. Hierzu zählten unter anderem erweiterte Servicezeiten der Verwaltung.

Der Ärztekammerpräsident ging auch kurz auf die Diskussion über Schwierigkeiten innerhalb der Kammer ein. Im Laufe der Zeit seien Veränderungen notwendig, die

sich oftmals nicht einfach gestalteten. Wichtig sei, dass man dem sachlichen Umgang wieder Vorrang gebe. Von Knoblauch bedauerte, dass „ein Nebel von Gerüchten“ die Sicht auf Vieles verschleiert habe und bat darum, in der Diskussion zu Sachfragen zurückzukehren.

Kontroverse Diskussion

Leidenschaftlich und kontrovers: Die Diskussion über den Bericht des Präsidenten ließ unterschiedliche Positionen der Delegierten deutlich werden. U.a. wurde von Vertretern des Marburger Bundes der geringe Rücklauf des Evaluationsprojektes und angeblich verspätete Stellungnahmen der Landesärztekammer zu den Zuweiserprämien kritisiert. Auch habe man eine klare Stellungnahme der Landesärztekammer zur A/H1N1-Impfung vermisst. Argumente, die von Knoblauch mit nachfolgenden Hinweisen entkräftete: Man müsse die Möglichkeit haben, die Weiterbildungsassistenten direkt anzuschreiben (Evaluationsprojekt). Er habe als Kammerpräsident in den Medien und in einem Editorial umgehend Stellung zu den Zuweiserpauschalen bezogen, so von Knoblauch weiter. Er machte außerdem auf eine Pressemitteilung der LÄKH zu der Thematik aufmerksam. Was die Neue Grippe betreffe, so habe die Kammer nicht zu der Kakophonie in der Öffentlichkeit beitragen wollen, sondern auf die zuständigen Stellen verwiesen, Informationen auf der Homepage eingestellt und ein Pressegespräch mit Experten veranstaltet.

In der Kammer selbst sei es wichtig, demokratische Gepflogenheiten aufrecht zu erhalten, forderte Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund). Auch Delegierte anderer Listen erklärten, sich mehr Informationen über Vorgänge innerhalb der Kammer erhofft zu haben. Einige Ärztevertreter wünschten Auskünfte über Personalfragen,

die aus rechtlichen Gründen allerdings nicht möglich waren. „Wo soll die Reise hingehen?“, wollte Dr. med. Raoul Hecker (Marburger Bund) wissen. Ihm gehe es um die Darstellung der politischen Linie, die aus dem Präsidium klar und deutlich hervorgehen müsse, sagte Dr. med. Wolf-Andreas Fach (Fachärzte Hessen). Die kontroverse Diskussion drückte sich auch in einer Vielzahl von Geschäftsordnungsanträgen aus.

Um einen Eindruck von der Mitarbeiterzufriedenheit in der Kammer zu erhalten, beauftragten die Ärztevertreter das Präsidium, der Delegiertenversammlung im März 2010 gemeinsam mit dem Personalrat Konsequenzen aus der Mitarbeiterbefragung von 2008 mitzuteilen. Auf dieser Grundlage solle gegebenenfalls über eine neue Befragung entschieden werden. Außerdem sprach die Delegiertenversammlung dem Suchtbeauftragten der Landesärztekammer, Dr. med. Mark Siegmund Drexler, das Vertrauen aus.

„Gemeinsam sind wir stärker“

Im Rahmen der weiteren Diskussion befassten sich die Delegierten mit mehreren Einzelthemen. So stimmten sie für eine zeitnahe Revision des Beschlusses des

hessischen Landtages, Obst für Schulkinder nicht zu finanzieren. Auch schloss sich das Ärzteparlament der Sorge von Kinder- und Jugendarztverbänden an, dass sich die Versorgung von meist chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch den Entzug von Ermächtigungen verschlechtern werde. Die Einführung einer neuen Sicherheits- und Fehlerkultur im Krankenhaus wurde von den Delegierten als zwingend notwendig bezeichnet. Es müsse dabei um Strategien zur Fehlervermeidung und einen offeneren Umgang mit Mängeln und Fehlern ohne Schuldzuweisung an Einzelne gehen. Eindeutig wandte sich die Delegiertenversammlung gegen die bisher übliche Praxis, einen Fehler immer als persönliches Versagen eines Einzelnen zu betrachten und zu ahnden. Erfahrungen und Studien zeigten vielmehr, dass Fehler oft nicht durch einzelne Personen verursacht würden, sondern das Ergebnis systembedingter Organisations- und Kommunikationsmängel seien. Auch verabschiedete das Ärzteparlament eine Liste von Faktoren, die für eine hohe Sicherheit der Patientenversorgung im Krankenhaus gewährleistet sein müssten.

Darüber hinaus sprach man sich für die finanzielle Sicherstellung des Critical Inci-



Delegierte im Gespräch

Foto: Katja Kölsch

dent Reporting System (CIRS) an Krankenhäusern aus. Das Land Hessen wurde aufgefordert, den entsprechenden Investitionsverpflichtungen für das Fehlerreportsystem nachzukommen.

Ohne Einschränkung appellierte die Delegiertenversammlung an die innerärztliche Solidarität. Die Delegierten sprachen sich einstimmig für eine gegenseitige Unterstützung von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten bei Streiks oder streikähnlichen Maßnahmen zur Verbesserung ärztlicher Arbeitsbedingungen aus. Der Einsatz niedergelassener Ärzte als Streikbrecher bei Protestaktionen an Kliniken wurde ebenso abgelehnt wie das Unterlaufen von Aktionen Niedergelassener durch Klinikärzte. „Gemeinsam sind wir stärker,“ hieß es in einer Erklärung des Ärzteparlaments.

Jahresabschluss 2008

Dr. med. Norbert Löschhorn, Vorsitzender des Finanzausschusses der Landesärztekammer, stellte den Jahresabschluss 2008 der Kammer vor. Dabei teilte er mit, dass sich die Kammerbeiträge im Jahr 2008 auf

12,747 Mio. Euro (Vorjahr: 12,833 Mio. Euro) beliefen, was einen Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 % bedeute, obwohl die Mitgliederzahl leicht gestiegen sei. Dieser Effekt beruhte vor allem darauf, dass die Anzahl der beitragsfreien Mitglieder stärker gestiegen sei als die der zahlenden. Die Bilanzsumme belief sich, so Löschhorn weiter, auf 41,147 Mio. Euro (Steigerung um 5 % gegenüber dem Vorjahr; Bilanzsumme Vorjahr: 39,176 Mio. Euro). Das Jahresergebnis betrug 2,271 Mio. Euro. Löschhorn stellte fest, dass der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften und den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung entspreche. Die Prüfung des Jahresabschlusses durch die PricewaterhouseCoopers (PwC) Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft habe zu keinen Einwendungen geführt.

Hilfsfonds

Der Vorsitzende des Ausschusses „Hilfsfonds“, Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, informierte die Delegiertenversammlung darüber, dass das Vermögen des Hilfsfonds der Landesärztekammer laut Prüfbericht der PwC Deutsche Revi-

sion zum 31. Dezember 2008 insgesamt 490.000 Euro betragen habe. Im August 2009 habe der Ausschuss „Hilfsfonds“ die Höhe der Richtsätze ab 1. Januar 2010 wie folgt beschlossen:

Ehepaare:	1.840 Euro
Alleinstehende:	1.050 Euro
Halbwaisen:	880 Euro

Die Prüfung der Einnahmen- und Ausgabenrechnung, des Vermögensnachweises sowie der Mittelverwendung des Fürsorgefonds durch PwC habe, so Rudolph, zu keinen Beanstandungen geführt.

Die Delegiertenversammlung stimmte den Hilfsfonds-Richtsätzen einstimmig zu.

Die Delegiertenversammlung stellte den Jahresabschluss fest und entlastete das alte und das neue Präsidium für das Wirtschaftsjahr 2008.

Haushalt 2010

Als grundsätzliche bezeichnete Dr. Löschhorn den Haushaltsvoranschlag 2010 für die Landesärztekammer, dessen Gesamtaufwendungen ca. 3 % unter dem Haushaltsansatz 2009 liegen. Mit einem Volumen von 20,4 Millionen Euro sei der Haushalt ausgeglichen; auf der Ertragsseite machten die Kammerbeiträge mit 64,3 % den „Löwenanteil“ aus. Allerdings, so Löschhorn, werde sich das Niveau der Erträge aus Kammerbeiträgen in Zukunft nicht halten lassen, da auch die Kammermitglieder im Zuge der demographischen Entwicklung in den kommenden Jahren mit einem „Altersproblem“ zu kämpfen hätten. In den nächsten Jahren rechne man in der Finanzvorschau mit einem Rückgang von ca. 4 %. Löschhorn berichtete, dass der Finanzausschuss zunächst wegen des Anstiegs der Rücklagen besorgt gewesen sei. Allerdings stelle sich die Finanzlage der Kammer heute völlig anders dar als noch in den 90er Jahren. Damals hatte man durch Beitragsreduzierungen die Rücklagen sen-

ken können. Heute müsse man mit dem Abbau von Rücklagen vorsichtig sein, so dass er keine Vorschläge zur Senkung des Kammerbeitrages unterbreite. Der Finanzausschuss habe dem Präsidium empfohlen, den Haushaltsvoranschlag 2010 zu beschließen.

In der anschließenden Diskussion beanstandeten einige Delegierte die konservative Haushaltsplanung der Kammer. Hans-Peter Hauck, Kaufmännischer Geschäftsführer der Kammer, argumentierte damit, dass eine Haushaltsplanung für das kommende Jahr sehr früh im laufenden Jahr beginne. Zu diesem Zeitpunkt fehlten oft verlässliche Parameter für die Ermittlung der Planerträge und -kosten, was eine vorsichtige Planung erforderlich mache.

Etliche Ärztevertreter, unter ihnen vor allem Delegierte des Marburger Bundes, kritisierten die hohe Betriebsmittlrücklage in Höhe von 36 % über der Sollrücklage. Man könne dem Haushalt in der jetzigen Form nicht zustimmen; denn es sei keine mittelfristige Planung zur Abschmelzung dieser Reserve – und damit zu einer möglichen Senkung der Kammerbeiträge – vorgelegt worden.

Er habe in den vergangenen Jahren ein nur noch schwaches Wachstum und 2008 einen Rückgang des Beitragsaufkommens beobachtet, meldete sich Hauck zu Wort. Dies sei ein Indiz dafür, dass man vorsichtig kalkulieren müsse.

In geheimer Abstimmung votierten 56 % der anwesenden Delegierten für den Haushalt 2010.

Abschließend gab Löschhorn noch eine Erklärung in eigener Sache ab: Nachdem er den Vorsitz des Finanzausschusses 16 Jahre lang innegehabt habe, werde er zum Februar 2010 von diesem Amt zurück-

treten. Allerdings werde er dem Ausschuss weiter als „einfaches Mitglied“ angehören. Die Delegierten dankten Löschhorn für seine ausgezeichnete Arbeit mit „Standing Ovations“. Auch Ärztekammerpräsident von Knoblauch sprach Löschhorn seine Anerkennung aus und dankte ihm, wie auch Hans-Peter-Hauck, für den transparenten Haushaltsvoranschlag.

Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Nachdem Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach aufgrund seiner Präsidentschaft das Amt als Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses niedergelegt hatte, beschloss das Ärzteparlament, Martin Leimbeck als Vorsitzenden sowie Professor Dr. med. Alexandra Henneberg und Dr. med. Hans-Martin Hübner als stellvertretende Mitglieder neu in den Ausschuss zu berufen. Julia Manon de Boor legte ihr Amt als stellvertretendes Mitglied mit sofortiger Wirkung nieder.

Darüber hinaus beschloss die Delegiertenversammlung einstimmig die Fortbildungsprüfungsordnung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung.

Nachwahl Bezirksärztekammer Marburg und Wahl der Delegierten für den DÄT 2010

Nach dem Rücktritt von Dr. med. Freiherr Schenck zu Schweinsberg wählten die Delegierten Professor Dr. med. Horst Kuni zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Marburg.

Einstimmig wurden die Delegierten zum Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden gewählt.

Verschiedenes

Die Delegierten dankten dem Justitiar der Kammer, Dr. iur. Alexander Schmid, der dem Ruf als Professor an eine Fachhochschule in Baden-Württemberg gefolgt ist und die Kammer daher Ende 2009 verlässt, mit stehendem Beifall.

Nachdem am späteren Abend die Beschlussunfähigkeit festgestellt worden war, konnten einige Tagungsordnungspunkte, darunter auch Anträge aus der Delegiertenversammlung vom März, nicht mehr behandelt werden.

Katja Möhrle

Versorgungswerk

In ihrem Bericht über das Geschäftsjahr 2008 ging Dr. med. Brigitte Ende, Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes, auf einige wichtige Eckdaten ein: Die Anzahl der aktiven Mitglieder sei leicht angestiegen (auf 23.797 gegenüber 23.612 im Vorjahr), wodurch sich das Beitragsvolumen auf 222,4 Mio. Euro erhöht habe (gegenüber 214,5 Mio. Euro im Vorjahr). Aufgrund der kontinuierlich ansteigenden Zahl der Versorgungsempfänger erhöhten sich die Rentenzahlungen planmäßig auf 117,2 Mio. Euro (gegenüber 105,8 Mio. Euro im Vorjahr), die an 7.044 Versorgungsempfänger (Vorjahr: 6.571 Versorgungsempfänger) erbracht worden seien. Der Trend zur vorgezogenen Altersrente sei jedoch rückläufig. Die Deckungsrückstellung habe 5.830,7 Mio. Euro zum 31. Dezember 2008 betragen. Die Bilanzsumme habe sich 2008 im Vergleich zum Vorjahr um 0,1 % auf 5.881,8 Mio. Euro (Vorjahr: 5.877,2 Mio. Euro) erhöht. Die Auswirkungen der Finanzmarktkrise hätten 2008 auch beim Versorgungswerk ihre Spuren hinterlassen. Die Hauptproblematik für institutionelle Anleger wie das Versorgungswerk sei das Niedrigzinsumfeld, worauf das Versorgungswerk reagieren müsse. Die geringeren Erträge aus den Kapitalanlagen, die außerplanmäßigen Abschreibungen und die notwendige anteilige Tilgung aus der Umstellung auf die neuen berufsständischen Richttafeln („Längerlebigkeit“) hätten das Ergebnis des Geschäftsjahres 2008 (Bilanzverlust von 43,7 Mio. Euro) negativ beeinflusst.

In ihrem Rückblick auf aktuelle Entwicklungen, die das Versorgungswerk betreffen, erwähnte Dr. Ende das elektronische Arbeitgebermeldeverfahren, das mit einer Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beschlossen wurde. Demnach seien Arbeitgeber verpflichtet, auch für Mitglieder von berufsständischen Versorgungseinrichtungen, die von der Versicherungs-

pflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, die für die Beitragserhebung relevanten Daten an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen zu melden.

Das Bundessozialgericht habe für Mitglieder von berufsständischen Versorgungseinrichtungen Ansprüche auf Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung bestätigt. Viele Mitglieder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen erfüllten jedoch nicht die 60-monatige Wartezeit. Hierauf habe der Gesetzgeber – wie von Seiten der berufsständischen Versorgungseinrichtungen wiederholt gefordert – nun reagiert. Mitglieder, deren Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt worden sind, könnten auf Antrag beim Erreichen des gesetzlichen Rentenalters die für die Erfüllung der Wartezeit benötigten Monatsbeiträge nachzahlen. Dies sei auch für Mitglieder möglich, die bereits Rente beziehen. Ansprüche könnten bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angemeldet werden.

In Bezug auf die Hinterbliebenenrente für eingetragene Lebenspartnerschaften erwähnte Dr. Ende einen Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP im Hessischen Landtag, der eine Gleichstellung mit der Ehe vorsehe. Von dieser gesetzlichen Verpflichtung seien die berufsständischen Versorgungseinrichtungen ausgenommen worden, da man davon ausgehe, dass sie diesen Sachverhalt in eigener Satzungsautonomie und Selbstverwaltung lösen. Die Erfahrungen aus anderen Versorgungswerken hätten gezeigt, dass die versicherungsmathematische Auswirkung bezüglich des neu einzubeziehenden Personenkreises gering sei. Die Delegiertenversammlung beschloss daher folgerichtig folgende Änderungen der Satzung und der Versorgungsordnung des Versorgungswerkes zum 1. Januar 2010: Eingetragene Lebenspartner

werden Ehegatten bei der Hinterbliebenenversorgung gleichgestellt.

Im Anschluss an den Bericht der Vorstandsvorsitzenden berichtete die Wirtschaftsprüferin Brigitte Dreßel der PriceWaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) über die Jahresabschlussprüfung des Versorgungswerkes für das Jahr 2008 und gab bekannt, dass als Ergebnis der Prüfung der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt wurde. Die Delegiertenversammlung stellte den Jahresabschluss des Versorgungswerkes 2008 einstimmig fest und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2008.

Vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Finanzmarktkrise wurde von der Anpassung der Renten und der Dynamisierung der Anwartschaften zum 1. Januar 2010 von der Delegiertenversammlung abgesehen. Der Vorstand wurde auf Antrag von Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth beauftragt, der Delegiertenversammlung im Jahr 2010 einen Bericht über die Möglichkeiten und Ergebnisse von „nachhaltigen und ethischen Investments“ vorzulegen. Die Delegiertenversammlung entschied, mit der Prüfung des Jahresabschlusses 2009 die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zu beauftragen.

Außerdem beschloss die Delegiertenversammlung neben der bereits oben genannten Änderung zu eingetragenen Lebenspartnerschaften noch folgende Änderungen der Satzung und der Versorgungsordnung des Versorgungswerkes zum 1. Januar 2010: Die für die Verrentung künftiger Beitragszahlungen in der Beitrags- und Leistungstabelle einkalkulierte Verzinsung wird von 3,5 % p.a. auf 3,0 % p.a. abgesenkt. Es erfolgt keine Erhöhung der laufenden Renten und keine Zuführung von liquiden Mitteln zur Überschussbeteiligung bestehender Rentenanwartschaften.

Katja Kölsch

Aufgaben der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes vorgestellt

Auch der zweite Informationsabend der Bezirksärztekammer Frankfurt für neue Kammermitglieder stößt auf positive Resonanz

Nachdem bereits der erste Informationsabend für neue Kammermitglieder auf ein positives Echo gestoßen war, lud die Bezirksärztekammer Frankfurt am 11. November 2009 erneut zu einem Informationsabend ein. 34 Teilnehmer, darunter vor allem junge Ärztinnen und Ärzte, interessierten sich für die Vorträge über die Aufgaben der Kammer und des Versorgungswerkes. Im Vordergrund stand dabei auch die persönliche Kontaktaufnahme zwischen Kammermitgliedern und Kammermitarbeitern: „Sie lernen wichtige Leute der Kammer kennen“, betonte Dr. med. Wolf Andreas Fach, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, in seiner Begrüßungsansprache und wies darauf hin, dass die Referenten während und auch nach der Veranstaltung für die Fragen der Teilnehmer zur Verfügung stünden.

Nach einer kurzen Vorstellung der Referenten durch Dr. Fach erläuterte Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Weiterbildungsabteilung, die Unterschiede zwischen Weiterbildung und Fortbildung, wies auf die Weiterbildungsordnung sowie den notwendigen Nachweis der Fortbildungspunkte hin und ging kurz auf die Anerkennung von Facharzt-Bezeichnungen in EU-Ländern ein. Im Anschluss daran richtete der Präsident der Landesärztekammer, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, seine Grußworte an die Teilnehmer. Die Aufgaben der Rechtsabteilung wurden von der Assessorin Claudia Schön vorgestellt. Sie erläuterte die wichtigsten Paragraphen der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen und wies dabei besonders auf die Verschwiegenheitspflichten, die Dokumentations-, Aufbewahrungs- und Herausgabepflichten von Patientenunter-

lagen sowie das Werberecht hin. Die Aufgaben und Leistungen des Versorgungswerkes stellte Ulrich Hoffmann, Leiter der Abteilung Rechnungswesen/Buchhaltung, vor. Zum Abschluss gab Dr. med. Mark Siegmund Drexler, Stellvertretender Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, in seinem Vortrag den Kolleginnen und Kollegen nützliche Tipps zur Vermeidung des Burn-Out-Syndroms und informierte über seine Funktion als Drogen- und Suchtauftragter der Landesärztekammer.

Aufgrund der überaus positiven Resonanz der Teilnehmer sind weitere Informationsabende für neue Kammermitglieder geplant, die auch in den anderen Bezirksärztekammern stattfinden werden. Über entsprechende Termine informieren wir Sie rechtzeitig auf unserer Homepage.

Katja Kölsch

Arbeitsmed.Gehörvorsorge erstmals im B1-Kurs (27. Februar bis 6. März 2010) als „Blended-Learning-Veranstaltung“ (= Kombination aus E-Learning und Präsenzlernen) in die arbeitsmed. Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin integriert.

(siehe Seite 33)

Die vorgeschaltete „Telelernphase“ beginnt zeitgleich mit dem A1-Kurs am 23.1. 2010 und endet am 4.3.2010. Am 5./6.3. 2010 werden im Rahmen der „Präsenzphase“ (s. Programm B1-Kurs) insbesondere praktische Inhalte vermittelt und Übungen am Audiometer abgehalten. Für den Zeitraum der Telelernphase steht für technische Fragestellungen Frau Scholl, Fon: 06032 782-161, zur Verfügung.

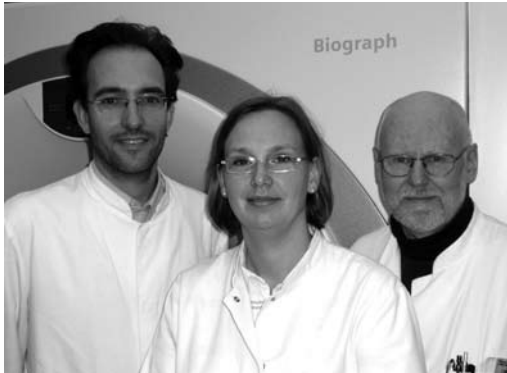
Selbstverständlich können Ärzte auch unabhängig von der Teilnahme an den Weiterbildungskursen am „Blended-Learning“ für die arbeitsmed. Gehörvorsorge teilnehmen. Die Kursgebühr beträgt € 220 (Akademiestudenten € 198).

Weitere Auskunft erteilt Luise Stieler, Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-283, Fax: 06032 782-229, E-Mail: Luise.Stieler@laekh.de

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602010013080005

PET/CT in der Onkologie, Kardiologie und Neurologie

Christian Landvogt, Corinna Müller, Ulrich Lörcher



(v. l.) Dr. Christian Landvogt, Dr. Corinna Müller, PD Dr. Ulrich Lörcher

Einführung

PET/CT (Abkürzung für Positronen-Emissions-Tomographie plus Computertomographie) ist das derzeit modernste bildgebende Verfahren in der Tumor- und Demenzdiagnostik. Die Kombination von PET und CT in einem Gerät erlaubt es, Tumore, Entzündungen oder neurologische Störungen früher und genauer sichtbar zu machen, als das mit bisherigen Verfahren möglich war.

Bei der Positronen-Emissionstomographie wird dem Patienten eine geringe Menge einer radioaktiv markierten Substanz, meistens Fluorodeoxyglukose, injiziert. Diese Substanz reichert sich an Stellen mit intensiver Stoffwechselaktivität an. Weil Tumorzellen in der Regel einen hohen Stoffwechsel haben und viel mehr Zucker verbrauchen als gesunde Zellen, reichert sich die Substanz dort vermehrt an. Die krankhaften Zellen werden dann auf dem PET-Bild als Mehranreicherungen sichtbar.

Gleichzeitig stellt die Computertomographie die anatomischen Verhältnisse dar. Anschließend werden die Bilder des Stoffwechsels und der Anatomie miteinander verschmolzen.

Dank dieses Zusammenspiels beider Verfahren lassen sich auch wenige Millimeter große Tumore oder Metastasen schon sehr früh entdecken und genau lokalisieren.

Außerdem ist das Gerät bei zahlreichen Gehirnerkrankungen die derzeit empfindlichste Methode. So lassen sich Demenzerkrankungen mit einer PET/CT-Untersuchung bereits feststellen, wenn andere Verfahren noch keine Auffälligkeiten zeigen.

Historie

Im Jahre 1930 machte der Nobelpreisträger Otto Heinrich Warburg eine interessante Entdeckung: Karzinomzellen verbrauchen wegen eines erhöhten Stoffwechsels viel mehr Glukose als gesunde Zellen. Doch damals konnte man noch nicht absehen, welche Bedeutung diese Entdeckung für die Diagnostik von Tumoren haben würde.

Mitte der 50er Jahre gelang es, Hirntumore zum ersten Mal positronenbasiert abzubilden. In den 70er Jahren schließlich wurden die ersten Positronen-Emissions-Tomographen (PET) für den klinischen Einsatz entwickelt. 1976 wurden die ersten vier PET-Zentren in den USA eröffnet. Fast gleichzeitig sorgte die Computertomographie für Aufsehen und entwickelte sich schnell zum klinischen Standard in der Bildgebung. 1978 wurde zum ersten Mal Glukose mit einem Positronenstrahler markiert. Damit waren alle Voraussetzungen für die heutige PET/CT-Bildgebung geschaffen. 2001 wurde das erste PET/CT-Gerät in Deutschland installiert.

Physik

Vor einer PET/CT-Untersuchung wird ein mit einem Positronenstrahler (für den kli-

nischen Alltag ist dies F-18 mit einer Halbwertszeit von 109 Minuten) markiertes Radiopharmakon gespritzt. Meist handelt es sich dabei um ein radioaktiv markiertes Glukoseanalogon (2-Fluoro-2-Deoxy-D-Glucose (FDG)). Das Radiopharmakon reichert sich im Organismus an Stellen intensiver Stoffwechselaktivität vermehrt an. Beim Zerfall des Strahlers wird ein Positron frei, das mit einem Elektron verschmilzt. Positron und Elektron werden dabei vernichtet. An ihrer Stelle entstehen zwei hochenergetische Photonen mit einer Energie von 511 keV, die sich in einem Winkel von 180° voneinander entfernen. Zwei im PET-Gerät gegenüber liegende Detektoren registrieren diese Vernichtungsstrahlung. Aus diesen Messungen errechnet das Gerät eine Verteilung des Radiopharmakons im Körper und man kann so auf die Stoffwechselaktivität schließen. Gleichzeitig wird ein CT des Ganzkörpers angefertigt. So gelingt die exakte morphologische Zuordnung dieser stoffwechselaktiven Areale.

Entscheidend für die Bildqualität der PET-Komponente sind in erster Linie die im Detektor verwendeten Kristalle. LSO- oder LYSO-Kristalle sind dabei den älteren BGO oder GSO-Kristallen überlegen. Die CT-Komponente kann aus einem 6-Zeiler bis zu einem 128-Zeiler bestehen. Je mehr Zeilen ein CT hat, desto schneller kann es ein Bild aufzeichnen, die Auflösung wird von der Zeilenzahl aber nicht direkt beeinflusst. Für die Tumordiagnostik und neurologische Fragestellungen ist ein 6-Zeilen-CT ausreichend. Für die kardiologische Diagnostik sollte dagegen mindestens ein 16-Zeilen-CT eingesetzt werden, da während einzelner Herzschläge Bilder aufgezeichnet werden.

Grundlagen und Untersuchungsablauf

Im klinischen Alltag werden für PET/CT-Untersuchungen in erster Linie Fluor-18-markierte Substanzen eingesetzt. Andere PET-Isotope (C-11, N-13, O-15) kommen wegen ihrer kurzen Halbwertszeit im Minutenbereich nur selten zum Einsatz. Für ihre Herstellung ist ein Zyklotron in unmittelbarer Nähe zum PET/CT-Gerät erforderlich. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich deshalb fast ausschließlich auf die Verwendung des F-18-markierten Glukoseanalogons FDG.

FDG wird wie Glukose von Transportern durch die Zellmembran geschleust. Derzeit sind fünf Glukosetransporter bekannt, der Glut-1-Transporter gilt als der wichtigste für die Aufnahme in Karzinomzellen und in das normale Hirngewebe. Intrazellulär wird FDG durch das Enzym Hexokinase zu FDG-6-Phosphat phosphoryliert. Weil an der ersten Position des Zuckermoleküls keine OH-Gruppe vorliegt, kann FDG im Gegensatz zu Glukose nicht weiter metabolisiert werden. Deshalb reichert es sich im Karzinomgewebe an (= Trapping).

In nüchternem Zustand zeigt vor allem das Gehirn eine starke Anreicherung von FDG, schwächere Anreicherungen finden sich im Herz und in der Leber. Weil FDG renal eliminiert wird, finden sich hohe Konzentrationen davon in den ableitenden Harnwegen. Nach Nahrungsaufnahme reichert sich das FDG wegen der Wirkung des Insulins vermehrt in der Skelettmuskulatur und dem Myokard an. Dadurch verschlechtert sich der Bildkontrast. Deshalb sollte die Untersuchung ausschließlich in nüchternem Zustand mit einem Blutzucker von < 150 mg/dl stattfinden. Eine Kontrolle des Blutzuckerspiegels ist vor jeder Untersuchung notwendig. Bei Diabetikern kann kurzwirksames Insulin

i.v. mindestens eine Stunde vor Injektion des FDG verabreicht werden.

Nach der Injektion von ca. 150-370 MBq F-18-FDG sollte sich der Patient möglichst eine Stunde lang kaum bewegen, weil sich die Substanz sonst vermehrt in der Muskulatur anreichert. Für Gehirnuntersuchungen liegen die Patienten während der Einwirkzeit in einem abgedunkelten, ruhigen Raum.

Um die Ausscheidung der Substanz über die Nieren zu beschleunigen, wird dem Patienten im Anschluss an die Nuklidgabe Furosemid injiziert. Zur Minimierung der Aktivitätsanreicherung in der Darmmuskulatur kann eine Injektion von N-Butylscopolamin erfolgen.

Auswertung der Bilder

Die Aufnahmen (Ganzkörperuntersuchung vom Schädel bis zu den Oberschenkeln) erfolgen ca. 60 Minuten nach Injektion des FDG (Gehirnuntersuchungen 30 Minuten). Bei bestimmten Fragestellungen, z.B. malignes Melanom, werden zusätzlich Aufnahmen der Beine angefertigt.

Um aus der gemessenen Radioaktivität in einem Herd auf dessen Stoffwechselaktivität zu schließen, müssen die Menge der

injizierten Aktivität, das Körpergewicht des Patienten und die Zeit zwischen Injektion und Messung beachtet werden. Aus diesen Werten kann der so genannte SUV-Wert (standardized uptake value) berechnet werden – ein quantitatives Maß für die Stoffwechselaktivität eines Herdes. Die SUV-Werte sind hilfreich für die Differenzierung von entzündlichen und malignen Prozessen und für Verlaufskontrollen nach Therapien. Bei der Beurteilung der Stoffwechselaktivität eines Tumors ist außerdem dessen Größe zu berücksichtigen. Wegen der begrenzten Auflösung der PET-Komponente wird die tatsächliche Anreicherung in einem sehr kleinen Herd fälschlicherweise als zu niedrig eingeschätzt.

Zeitlicher Abstand der FDG-PET/CT-Untersuchung nach OP, Radiatio oder Chemotherapie, Einschränkungen

Es kann vorkommen, dass sich die Substanz FDG nach Operationen wegen entzündlicher und reaktiver Prozesse vermehrt im Operationsgebiet anreichert, was die Beurteilung dort erschwert. Deshalb sollte die PET/CT-Untersuchung idealerweise erst drei Monate nach einer Operation

stattfinden, sofern das Operationsgebiet zu beurteilen ist. Dagegen kann es kurz nach einer Strahlen- oder Chemotherapie vorkommen, dass zwar geschädigtes, aber vitales Tumorgewebe noch keinen gesteigerten Stoffwechsel zeigt. Deshalb sollte die PET/CT-Untersuchung idealerweise erst vier Wochen nach einer Chemotherapie oder drei Monate nach einer Bestrahlung stattfinden. Weil diese Zeitabstände in der Praxis häufig nicht einzuhalten sind, muss der befundende Arzt ein besonderes Augenmerk auf diese Problematik legen. Sehr langsam wachsende Tumore, die deshalb einen geringen Stoffwechsel aufweisen, können im FDG-PET/CT nicht immer entdeckt werden. Auch Renozelluläre Karzinome und Hepatozelluläre Karzinome zeigen in etwa der Hälfte der Fälle keine gesteigerte FDG-Aufnahme, weshalb eine PET/CT-Untersuchung bei diesen Tumoren nur in Einzelfällen vorgenommen werden sollte.

Bronchialkarzinom

Das Bronchialkarzinom ist für die meisten Todesfälle durch Tumore verantwortlich. Kurative Therapieansätze sind nur in frühen Krankheitsstadien sinnvoll, weshalb eine korrekte Stadieneinteilung wichtig ist.

Die PET/CT-Diagnostik ist als Routineuntersuchung zum *Staging* und *Re-Staging* bei Patienten mit einem bekannten oder vermuteten Bronchialkarzinom etabliert. Bei der *Abklärung eines Lungenrundherdes* weist die PET/CT-Untersuchung eine Sensitivität von > 90 % auf [1]. Die Methode kann damit die meisten, aber nicht alle malignen Lungentumore erkennen. Bronchoalveoläre Karzinome oder Karzinoide sind häufig nicht nachweisbar.

Beim *Staging* oder *Re-Staging* von *nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinomen (NSCLC)* oder *kleinzelligen Bronchialkarzinomen*



Abb. 1.1: PET ; CT ; PET/CT: Bronchialkarzinom (links im Bild) mit Rippenfraktur (rechts im Bild)

(SCLC) kann die Methode Lymphknoten- und Fernmetastasen weit sicherer entdecken (Sensitivität bei Lymphknotenmetastasen von NSCLC PET 91 %, CT 75 %; Spezifität PET 86 %, CT 66 %) [2] als dies mit der herkömmlichen Bildgebung möglich ist (Abb. 1). Der CT-Diagnostik können kleinere Lymphknotenmetastasen entgehen, während im CT auffällig große Lymphknoten oft (bis zu 40 %) nicht befallen sind.

Insgesamt wird bei etwa einem Drittel (SCLC) bis zur Hälfte der Patienten (NSCLC) nach einer PET/CT-Untersuchung das zuvor geplante therapeutische Vorgehen geändert.

Schließt ein metastasenverdächtiger Herd ein kuratives Vorgehen aus, so ist eine histologische Sicherung dieses Herdes anzustreben. Zwar gibt es z.B. sehr gute PET/CT-Bewertungskriterien zur Beurteilung von Nebennierenraumforderungen,

eine hundertprozentige Spezifität kann aber nicht erreicht werden. Ein PET/CT-Verdacht auf eine solitäre Nebennierenmetastase sollte deshalb weiter abgeklärt werden.

Colonkarzinom

PET/CT ist die genaueste Methode zur Entdeckung von Colonkarzinom-Metastasen und Lokalrezidiven.

Im *Re-Staging* kann das PET/CT-Verfahren deutlich sensitiver und spezifischer als die klassische Bildgebung Metastasen (PET Sens. 97 %, Spez. 76 % vs. CT Sens. 76 %, Spez. 56 %) und Lokalrezidive (Sens. 95 %, Spez. 97 %) erkennen [3] (Abb. 2). Am häufigsten wird das PET/CT-Verfahren zur Suche weiterer Herde vor einer Metastasenoperation und bei Verdacht auf ein Lokalrezidiv in einer präsakralen Narbenplatte eingesetzt. Bei jedem dritten Patienten können so vor Metastasen-Operationen weitere Herde entdeckt werden, was den Operationsablauf ändern oder eine systemische Therapie erforderlich machen kann.

Im *Initial-Staging* ist die PET/CT der CT ebenfalls überlegen. Dabei sollten in erster Linie Patienten mit erhöhtem Metastasenrisiko oder unklaren Befunden in der morphologischen Bildgebung mit PET/CT untersucht werden. Die Beurteilung der Ausdehnung eines Rektumkarzinoms erfolgt besser mit der MRT.

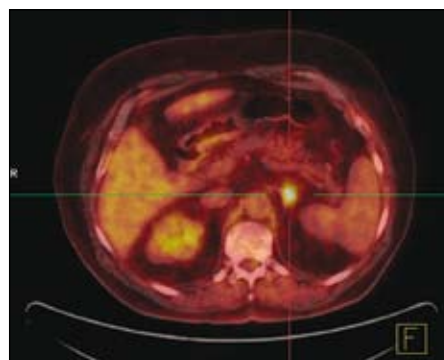


Abb. 1.2: PET/CT: Solitäre Metastase eines Bronchialkarzinoms in der linken Nebenniere (rechts im Bild)

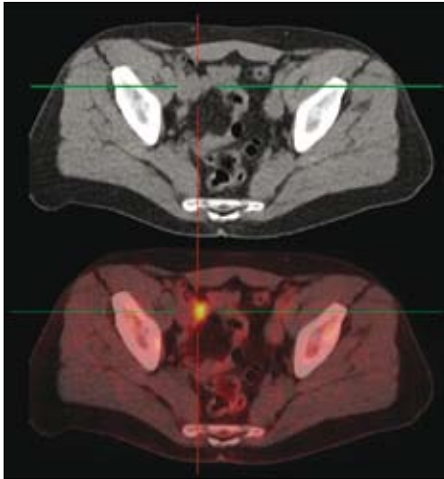


Abb. 2: CT ; PET/CT: Lymphknotenmetastase eines Rektum-Karzinoms

Die PET/CT-Untersuchung zum *Staging* oder *Re-Staging* von Colonkarzinomen sollte mit CT-Kontrastmittel erfolgen, da es für eine ggf. sinnvolle Operation von Lebermetastasen notwendig ist, diese Herde und ihre Beziehungen zu den Lebergefäßen exakt zu lokalisieren. Zudem können kleine Lebermetastasen (< 1 cm), die wegen des Zuckerstoffwechsels im normalen Lebergewebe der PET entgehen könnten, so besser sichtbar gemacht werden.

Oesophaguskarzinom

Beim *Staging* ist PET/CT die genaueste Methode zur Entdeckung von Fernmetastasen und von vom Tumor entfernt liegenden Lymphknoten (z.B. supraklavikulär, Magenkurvatur) [4, 5]. Leider können tumornahe Lymphknoten vor allem wegen möglicher Überstrahlungseffekte durch den Primarius weniger sicher entdeckt werden. Diese Lymphknoten stellen jedoch auch für andere bildgebende Verfahren ein diagnostisches Problem dar.

Beim *Re-Staging* kann die PET/CT-Untersuchung deutlich genauer als die klassische Bildgebung Lokalrezidive und Lymphknotenmetastasen entdecken [6].

Magenkarzinom

PET/CT wird bei Patienten mit Magenkarzinom insbesondere zum *Re-Staging* bei Verdacht auf ein Rezidiv oder unklaren Befunden in der morphologischen Bildgebung angewandt.

Allerdings können Gallert- oder Siegelringkarzinome des Magens im PET wegen des geringen Stoffwechsels oftmals nicht nachgewiesen werden [7, 8]. Deshalb sollte die PET/CT-Untersuchung mit zusätzlicher CT-Kontrastmittelgabe erfolgen.

Pankreaskarzinom

Die PET/CT-Untersuchung kann Pankreaskarzinome und Fernmetastasen [9] sicherer diagnostizieren, als dies mit der klassischen Bildgebung wie CT und MRT möglich ist. Um eine Gefäßinvasion zu beurteilen, sollte eine PET/CT-Untersuchung mit CT-Kontrastmittel erfolgen. Lokale Lymphknotenmetastasen können beim Primärstaging weder mit PET/CT, CT noch mit MRT zuverlässig entdeckt werden.

Bei Verdacht auf ein Pankreaskarzinom sollte die PET/CT-Untersuchung damit in erster Linie bei Patienten mit im *Staging* unklaren Befunden in der morphologischen Bildgebung (unklare Raumforderung, Gangstrikturen ohne Tumornachweis, DD chron. Pankreatitis vs. Pankreas-Ca) und beim *Re-Staging* erfolgen.

Hodgkin- und non-Hodgkin-Lymphome

PET/CT ist beim *Staging* und *Re-Staging* von Lymphomen die mit Abstand beste Methode (Sensitivität für Tumorherde im *Re-Staging* PET/CT 96 %, CT 61 %) [10]. Dies gilt auch für niedriggradige Lymphome, obwohl sie im Vergleich zu höhergradigen Lymphomen einen geringer gestiegenen Stoffwechsel aufweisen.

Das *Initial-Staging* mit PET/CT sollte insbesondere bei Patienten mit erhöhtem

Rezidivrisiko oder mit geplanter Radiotherapie erfolgen und kann als Grundlage für Verlaufskontrollen dienen.

Beim *Re-Staging* von Hoch-Risiko-Patienten oder Patienten mit Rest-Lymphomen in der konventionellen Bildgebung sollte das PET/CT-Verfahren erste Wahl sein.

Mammakarzinom

PET/CT kann beim *Initial-Staging* von Mammakarzinomen Fernmetastasen gut entdecken und sollte bei Patientinnen mit unklarem Befund in der klassischen Bildgebung oder bei einem relevanten Risiko für Fernmetastasen bei sonst unauffälliger Bildgebung erwogen werden.

Zum *Re-Staging* bei Hoch-Risiko-Patientinnen oder bei Verdacht auf ein Rezidiv ist die PET/CT-Methode gut geeignet [11].

Dagegen sollte das PET/CT-Verfahren nicht eingesetzt werden, um *unklare Herde in der Mamma* zu beurteilen, da es zwar eine hohe Spezifität, aber zumindest bei kleinen Tumoren eine geringe Sensitivität aufweist. Dafür stehen Sonographie, Mamma-MRT und die Stanz-Biopsie zur Verfügung.

Zur Bestimmung des axillären Lymphknotenstatus bei bekanntem Mammakarzinom sollte der Sentinel-Lymph-Node-Markierung der Vorzug gegeben werden, weil das PET/CT die häufig vorkommenden Mikrometastasen nicht entdecken kann.

Ovarialkarzinom

PET/CT ist die genaueste Methode zur Unterscheidung von malignen und benignen Ovarial-Tumoren (Accuracy PET/CT 92 %, Sonographie 83 %, CT/MRT 75 %) [12].

Im *Re-Staging* ist das PET/CT-Verfahren insbesondere bei Patientinnen mit erhöhtem

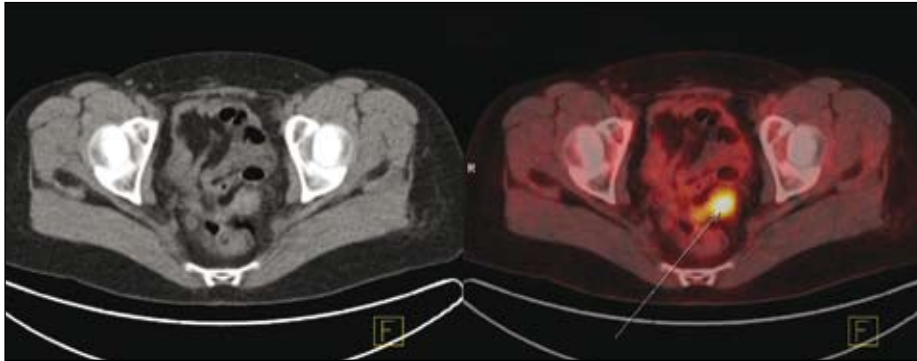


Abb. 3: CT ; PET/CT: Rezidiv eines Ovarial-Karzinoms am Scheidenstumpf

tem Rezidiv-Risiko, bei Tumormarkeranstieg oder bei unklarem Befund in der morphologischen Bildgebung sinnvoll (Abb. 3). PET/CT weist dabei eine Sensitivität von $> 90\%$ auf und ist damit der klassischen Bildgebung weit überlegen (Sensitivität PET/CT 97 %, CT 80 %; Sonographie 66 %) [13] und ändert bei mehr als der Hälfte der Patientinnen das nach einem Kontrastmittel-CT ursprünglich geplante Vorgehen [14].

Schilddrüsenkarzinom

Das PET/CT-Verfahren ist beim *Initial-Staging* von Schilddrüsenkarzinomen nicht notwendig. Dies liegt daran, dass gut differenzierte papilläre oder follikuläre Schilddrüsenkarzinome wegen ihres langsamen Wachstums häufig nur einen leicht gesteigerten Glukosestoffwechsel zeigen. Weil sie aber in den meisten Fällen bei TSH-Stimulation Jod aufnehmen, können sie mit einer Radiojodtherapie meist gut therapiert werden. Mit der anschließend durchgeführten Ganzkörperjodszintigraphie ist dann das Staging gleichzeitig erfolgt. Allerdings verlieren die Tumorzellen mit zunehmender Entdifferenzierung die Jod-Speicherfähigkeit und zeigen dann im Gegenzug einen höheren Glukosestoffwechsel (Flip-Flop-Phänomen), was dann eine PET/CT-Untersuchung notwendig machen kann.

Die Indikation zu einer PET/CT-Untersuchung ergibt sich daher beim *Re-Staging*

bei erhöhtem Thyreoglobulin-Spiegel und unauffälliger Jod-131-Ganzkörperszintigraphie oder bei bereits initial schlecht differenzierten Karzinomen. In diesen Fällen ist die PET/CT-Untersuchung der klassischen Diagnostik überlegen.

Cancer of unknown primary (CUP), HNO-Tumore

Bei etwa jedem 20. Patienten mit einer Lymphknotenmetastase eines Plattenepithelkarzinoms im Kopf-Hals-Bereich kann kein Primarius gefunden werden. Bei fast der Hälfte dieser Patienten kann der Primarius dann jedoch mittels PET/CT-Untersuchung identifiziert werden [15]. Diese Daten lassen sich in etwa auch auf die Primärtumorsuche in den sonstigen Körperregionen übertragen.

Beim *Staging* und *Re-Staging* von Kopf-Hals-Tumoren ist die PET/CT der CT oder MRT-Diagnostik überlegen [16]. Die Methode sollte in erster Linie bei unklaren oder verdächtigen Herden in der Routine-Bildgebung angewandt werden.

Malignes Melanom

Patienten mit einem Malignen Melanom im Stadium I oder II haben eine geringe Wahrscheinlichkeit für Fernmetastasen. Lymphknotenmetastasen sind dann meist Mikrometastasen. In diesen Stadien ist eine PET/CT-Untersuchung nur bei einem

unklaren Herd in der sonstigen Bildgebung zu empfehlen. Zur Beurteilung von lokalen Lymphknoten sollte die Sentinel-Lymph-Node-Technik (SLN) angewandt werden. Bei Patienten mit einem Malignen Melanom im Stadium III oder IV kann ein erweitertes *Initial-Staging* notwendig sein. PET/CT ist in diesem Fall das Verfahren der Wahl, da es dabei eine Sensitivität und Spezifität von $> 90\%$ für Metastasen hat [17]. Es ist den übrigen bildgebenden Verfahren damit deutlich überlegen. Zum Ausschluss von Hirnfiliae sollte ein MRT des Schädels aber zusätzlich erfolgen, da Gehirnmetastasen aufgrund des Glukosemetabolismus des Gehirns im PET/CT oft nicht sichtbar sind.

Sofern ein *Re-Staging* indiziert ist, ist eine PET/CT-Untersuchung ebenfalls mit Abstand die beste Methode.

Prostatakarzinom

Prostatakarzinome weisen wegen der erhöhten Zellmembransynthese einen gesteigerten Phospholipid-Stoffwechsel auf. Für die PET/CT-Untersuchung stehen als Radiopharmaka ^{18}F -Cholin und ^{11}C -Cholin zur Verfügung.

Das PET/CT-Verfahren ist beim *Re-Staging* sinnvoll, da sich bei steigendem PSA-Wert oft fehlende oder unsichere Befunde in der morphologischen Bildgebung ergeben (Abb. 4, 5). Mit steigendem PSA-Wert steigt im PET/CT die Nachweiswahrscheinlichkeit für Tumorherde [18]. Unter einem Wert von $0,5\text{ ng/ml}$ sollte keine PET/CT-Untersuchung erfolgen.

Zum *Tumornachweis* kann bei erhöhtem PSA-Wert und mehrfach erfolglosen Punktionsversuchen in Ausnahmen eine PET/CT-Untersuchung sinnvoll sein, um den Ort des Tumors für eine Punktion einzugrenzen.

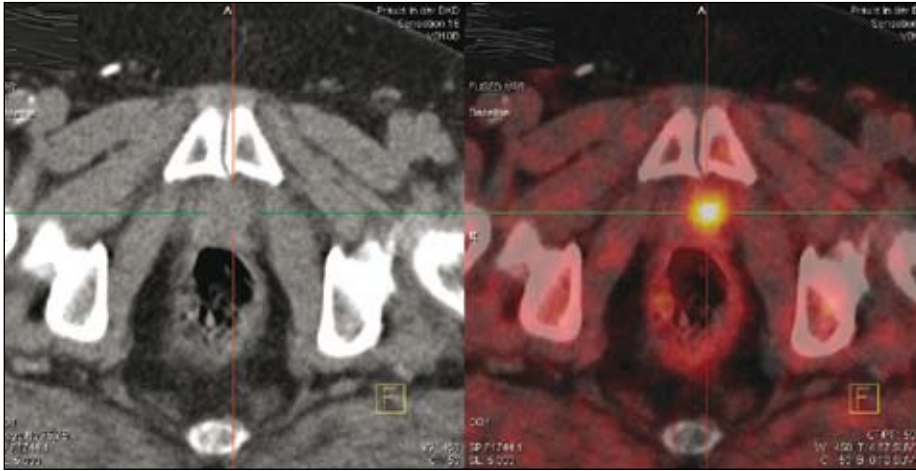


Abb. 4: CT; PET/CT: Lokalrezidiv eines Prostata-Karzinoms

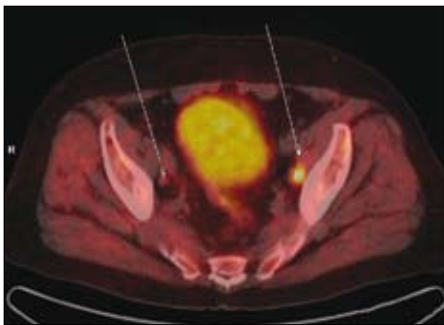


Abb. 5: PET/CT: Lymphknotenmetastase eines Prostata-Karzinoms rechts im Bild; der gleich große Lymphknoten links im Bild ist nicht befallen

Im *Initial-Staging* ist eine PET/CT-Untersuchung nicht zu empfehlen, hier finden Sonographie und MRT besser Anwendung. Viele Patienten wünschen bei erhöhtem PSA-Wert einen Ausschluss eines Prostatakarzinoms, um einer Punktion zu entgehen. Dies kann eine PET/CT-Untersuchung wie alle bildgebenden Verfahren derzeit allerdings nicht leisten, weil die Sensitivität dafür nicht ausreicht.

Neuroendokrine Tumoren

Karzinomide können am besten mit der PET/CT-Methode abgebildet werden. Sie haben bei noch guter Differenzierung einen hohen Somatostatin-Rezeptorbesatz. Deshalb kommen Somatostatin-Rezeptorliganden wie z.B. Ga68-DOTATOC für PET/CT-Untersuchungen zur Anwendung. Die PET/CT-

Bildgebung ist der konventionellen Bildgebung z.B. mit In111-Octreotide dabei deutlich überlegen.

C-Zell-Karzinome und Paragangliome lassen sich sehr gut mit einem 18F-DOPA-PET/CT darstellen. Wegen ihres schnellen Wachstums lassen sich C-Zell-Karzinome alternativ auch mit FDG abbilden. Insulinome können gut mit 18F-DOPA oder mit Somatostatin-Rezeptortracern lokalisiert werden.

Knochenszintigraphie mit F-18

Eine PET/CT-Untersuchung mit F-18-NaFluorid kann den Knochenstoffwechsel besser darstellen als eine konventionelle Knochenszintigraphie (dreidimensionale Bilder des gesamten Körpers bei kurzer Aufnahmezeit, höhere Auflösung, besserer Kontrast, gleiche Strahlenbelastung). Nachteilig ist die eingeschränkte Möglichkeit von Perfusions- und Blutpool-Bildern im Vergleich zur konventionellen Knochenszintigraphie. Die Methode ist bei unklarer konventioneller Bildgebung zu erwägen [19].

Entzündungssuche

Eine PET/CT-Untersuchung ist zur Entzündungsdiagnostik, bei Fieber unklarer Ge-

nese (FUO), bei Verdacht auf Großgefäßvaskulitis (Abb. 6) und zur Beurteilung möglicher Infekte von Gefäß- oder Gelenkprothesen sinnvoll.

Die PET/CT-Methode ermöglicht es, bei jedem dritten Patienten mit Fieber unklarer Genese die Ursache des Fiebers zu finden, obwohl die gesamte klassische Diagnostik zuvor unauffällig war. Wenn möglich, sollte der Patient dabei während oder kurz nach bestehendem Fieber untersucht werden. Im Falle einer vermuteten Autoimmunerkrankung sollte die PET/CT-Untersuchung möglichst vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie erfolgen.

Eine mögliche Endokarditis sollte dagegen weiterhin endosonographisch abgeklärt werden.



Abb. 6: PET (Projektionsbild): Großgefäßvaskulitis mit Befall der thorakalen Aorta und der abgehenden Arterien

Kardiologie

Eine PET/CT-Untersuchung erlaubt es, die *Vitalität* von sonographisch, szintigraphisch oder im MRT afunktionellem Myokard zu beurteilen. Dabei kann festgestellt werden, ob es sich um Narbengewebe, oder um vitales, aber sehr schlecht perfundiertes und deshalb afunktionelles Myokard handelt („*winterschlafendes Myokard*“, „*hibernating myocardium*“). Denn

nur bei vitalem Gewebe kann eine Reperfusion, z.B. ein Bypass, eine Besserung der myokardialen Funktion erreichen.

Myokardiale Ischämien oder Narben lassen sich mit dem Flussmarker Rubidium-82 (Generatorprodukt) im PET/CT darstellen. Wegen der hohen Generatorkosten und der aufwändigen Handhabung ist diese Untersuchung selten und wird die Myokardszintigraphie mit Tc99m-MIBI nicht ersetzen. Aktuell wird an F-18-markierten Flusstracern geforscht. Es ist zu erwarten, dass erst diese in Zukunft zum breiteren klinischen Einsatz kommen werden. Wegen des fehlenden „Routine“-Flusstracers hat die Myokardbildgebung in Deutschland einen Anteil von weniger als 2 % der gesamten PET/CT-Diagnostik.

Neurologie Demenzen

Die PET/CT-Untersuchung des zerebralen Glukosestoffwechsels ist die empfindlichste Methode zur Frühdiagnostik von Demenzen. Sie kann zudem verschiedene Demenzformen differenzieren.

In der Frühdiagnostik kann bei Patienten mit erst leichten Auffälligkeiten (MCI: Mild Cognitive Impairment) bereits vor Eintreten einer Demenz erkannt werden, ob sie innerhalb der nächsten zwei Jahre eine Demenz vom Alzheimer-Typ entwickeln werden [20].

Jeweils charakteristische Muster des zerebralen Glukosestoffwechsels ermöglichen die Differenzierung verschiedener Demenzformen mittels PET/CT.

Patienten mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ (Abb. 7) zeigen im Krankheitsverlauf anfänglich einen reduzierten Stoffwechsel des posterioren Cingulum und des Präcuneus, später dann nacheinander auch parietale, temporale und frontale

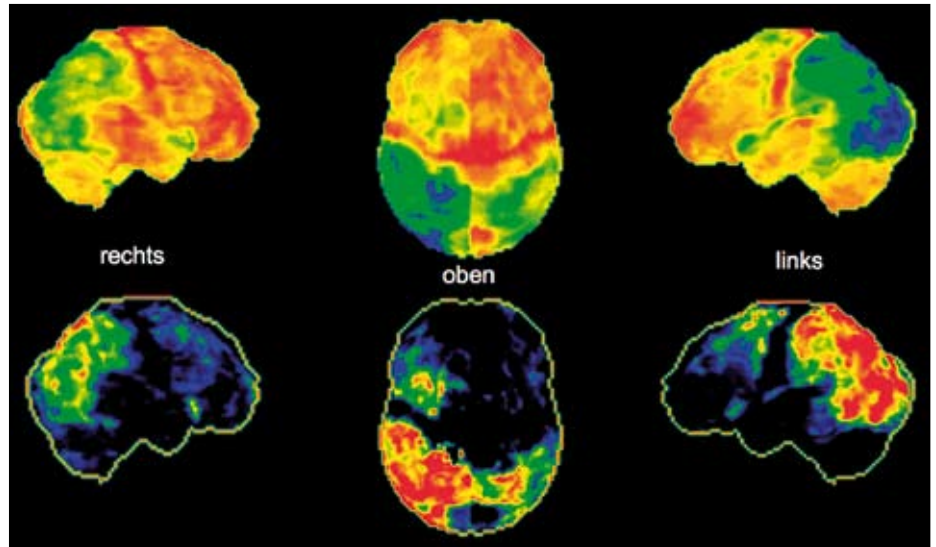


Abb. 7: Oben: Oberflächenprojektionen des Glukosemetabolismus des Gehirns bei einem Patienten mit M. Alzheimer: die roten Areale zeigen einen kräftigen (normalen) Stoffwechsel; die grünen Stellen zeigen den reduzierten (krankhaften) Stoffwechsel
Unten: Statistischer Vergleich des Glukosemetabolismus mit einem Normkollektiv: die roten Areale zeigen die stärkste Abweichung vom normalen Glukosestoffwechsel

Reduktionen. Die Zentralregion, das Zerebellum und die subkortikalen Strukturen (Striatum, Thalamus) bleiben sehr lange verschont.

Patienten mit einer *Lewy-Body-Demenz* (Parkinson assoziierte Demenz) zeigen fast dasselbe Stoffwechsellmuster wie ein M. Alzheimer-Patient. Zusätzlich ist ihr Stoffwechsel aber auch im primär visuellen Kortex reduziert, passend zu den von den Patienten häufig berichteten optischen Halluzinationen.

Patienten mit einer *fronto-temporalen Demenz* zeigen zunächst einen frontal und/oder temporal reduzierten Stoffwechsel, erst später auch parietale Reduktionen.

Epilepsien

PET/CT kann epileptogene Foci nachweisen. Diese Herde zeigen zwischen den Anfällen im PET/CT einen reduzierten Glukosestoffwechsel.

Am häufigsten wird eine PET/CT-Untersuchung benötigt, um bei *Temporallappen-*

epilepsie die betroffene Seite zu sichern. Im betroffenen Temporallappen zeigt sich dann ein reduzierter Glukosemetabolismus. Zeigen EEG, MRT und PET/CT einen konkordanten Befund, so kann vor Resektion des betroffenen mesialen Temporallappens meist auf eine invasive EEG-Ableitung zur Sicherung der Seite verzichtet werden. Seltener wird die PET/CT bei extratemporalen epileptogenen Foci angewandt.

Gliome

Gliome weisen mit zunehmendem Entdifferenzierungs-Grad einen stärkeren Glukosestoffwechsel auf. Eine FDG-PET/CT-Untersuchung kann in der Primärdiagnostik von Gliomen sinnvoll sein, um den am stärksten entdifferenzierten Teil eines Glioms zu bestimmen. Dadurch kann ein geeigneter Biopsieort festgelegt werden. Im Vergleich zum gesunden Gehirngewebe weisen Gliome einen deutlich gesteigerten *Aminosäurestoffwechsel* auf, weshalb Gliome oder deren Rezidive sehr gut im Aminosäure-PET/CT darstellbar sind. Am

häufigsten wird eine PET/CT-Untersuchung eingesetzt, wenn der MRT-Befund im *Re-Staging* unklar ist. Eine Aminosäure-PET/CT ermöglicht es dann, sicher zwischen Narbengewebe oder reaktiven Veränderungen und einem Gliom-Rezidiv zu unterscheiden.

Zusammenfassung, Ausblick

Die PET/CT-Untersuchung bietet bei den meisten Karzinom-Erkrankungen und Lymphomen einen deutlichen Vorteil beim *Staging* und *Re-Staging* im Vergleich zu den bisherigen bildgebenden Verfahren. Bei einer Indikation zur Durchführung einer CT zum *Staging* oder *Re-Staging* ist fast immer ein PET/CT indiziert, da es bei etwa jedem dritten Patienten therapieändernde Zusatzinformationen bringt. Das konnte auch in einer prospektiven Multicenter-Studie mit 41.000 PET-Untersuchungen an 1.300 Zentren gezeigt werden [21].

Die aktuell fehlende Abbildung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen führt allerdings dazu, dass diese Methode noch viel zu selten eingesetzt wird. Dabei fallen die Kosten einer PET/CT-Untersuchung im Vergleich zu den Kosten einer Tumorthherapie wenig ins Gewicht. Die Kosten für die Untersuchung werden lediglich beim Bronchialkarzinom bzw. bei der Abklärung eines Lungenrundherdes von den Krankenkassen übernommen. Nach vorheriger Einzelfallprüfung zahlen die Kassen die PET/CT-Untersuchung gelegentlich auch bei anderen Tumorarten. Im europäischen Ausland, auch in Ländern wie Polen, und in den USA hat man den Vorteil der PET/CT-Untersuchung bereits erkannt, die Untersuchungen sind dort in den Leistungskatalog übernommen.

Deutschland ist bezüglich PET/CT leider aktuell ein Entwicklungsland.

Anschriften der Verfasser

Dr. med. Christian Landvogt

Dr. med. Corinna Müller

PET/CT-Zentrum an der DKD Wiesbaden

Aukammallee 33

65191 Wiesbaden

PD Dr. med. Ulrich Lörcher

Abteilung für Radiologie

DKD Wiesbaden

Aukammallee 33

65191 Wiesbaden

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt.

Einsendeschluss ist der 25. Januar 2010

Literatur

- [1] Gould MK, Maclean CC, Kuschner WG, Rydzak CE, Owens DK. Accuracy of positron emission tomography for diagnosis of pulmonary nodules and mass lesions: a meta-analysis. *JAMA*. 2001 Feb 21;285(7):914-24. PubMed PMID: 11180735.
- [2] Pieterman RM, van Putten JW, Meuzelaar JJ, Mooyaart EL, Vaalburg W, Koëter GH, Fidler V, Pruim J, Groen HJ. Preoperative staging of non-small-cell lung cancer with positron emission tomography. *N Engl J Med*. 2000 Jul 27;343(4):254-61. PubMed PMID: 10911007.
- [3] Huebner RH, Park KC, Shepherd JE, Schwimmer J, Czernin J, Phelps ME, Gambhir SS. A meta-analysis of the Literature for whole-body FDG PET detection of recurrent colorectal cancer. *J Nucl Med*. 2000 Jul;41(7):1177-89. PubMed PMID: 10914907.
- [4] Williams RN, Ubhi SS, Sutton CD, Thomas AL, Entwisle JJ, Bowrey DJ. The early use of PET-CT alters the management of patients with esophageal cancer. *J Gastrointest Surg*. 2009 May;13(5): 868-73. Epub 2009 Jan 28. PubMed PMID: 19184245.
- [5] Noble F, Bailey D; SWCIS Upper Gastrointestinal Tumour Panel, Tung K, Byrne JP. Impact of integrated PET/CT in the staging of oesophageal cancer: a UK population-based cohort study. *Clin Radiol*. 2009 Jul;64(7):699-705. Epub 2009 May 26. PubMed PMID: 19520214.
- [6] Sun L, Su XH, Guan YS, Pan WM, Luo ZM, Wei JH, Zhao L, Wu H. Clinical usefulness of 18F-FDG PET/CT in the restaging of esophageal cancer after surgical resection and radiotherapy. *World J Gastroenterol*. 2009 Apr 21;15(15):1836-42. PubMed PMID: 19370780; PubMed Central PMCID: PMC2670410.
- [7] Nakamoto Y, Togashi K, Kaneta T, Fukuda H, Nakajima K, Kitajima K, Murakami K, Fujii H, Satake M, Tateishi U, Kubota K, Senda M. Clinical value of whole-body FDG-PET for recurrent gastric cancer: a multicenter study. *Jpn J Clin Oncol*. 2009 May;39(5):297-302. Epub 2009 Mar 5. PubMed PMID: 19269991.
- [8] Sim SH, Kim YJ, Oh DY, Lee SH, Kim DW, Kang WJ, Im SA, Kim TY, Kim WH, Heo DS, Bang YJ. The role of PET/CT in detection of gastric can-

- cer recurrence. *BMC Cancer*. 2009 Mar 1;9:73. PubMed PMID: 19250554; PubMed Central PMCID: PMC2651906.
- [9] Kauhanen SP, Komar G, Seppänen MP, Dean KI, Minn HR, Kajander SA, Rinta-Kiikka I, Alanen K, Borra RJ, Puolakkainen PA, Nuutila P, Ovaska JT. A Prospective Diagnostic Accuracy Study of 18F-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography, Multi-detector Row Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging in Primary Diagnosis and Staging of Pancreatic Cancer. *Ann Surg*. 2009 Dec;250(6):957-963. PubMed PMID: 19687736.
- [10] Freudenberg LS, Antoch G, Schütt P, Beyer T, Jentzen W, Müller SP, Görges R, Nowrousian MR, Bockisch A, Debatin JF. FDG-PET/CT in re-staging of patients with lymphoma. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2004 Mar; 31(3):325-9. Epub 2003 Nov 26. PubMed PMID: 14647988.
- [11] Dirisamer A, Halpern BS, Flöry D, Wolf F, Beheshti M, Mayerhoefer ME, Langsteger W. Integrated contrast-enhanced diagnostic whole-body PET/CT as a first-line restaging modality in patients with suspected metastatic recurrence of breast cancer. *Eur J Radiol*. 2009 Jan 30. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 19181468.
- [12] Nam EJ, Yun MJ, Oh YT, Kim JW, Kim JH, Kim S, Jung YW, Kim SW, Kim YT. Diagnosis and staging of primary ovarian cancer: Correlation between PET/CT, Doppler US, and CT or MRI. *Gynecol Oncol*. 2009 Nov 17. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 19926121.
- [13] Risum S, Høgdall C, Markova E, Berthelsen AK, Loft A, Jensen F, Høgdall E, Roed H, Engelholm SA. Influence of 2-(18F) fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography/computed tomography on recurrent ovarian cancer diagnosis and on selection of patients for secondary cytoreductive surgery. *Int J Gynecol Cancer*. 2009 May;19(4):600-4. PubMed PMID: 19509556.
- [14] Fulham MJ, Carter J, Baldey A, Hicks RJ, Ramshaw JE, Gibson M. The impact of PET-CT in suspected recurrent ovarian cancer: A prospective multi-centre study as part of the Australian PET Data Collection Project. *Gynecol Oncol*. 2009 Mar;112(3):62-8. Epub 2009 Jan 15. PubMed PMID: 19150121.
- [15] Freudenberg LS, Fischer M, Antoch G, Jentzen W, Gutzeit A, Rosenbaum SJ, Bockisch A, Egelhof T. Dual modality of 18F-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography/computed tomography in patients with cervical carcinoma of unknown primary. *Med Princ Pract*. 2005 May-Jun; 14(3):155-60. PubMed PMID: 15863988.
- [16] Al-Ibraheem A, Buck A, Krause BJ, Scheidhauer K, Schwaiger M. Clinical Applications of FDG PET and PET/CT in Head and Neck Cancer. *J Oncol*. 2009; 2009:208725. Epub 2009 Aug 20. PubMed PMID: 19707528; PubMed Central PMCID: PMC2730473
- [17] Schwimmer J, Essner R, Patel A, Jahan SA, Shepherd JE, Park K, Phelps ME, Czernin J, Gambhir SS. A review of the literature for whole-body FDG PET in the management of patients with melanoma. *Q J Nucl Med*. 2000 Jun;44(2):153-67. PubMed PMID: 10967625.
- [18] Husarik DB, Miralbell R, Dubs M, John H, Giger OT, Gelet A, Cservenyák T, Hany TF. Evaluation of [(18)F]-choline PET/CT for staging and restaging of prostate cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2008 Feb;35(2):253-63. Epub 2007 Oct 10. PubMed PMID: 17926036.
- [19] Grant FD, Fahey FH, Packard AB, Davis RT, Alavi A, Treves ST. Skeletal PET with 18F-fluoride: applying new technology to an old tracer. *J Nucl Med*. 2008 Jan;49(1):68-78. Epub 2007 Dec 12. Review. PubMed PMID: 18077529.
- [20] Drzezga A, Lautenschlager N, Siebner H, Riemenschneider M, Willoch F, Minoshima S, Schwaiger M, Kurz A. Cerebral metabolic changes accompanying conversion of mild cognitive impairment into Alzheimer's disease: a PET follow-up study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2003 Aug;30(8):1104-13. Epub 2003 May 23. PubMed PMID: 12764551.
- [21] Hillner BE, Siegel BA, Liu D, Shields AF, Gareen IF, Hanna L, Stine SH, Coleman RE. Impact of positron emission tomography/computed tomography and positron emission tomography (PET) alone on expected management of patients with cancer: initial results from the National Oncologic PET Registry. *J Clin Oncol*. 2008 May 1;26(13):2155-61. Epub 2008 Mar 24.

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Welche Aussage trifft zu?

1. Entzündliches Gewebe und Reparatorgewebe nimmt kein F-18-FDG auf.
2. Eine PET/CT-Untersuchung direkt nach einer Operation führt zu Problemen bei der Entdeckung von Fernmetastasen.
3. Durch Chemotherapie geschädigtes, aber noch vitales Tumorgewebe kann erst nach sechs Monaten im PET/CT beurteilt werden.
4. Eine Unterscheidung zwischen Tumorgewebe und Narbengewebe ist mit-

tels PET/CT-Untersuchung schlecht möglich.

5. Entzündliches Gewebe und Reparatorgewebe nimmt meist weniger F-18-FDG als Karzinome auf.

? 2.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Bei der Abklärung eines Lungenrundherdes weist die PET/CT-Untersuchung eine Sensitivität von > 90 % auf.
2. Durch die PET/CT-Untersuchung ergibt sich beim Bronchialkarzinom in 30-50 % der Fälle eine Änderung des zuvor geplanten therapeutischen Vorgehens.

3. Nicht-kleinzellige und kleinzellige Bronchialkarzinome zeigen eine erhöhte FDG-Speicherung.
4. Bronchoalveoläre Karzinome und Karzinomide zeigen eine besonders intensive FDG-Speicherung.
5. Beim Bronchialkarzinom können Lymphknoten- und Fernmetastasen mittels PET/CT sicherer entdeckt werden als mit der Computertomographie.

? 3.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. PET/CT ist die sensitivste Methode zur Entdeckung von Colon-Karzinom-

Metastasen und Lokalrezidiven.

2. Eine wichtige Indikation für eine PET/CT-Untersuchung ist die Abklärung des Verdachts auf ein Lokalrezidiv in einer präsakralen Narbenplatte.
3. PET/CT ist zum Screening auf Colonkarzinome die geeignetste Methode.
4. Eine wichtige Indikation für eine PET/CT-Untersuchung ist die Suche nach weiteren Tumorherden vor einer Metastasen-Operation.
5. Darmmuskulatur kann sich physiologischerweise als Mehranreicherung in der FDG-PET/CT-Untersuchung darstellen.

? 4.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Die PET/CT-Untersuchung ist beim Staging und Re-Staging von Lymphomen der Computertomographie überlegen.
2. Niedriggradige Lymphome haben im Vergleich zu höhergradigen Lymphomen einen gleich starken Stoffwechsel.
3. Das Initialstaging bei Lymphomen sollte zumindest bei Hoch-Risiko-Patienten mittels PET/CT erfolgen.
4. Mittels PET/CT kann bei Lymphomen das Ansprechen auf die Chemotherapie nach 1-2 Zyklen gut beurteilt werden.
5. Mittels PET/CT kann die Vitalität vorhandener Restlymphome nach Therapie beurteilt werden.

? 5.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. PET/CT ist bei Mamma-Karzinomen gut zum Re-Staging bei Verdacht auf ein Rezidiv geeignet.
2. Methode der ersten Wahl zur Abklärung suspekter Herde in der Mamma ist die Stanzbiopsie.
3. Die Detektion von Fernmetastasen bei Mamma-Karzinom gelingt mittels PET/CT gut.
4. Mikrometastasen in den axillären Lymphknoten können mittels PET/CT sicher erfasst werden.
5. Zur Bestimmung des Lymphknotenstatus bei bekanntem Mamma-Karzi-

nom sollte der Sentinel-Lymphknoten-Markierung mit anschließender histologischer Aufarbeitung der Vorzug gegenüber PET/CT gegeben werden.

? 6.) Welche Aussage trifft zu?

1. Karzinoide können am besten mit der In111-Octreotide-Szintigraphie dargestellt werden.
2. Gut differenzierte neuroendokrine Tumore weisen einen hohen Glukosestoffwechsel auf.
3. Mit zunehmender Entdifferenzierung neuroendokriner Karzinome kommt es zur Zunahme des Glukosestoffwechsels.
4. Ga-68-DOTATOC kann sehr empfindlich neuroendokrine Tumore aufspüren.
5. PET/CT-Untersuchungen bei C-Zell-Karzinomen erfolgen ausschließlich mit FDG.

? 7.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Prostata-Karzinome weisen wegen der erhöhten Zellmembransynthese einen gesteigerten Phospholipid-Stoffwechsel auf.
2. Zum Re-Staging bei erhöhtem PSA-Wert ist die PET/CT-Methode sehr gut geeignet.
3. Bei der PET/CT-Untersuchung bei Prostata-Karzinomen wird meist FDG verwendet.
4. Als Radiopharmakon wird beim Prostatakarzinom meist 18F-Cholin verwendet.
5. Mit steigendem PSA-Wert steigt die Nachweiswahrscheinlichkeit von Metastasen oder Lokalrezidiven mittels PET/CT.

? 8.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Bei Fieber unklarer Genese (FUO) kann nach sonst erfolgloser Ursachensuche mittels PET/CT in ca. 30 % der Fälle dann die Ursache gefunden werden.
2. Die PET/CT-Untersuchung sollte bei FUO im Fieberintervall oder möglichst kurz danach durchgeführt werden.

3. Eine Endokarditis kann mittels PET/CT sicher diagnostiziert werden.
4. Bei der Diagnostik einer Vaskulitis sollte die PET/CT-Untersuchung am besten vor Einleitung einer Therapie erfolgen.
5. Infekte von Gefäß- oder Gelenkprothesen können gut mittels PET/CT detektiert werden.

? 9.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Die Untersuchung des zerebralen Glukosestoffwechsels mittels PET/CT ist zur Frühdiagnostik von Demenzen sehr gut geeignet.
2. Bei Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen können die Patienten identifiziert werden, bei denen sich eine neurodegenerative Demenz entwickelt.
3. Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ zeigt sich ein reduzierter Glukosestoffwechsel im posterioren Cingulum und im Präcuneus, später auch parietal, temporal und frontal.
4. Mittels PET/CT kann nicht zwischen den einzelnen Demenzformen unterschieden werden.
5. Bei der Lewy-Body-Demenz zeigt sich ein ähnliches Befallsmuster wie bei der Alzheimer-Demenz mit zusätzlich reduziertem Stoffwechsel im primär visuellen Kortex.

? 10.) Welche Aussage trifft zu?

1. In der Primärdiagnostik von Gliomen wird die FDG-PET/CT-Untersuchung zur Lokalisation des am besten differenzierten Anteils eingesetzt.
2. Je entdifferenzierter das Gliom ist, desto geringer ist die FDG-Aufnahme.
3. Im Vergleich zum gesunden Hirngewebe weisen Gliome einen deutlich gesteigerten Aminosäurestoffwechsel auf.
4. Im Aminosäure-PET/CT gelingt keine sichere Unterscheidung zwischen Narbengewebe und einem Gliomrezidiv.
5. Das gesunde Hirngewebe weist einen geringen Glukosestoffwechsel auf.

Medizinisches Zahlenrätsel

Jedem Buchstaben der 10 Suchworte ist eine Zahl von 1-20 zugeordnet.
Das Lösungswort ergibt sich aus der vorgegebenen Zahlenreihe.

Diagnostisches Gerät in der Nuklearmedizin	1	2	3	3	2	4	2	3	5	6	2			
Mit diesem Gerät werden in der Nuklearmedizin Radionuklide hergestellt	7	8	4	9	10	11	6	10	12					
Vater der Computertomographie und Nobelpreisträger von 1979	13	10	14	12	15	16	17	5	9	18				
Häufig verwendetes Element in der Nuklearmedizin	16	9	14	10	6									
Neurologische Erkrankung, bei der das PET häufig zur prächirurgischen Diagnostik gehört	5	19	17	9	5	19	15	17	5					
Bildgebende Darstellung von Gefäßen	2	12	1	17	10	1	6	2	19	13	17	5		
Absiedelung von Tochtergeschwülsten bei Krebs	3	5	11	2	15	11	2	15	17	5	6	14	12	1
Radioaktiv markierte Substanz in der PET-Diagnostik	11	6	2	20	5	6								
Häufigste Demenzform (Eponym)	2	9	7	13	5	17	3	5	6					
Bösartiger Tumor epithelialer Herkunft	4	2	6	7	17	12	10	3						

Schlüssel

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Lösungswort

11	14	3	10	6	15	14	20	13	5

Suchanfrage

Darmstädter Arzt als Lebensretter im Urlaub auf Kos/Griechenland am 14. August 2009

Meine Hamburger Mandantin hat mich – auch im Namen ihrer minderjährigen Tochter Joelina (*16.11.2004) – beauftragt, in einer zivilrechtlichen Schadensersatzangelegenheit wegen eines Unfalls für sie tätig zu werden, der sich am 14. August 2009 im Schwimmbecken der **Hotelanlage „Gaia Royal Village“, Mastichari, Kos, Griechenland**, ereignete. Entsprechende Vollmacht wird anwaltlich versichert.

Bei diesem Vorfall wäre ihre Tochter beinahe ertrunken. Nur Reanimierungsversuche eines ebenfalls dort als Gast wohnen-

den Arztes aus Darmstadt retteten ihr Leben. **Wer ist dieser Lebensretter?** Da meine Mandantin weder Namen noch Heimatadresse des Arztes weiß, dieser im Falle einer drohenden gerichtlichen Auseinandersetzung mit dem Reiseveranstalter, jedoch dringend **als Zeuge gesucht** wird, bitte ich um **Kontakt-aufnahme**.

*Michael Lübeck, Rechtsanwalt,
Hamburg, Fon: 040 844920*

„Zukunft der konservativen orthopädischen Versorgung“

Mancher Leser wird sich fragen, warum sich mit einem Thema auseinander setzen, das nur ein kleines Randgebiet der Medizin darstellt *Joachim Pfeil*

Die konservative Orthopädie beinhaltet weit mehr als das Verschreiben von Schuheinlagen. Sie umfasst die Diagnostik unterschiedlichster Schmerzzustände des Haltungs- und Bewegungsapparates. Die Palette konservativer orthopädischer Behandlungsverfahren ist groß – Wissen und Erfahrung sind notwendig in der differentialtherapeutischen Anwendung dieser Verfahren. Auch die Nachbehandlung nach operativen Behandlungen fällt in das Gebiet der konservativen Orthopädie. Die Beratung bei Gelenk- oder Wirbelsäulenleiden, die Initiierung von rehabilitativen Maßnahmen sind Bereiche der konservativen Orthopädie. Bei Gutachten ist kein anderer Bereich der Medizin so bedeutsam, wie die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie. Ein immer differenzierteres Angebot an orthopädie-technischen Hilfsmitteln erfordert auch eine profunde Sachkenntnis bei der Verordnung von Orthesen, Prothesen und rehabilitativen Hilfsmitteln. Auch nicht zu unterschätzen sind die durchaus kostenrelevanten Verordnungen von physikalischen und krankengymnastischen Heilmaßnahmen. Sachkenntnis ist Voraussetzung für einen gezielten Einsatz dieser therapeutischen Verfahren. Gerade in diesem Bereich wird oft eine Evidenz basierte Ordnungspraxis vermisst. Viele orthopädische Leiden können alternativ konservativ oder chirurgisch behandelt werden, man denke hier nur z.B. an das weite Feld der Arthrotherapie und der Kreuzschmerzbehandlung. Viele Krankheiten können mit weniger Risiko für den Patienten auch mittels konservativer Maßnahmen geheilt oder gelindert werden als bei operativen Verfahren. Vielfältige Behandlungsverfahren in der Kinderorthopädie, wie die Behandlung der Hüft dysplasie und Fußdeformitäten sowie die langfristige Betreuung kör-

perlich Behinderter, sind in der konservativen Orthopädie angesiedelt.

Der konservative Orthopäde ist spezialisiert in schmerztherapeutischen Verfahren und ebenso auf dem Gebiet der orthopädischen Rheumatologie.

Was hat sich geändert, dass es notwendig ist, sich mit dem Thema der konservativen Orthopädie differenziert auseinander zu setzen?

Durch die Zusammenlegung der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie kam es zu einer verstärkten operativen Ausrichtung des neuen gemeinsamen Faches. Intensivmedizin, Polytrauma und Frakturversorgung nehmen nun einen gewichtigen Teil im Ausbildungscurriculum des neuen Facharztes ein. Die Gesamtausbildungszeit ist mit sechs Jahren genauso lang wie die frühere Ausbildungszeit zum orthopädischen Facharzt. Das bedeutet in der Ausbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen wird – in der ebenfalls stark operativ ausgerichteten Klinik – nur noch marginal Wissen der konservativen Orthopädie vermittelt. An den Universitätskliniken ist eine konservative orthopädische Ausbildung regelhaft nicht mehr vertreten. Im Weiterbildungscurriculum sind konservativ orthopädische Inhalte zwar aufgeführt, aber mit relativ geringer Gewichtung.

Die Domäne der konservativen orthopädischen Behandlung ist die orthopädische Praxis und wenige darauf spezialisierte rehabilitative Einrichtungen. Hierbei ist zu beobachten, dass die Anzahl der dort tätigen Ärzte rückläufig ist. Die Anzahl der Orthopäden, die schwerpunktmäßig konservativ tätig sind, geht dramatisch zu-

rück. Dies hat auch ökonomische Gründe. Die konservative Orthopädie wird kaum honoriert. Kostendeckend kann nicht mehr gearbeitet werden. Zusätzlich besteht das Risiko von Regressforderungen wegen dem Ordnungsverhalten. Sowohl die ambulante chirurgische Behandlung, noch weitaus mehr die konsiliarärztliche operative Behandlung in Kliniken ist finanziell attraktiver. So wird eine konsiliarärztliche Gelenkersatzoperation mittlerweile ca. hundertfach höher vergütet als die konservative Behandlung eines Kassenpatienten in der Praxis. Im Gegensatz zu den Praxiskosten bei konservativen Behandlungen fallen bei dieser Art der Tätigkeit nur geringe Unkosten an.

Aus der Summe der vorgenannten Gründe lässt sich klar ableiten, dass hier erhebliche qualitative Verschlechterungen in der Patientenversorgung nicht nur drohen, sondern bereits eingetreten sind und noch im größeren Umfang erwartet werden müssen. Dies hat Konsequenzen für den einzelnen Patienten, aber auch für das Gesamtsystem. Manch ein Patient dem bislang mit geringem Aufwand konservativ orthopädisch sein Wirbelsäulenleiden behandelt wurde oder seine Knieschmerzen kuriert bekam, wird keinen für diese Art des Vorgehens qualifizierten Arzt mehr finden. Rein operativ ausgerichtete Ärzte werden nun schneller kontaktiert und entsprechend wird mehr operativ behandelt. Dies ist sicher teurer und komplikationsträchtiger und führt zum Teil nicht zu einem besseren Behandlungsergebnis.

Was sind die Forderungen die sich daraus ableiten?

Zum einen wird ein Appell an die Verantwortlichen gerichtet werden müssen, dass konservativ orthopädische Inhalte einen

größeren Raum beim neuen Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie einnehmen. Dies betrifft das Weiterbildungscurriculum, die Schaffung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsverbünden, als auch die Wertung bei der Facharztprüfung. Dies allein wird aber die Problematik nicht entscheidend ändern. Nur wenn die Vorgaben der Politik, vermittelt durch die Restriktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Wertigkeiten der konservativen Orthopädie deutlich verbessern wird, wird dieselbe auch in Zukunft bestehen. Ohne Budget kein Anreiz zur Leistungserbringung. Auch hier ist Aufklärungsbedarf, insbesondere

auf der Ebene der Politik, aber auch im innerärztlichen Verteilungskampf notwendig.

Die Fragestellung von Seiten des Patienten ist: Wie kann eine adäquate konservative orthopädische Behandlung erlangt werden?

Die allererste ehrliche Antwort ist sicher die, dass es schwieriger wird und für manchen die bisherige Qualität nicht mehr erreichbar ist. Der Unterschied zwischen Allgemeinarzt und niedergelassenen Orthopäden/Unfallchirurgen wird durch

die Ressourcenverknappung bei den Therapiemöglichkeiten für kassenärztlich Versicherte geringer. Mangels konservativ tätiger Orthopäden wird der Hausarzt den Patienten länger selbst behandeln und eher einem operativ tätigen Spezialisten zuweisen.

Kinderorthopädische Behandlungen werden von wenigen Spezialisten mit entsprechend langen Anfahrtswegen, oftmals für die Eltern der Patienten nicht möglich sein. Die Pädiater werden Teile der kinderorthopädischen Diagnostik und Therapie übernehmen, obgleich sie auf diesen Gebieten nicht speziell ausgebildet sind.

In der Sportorthopädie werden vermehrt Physiotherapeuten tätig werden. Der internistische Rheumatologe wird eventuell Teile des bislang vom orthopädischen Rheumatologen abgedeckten Gebietes mitbetreuen. Dem steht die geringe Anzahl internistisch tätiger Rheumatologen entgegen. Im aktuellen Memorandum der Rheumatologie wird von einem Bedarf von 1.350 internistischen Rheumatologen ausgegangen, 700 sind jedoch nur tätig.

Im Sinne der Patientenversorgung ist es an der Zeit, die bereits mancherorts deutlichen Veränderungen darzustellen – mit der Prognose der deutlichen Zunahme der Defizite. Die Gretchenfrage wird sein – wird die qualitative und quantitative Verschlechterung, insbesondere für den kassenärztlich Versicherten akzeptiert oder besteht die Bereitschaft der Verantwortlichen dagegen aktiv zu werden.

Anschrift des Verfassers

*Professor Dr. med. Joachim Pfeil
Orthopädische Klinik
St. Josefs-Hospital
Beethovenstraße 20
65189 Wiesbaden
E-Mail: jpfeil@joho.de*

Traumaversorgung und Luftrettung

Zwei Systeme arbeiten Hand in Hand

Dr. med. Uwe Schweigkofler, Ltd. Hubschrauberarzt Christoph 2, c/o BG-Klinik Frankfurt, Friedberger Landstr. 430, 60389 Frankfurt

Dr. med. Christoph Reimertz, stellv. Ltd. Hubschrauberarzt Christoph 2, c/o BG-Klinik Frankfurt, Friedberger Landstr. 430, 60389 Frankfurt

Peter Stahl, Sprecher der AG leitender Hubschrauberärzte in Hessen, c/o Rotes Kreuz Krankenhaus gGmbH, Hansteinstr. 29, 34121 Kassel

Einleitung

Die Luftrettung ist ein hochspezialisiertes Notarztrettungssystem mit eigenen systemimmanenten Stärken und Schwächen. Natürlich besteht in allen Rettungsdienstkreisen des Landes Hessen ein flächendeckendes Netz von bodengebundenen Notarztsystemen, welches unabhängig von der Luftrettung eine adäquate notärztliche Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit im Lande sicherstellt.

Es ist hervorzuheben, dass die Luftrettung keine Konkurrenz zum bodengebundenen Notarztendienst darstellt, sondern eine sinnvolle Ergänzung. Die Luftrettung wird in Hessen durch drei Primärrettungshubschrauber (Christoph 2 Frankfurt, Christoph 7 Kassel und Christoph 28 Fulda) repräsentiert. Unterstützt wird dieses Netz der Primärrettungshubschrauber (RTH) durch den Sekundärhubschrauber Christoph Hessen, der vor allem für Interhospitaltransporte in Hessen vorgesehen ist.

Seit 35 Jahren ist die Luftrettung in Hessen etabliert und integraler Bestandteil im Konzept der Versorgung von Notfallpatienten. Während in der Anfangsphase vor allem der chirurgische Einsatz die Domäne



Teilnehmer des PHTLS-Kurs auf dem Dachlandeplatz des Luftrettungszentrums Chr.2

der Luftrettung war, wird der Anteil an internistisch/neurologischen Einsätzen, unter anderem auch durch regionale Schwierigkeiten bei der Besetzung bodengebundener Notarztstandorte, ständig größer. Die Luftrettung in Hessen steht für eine überregionale Versorgung. Schon seit den 70er Jahren war der Transport von Unfallopfern aus dem ländlichen Umfeld der Ballungsgebiete in die großen Kliniken

üblich. Aber auch bei internistisch/neurologischen Krankheitsbildern hat sich die spezialisierte Therapie in Zentren (z.B. Stroke-unit, Herzkatheterlabor) mit guten Resultaten für die Patienten etabliert. Gleichzeitig gibt es derzeit in Deutschland vielfältige Initiativen und Projekte mit dem Ziel der ständigen Verbesserung der Schwerverletztenversorgung. Unter der Regie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Tabelle Strukturdaten der Luftrettungszentren

Standort	Name	Eigentümer	Träger	Betreiber	Piloten	Notärzte	Rett.Ass.	RTH-TYP
Frankfurt	Christoph 2	BMI	Land Hessen	BGS	BGS Flgst. Mitte	BGU Ffm	Feuerwehr	EC 135 T2i
Kassel	Christoph 7	BMI	Land Hessen	BGS	BGS-Flgst. Mitte	Rotes Kreuz KH Kassel	DRK Kassel	EC 135 T2i
Fulda	Christoph 28	ADAC	Land Hessen	ADAC	ADAC	Klinikum Fulda	DRK Fulda	EC 135
Reichelsheim	Christoph Hessen	Heli-Flight	Land Hessen	JUH Hessen/ RH Pfalz/ Saar	Heli-Flight	Sog. Freelancer	Johanniter RV OF	EC Sa 365 N

gie (DGU) werden bundesweit so genannte Traumanetzwerke als Verbund von Versorgungskliniken etabliert, um überall und jederzeit eine optimale Schwerverletztenversorgung zu erreichen (Weißbuch der DGU, 2006).

Um die präklinische Versorgung von Traumatpatienten und die Schnittstelle von Rettungsdienst und Versorgungsklinik weiter zu optimieren, haben die vier hessischen Luftrettungszentren eine gemeinsame Weiterbildung zum Thema Traumaversorgung initiiert.

Struktur der Luftrettungsstationen

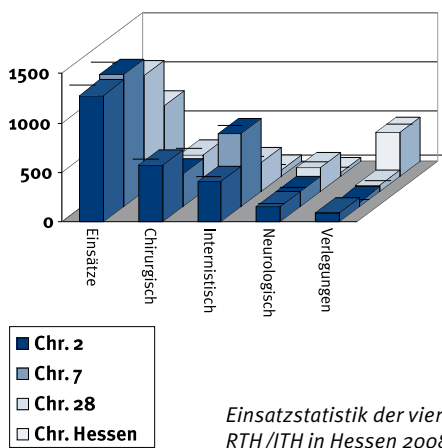
Die vier Luftrettungsstationen zeigen Unterschiede in der Organisationsstruktur und in ihrem jeweiligen Einsatzspektrum. Gemeinsam ist allen hessischen Rettungshubschraubern, dass sie die „Rettung aus der Luft“ bringen.

In allen Luftrettungsstationen wurde den medizinisch-technischen, infrastrukturellen und ökonomischen Entwicklungen mit einer kontinuierlich verbesserten Qualität der Aus- und Weiterbildung der Mannschaft sowie einer Optimierung der Ausrüstung Rechnung getragen.

Die Betriebszeit der Luftrettungszentren beginnt um 7:00 Uhr und endet – jahreszeitentsprechend – mit dem Sonnenuntergang. Der Einsatzradius des RTH für den primären Rettungseinsatz beträgt ca. 50-70 km um die jeweilige Luftrettungsstation. Eine generelle Nachtflugerlaubnis für Rettungshubschrauber bei Primäreinsätzen besteht in Deutschland nicht, da z.Zt. noch keine Nachtsichtgeräte genutzt werden. Dahingegen können Sekundärtransporte (Interhospitaltransfer) bei gegebener medizinischer Indikation auch nachts mit dem Hubschrauber geflogen werden, entsprechend ist der ITH Christoph Hessen 24h einsatzfähig.

Einsatzaufkommen und Indikationen

Die drei RTH in Hessen weisen seit vielen Jahren ein relativ konstantes Einsatzaufkommen und Einsatzspektrum auf. Der ITH Chr. Hessen zeigt gemäß der Aufgabe als Sekundärhubschrauber ein entsprechend unterschiedliches Bild.



Wandel der Einsatzindikationen

Eine statistische Aufarbeitung der Einsatzdaten aus der Anfangszeit der Luftrettung ist bei fehlender kontinuierlicher Dokumentation leider nicht mehr möglich. Der Einleitung entsprechend standen schwere Verkehrsunfälle und chirurgische Notfälle im Vordergrund.

Während in der Frühphase der Luftrettung der Gedanke führend war, einen Arzt so rasch wie möglich zum Notfallpatienten zu transportieren, steht heute, zumindest für das Luftrettungszentrum Christoph 2, die überregionale Einbindung der Notfallversorgung in ein Netz von Trauma- bzw. Therapiezentren im Vordergrund. Der Einsatzanteil, bei denen der Rettungshubschrauber als erstes arztbesetztes Rettungsmittel vor Ort ist, nimmt zumindest im RheinMainGebiet ab. In nur 10 % aller Einsätze ist der RTH Chr.2 ersteintreffen des Rettungsmittel am Notfallort. In knapp

30 % der Fälle war bereits ein bodengebundenes Notarztsystem mit der Versorgung des Notfallpatienten betraut. Ursächlich dafür ist sicher auch eine bessere Ausstattung der umgebenden Rettungsdienstkreise mit bodengebundenen flexiblen Notarztsystemen (NEF). Dem Rettungshubschrauber kommt so oft die Aufgabe des raschen und schonenden Transportes in überregionale Versorgungseinheiten zu. Ein Anteil von 53 % „chirurgischer Notfälle“ an allen Alarmierungen und Einsätzen des Hubschraubers Chr.2 dokumentiert jedoch gut die überdurchschnittliche Einbindung in die Traumanetzwerkstrukturen.

Nur ein solches überregionales Versorgungskonzept kann auch bei steigendem Kostendruck die nötigen Ressourcen (medizinisches Know How, Blutprodukte, Personal, etc.) wirtschaftlich bereitstellen und so die eigentlichen Vorhaltekosten reduzieren. Ein Aspekt der durch die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen wird. Auch wenn in Nordhessen noch viele Einsatzleitstellen den RTH immer noch ausschließlich bei traumatologischen Indikationen einsetzen, erfolgen beim Christoph 7 ca. 65 % der Alarmierungen aufgrund von internistisch/neurologischen Krankheitsbildern.

Auch im Luftrettungszentrum Fulda dominieren die internistisch/neurologischen Indikationen. Wahrscheinlich aufgrund der Tatsache, dass aufgrund der oft ländlichen Strukturen die notärztliche Versorgung aus der Luft schneller verfügbar ist, als ein bodengebundenes System.

Durch die sich andeutenden Probleme auch kleinere Notarztstandorte ausreichend mit qualifiziertem ärztlichem Personal besetzen zu können, wird in Zukunft die Luftrettung hier voraussichtlich häufiger in die „Bresche“ springen müssen.

Hoher Anspruch an die notärztliche Qualifikation

Die Besatzungen der Luftrettungsstationen Frankfurt, Kassel und Fulda haben seit ihrer Gründung 1972 bzw. 1974 und 1984 gemeinsam ca. 100.000 mal unter Beweis gestellt, dass sie auch schwierigen Einsatzlagen gewachsen sind. Es wurden Standards für Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter definiert und die medizinische Ausstattung optimiert.

Die Erweiterung des Indikationsspektrums erfordert auch die Anpassung der Qualifikation der eingesetzten Notärzte. In den letzten Jahren entwickelte sich bezüglich Ausbildungs- und Ausstattungsanforderungen eine intensivere Abstimmung sowohl der Luftrettungszentren untereinander als auch mit dem Rettungsdienstträger.

Unter dem Eindruck der Initiative Traumanetzwerk® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zur Verbesserung der Schwerverletztenversorgung entschlossen sich die ärztlichen Leiter der vier hessischen Luftrettungsstationen den Weiterbildungsschwerpunkt 2009 auf das Thema Traumaversorgung zu lenken, um nicht nur die Versorgung der Patienten zu verbessern sondern auch die Schnittstelle zur Klinik zu optimieren.

Am 30. und 31. Oktober 2009 wurde in der BG Unfallklinik Frankfurt ein Inhouse Kurs zur Versorgung von Traumapatienten durchgeführt. Der sog. PHTLS®-Kurs (pre hospital trauma life support) hat zum Ziel, die präklinische Versorgung von Unfallopfern weiter zu verbessern.

Das PHTLS®/ATLS® Konzept

In Anlehnung an das Advanced-Cardiac-Life-Support Programm der American Heart Association wurde Ende der 70er Jahre ein Trainingsprogramm zum Traumama-

nagement vom American College of Surgeons (ACS) entwickelt. Der so genannte **Advanced Trauma Life Support (ATLS®)** ist ein international etabliertes Kursprogramm, dass es Ärzten in Krankenhäusern jeder Versorgungsstufe ermöglichen soll, Traumapatienten in der „golden hour“ optimal zu versorgen. Die deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat dieses Kurskonzept mit den damit verbundenen Praxisempfehlungen 2003 für die frühe klinische Versorgung von Traumapatienten eingeführt. Entsprechende Ausbildungs- und Behandlungskonzepte wurden auch für die präklinische Versorgung von Verletzten entwickelt. So wurde im Sommer 2007 unter dem Dach des Berufsverbandes Rettungsdienst e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) als eines der möglichen Kurskonzepte, das „**Prehospital Trauma Life Support (PHTLS®)**“ auch in Deutschland eingeführt. Das aus den USA kommende und in vielen europäischen Anrainerländern bereits etablierte

System soll die erfolgreichen Konzepte von ATLS® auch in der prähospitalen Traumaversorgung „auf die Straße bringen“.

Ziel ist es, eine schnelle und sichere Zustandeinschätzung des Patienten in einem ersten Untersuchungsgang (primary survey) vorzunehmen und den sog. „kritischen“ Patienten zu erkennen und zu behandeln. Hierbei werden prioritätenorientiert lebensbedrohende Verletzungen erkannt und deren Behandlung eingeleitet. In einer Reevaluation wird durch den zweiten „cranio-caudalen Untersuchungsgang“ (secondary survey) Verletzungsmuster und -schwere eingeschätzt und eine situationsgerechte Therapie begonnen. Die Untersuchung und Behandlung nach der ABCDE-Regel (A=Airway, B=Breathing, C=Circulation...) stellt den Leitfaden des Behandlungsalgorithmus dar. Das „ABCDE“ soll sich als universelle Sprache der Schwerverletztenversorgung etablieren.

Die Strategien von PHTLS® und ATLS® lassen sich gut auf die Arbeit der Rettungsteams in der Luftrettung übertragen.

Erster gemeinsamer PHTLS® Kurs der vier hessischen Luftrettungszentren

Unter dem Einsatz modernster Lehrmedien und durch ein professionelles Ausbildungsteam aus ganz Deutschland und der Schweiz wurden Rettungsteams aller vier Luftrettungszentren zwei Tage lang in speziellen Situationen der Unfallrettung trainiert. Neben Versorgungstechniken wie z.B. der schnellen und schonenden Rettung eines Wirbelsäulenverletzten aus einem PKW, wurden Themen wie ein optimales Zeitmanagement beim Trauma vermittelt. Hierbei lag der Schwerpunkt auf so genannten Hands-on Bestandteilen, in denen die vorher vermittelten Algorithmen aktiv trainiert wurden.

Neben der individuellen Weiterbildung der teilnehmenden Notärzte (Chirurgen und Anästhesisten) und der Rettungsassistenten, konnte insbesondere auch die Zusammenarbeit im Team trainiert werden.

Fazit

Auch wenn rein quantitativ der Anteil an chirurgischen Einsätzen in der Luftrettung abzunehmen scheint, gilt es die aktuellen Entwicklungen in der Traumaversorgung aufzunehmen. Eine Verbesserung der Schwerverletztenversorgung unter qualitativen aber auch ökonomischen Aspekten erfordert die derzeit aktiv vorangetriebene Netzworkebildung (Traumanetzwerk®). Die Luftrettung ist eines der wesentlichen

Elemente, die eine solche überregionale Versorgung auch praktisch umsetzen kann. Eine entsprechende Weiterbildung der „Akteure vor Ort“ ist hierfür Grundvoraussetzung. Durch einen gemeinsamen Weiterbildungskurs haben die vier hessischen Luftrettungszentren diesen Entwicklungen Rechnung getragen.

Korrespondenzadresse

*Dr. med. Uwe Schweigkofler
Ärztlicher Leiter Chr.2
c/o BG Unfallklinik
Friedberger Landstraße 430
60389 Frankfurt
E-Mail: Uwe.Schweigkofler@
bgu-frankfurt.de*

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

18. Wartburggespräch

Ärztliche Prävention und Epikrise – Ungesagtes fühlbar machen

Sonntag, 31. Jan. – Dienstag, 02. Feb. 2010

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

Teilnahmebeitrag: € 110

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft: Kontaktaufnahme per E-Mail: bm_kraemer@web.de;

Rückfragen von Arzt-/Behandlerseite:

Prof. Dr. med. W. Schüffel, Fon: 06421 176330

22. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

55 P

Das Intensivmedizinische Einführungsseminar soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen der Weiterbildungsrotation auf der kardiologischen oder interdisziplinären Intensivstation eingesetzt werden, im Sinne einer Qualitätssicherung vorbereiten. Die Inhalte des Seminars orientieren sich deshalb an den praktischen Bedürfnissen des Alltags der Intensivmedizin. Alle wesentlichen Inhalte werden zusätzlich als „hand out“ den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Der Seminarstoff wird auf der Basis eines pathophysiologischen Verständnisses dargestellt, damit durch das Verstehen von WIE und WARUM die notwendige Flexibilität in der praktischen Umsetzung der neueren Erkenntnisse jederzeit möglich ist.

Montag, 22. – Freitag, 26. März 2010, jeweils 08:30 – 17:30 Uhr

Leitung: PD Dr. Dr. med. T. O. Hirche, Wiesbaden

Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum

Seminarraum der Pneumologie, Haus 15 B, 4. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

Gemeinsame Fortbildungsreihe für Hausärzte der LÄKH in Zusammenarbeit mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD), DMP-zertifiziert.

Mittwoch, 24. März 2010, 15:00 – 20:00 Uhr

6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße / Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. M. B. Braun, Schlüchtern (Teil 5)

Dr. med. M. Eckhard, Gießen (Teil 6)

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Weitere Termine 2010: 30. Juni, 29. Sep., 01. Dez.

Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie

Burnout bei Ärzten – Betroffen sein und offen für Hilfe 7 P

Themen: Burnout, Sucht- und Suizidrisiko bei Ärzten; Arzt, ein schöner, aber gefährlicher Beruf; Medizinische und berufsfördernde REHA Maßnahme; Supervision

Samstag, 06. Feb. 2010, 09:30 – 15:30 Uhr

Leitung: Dr. med. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.flloeren-benachib@laekh.de

5. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Veranstaltung in Zusammenarbeit mit LAG Hospize, HAGE und Arbeitsbereich KASA.

Qualifizierung – Ziel: Wie kann eine gemeinsame, fachübergreifende Fortbildung aussehen? 7 P

Themen: Qualifizierung in der Medizin und Pflege; Qualifizierung der Ehrenamtlichen in den Hospizinitiativen: Was gibt es für Qualifizierungen? Wie kann eine optimale Zusammenarbeit aussehen? Welche Veränderungen sind notwendig durch Gesetze und Rahmenvereinbarungen und was heißt das für vorhandene Curricula? Präsentationen der Arbeit der Palliative Care Teams, der ambulanten Hospizinitiativen und stationären Hospize; Arbeitsgruppen entsprechend der Hessischen Krankenhaus-Planungsregionen – Leitfragen für die Arbeitsgruppen: Was läuft in der Region? Welche Angebote sollte es geben?; Welche Qualität kann von den Angeboten zur Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung erwartet werden?; Wie könnte eine gemeinsame, fachübergreifende Qualifizierung aussehen?

Mittwoch, 21. Apr. 2010, 10:30 – 17:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 15 inkl. Getränke und Mittagsimbiss

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schad, Akademie,

Fon: 06032 782-222, Fax: -228, E-Mail: juliane.schad@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2010

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

Montag, 19. – Samstag, 24. Apr. 2010

insg. 51 P

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,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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



Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen**Samstag, 09. Okt. 2010, 09:00 – 17:30 Uhr****Leitung:** Dr. med. P. Neumann, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 160 (Akademiemitgl. € 144)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fon: 06032 782-211, Fax: -229

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de**HIV – Update 2010 –****Was ich schon immer über HIV wissen wollte****Mittwoch, 19. Mai 2010, 16:00 – 20:00 Uhr****Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de**18. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie****Krebskrankheit und Blutgerinnung**

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Innere Medizin und Klinische Pharmakologie – eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen.

Samstag, 13. März 2010, 9:00 s.t. bis 15:00 Uhr**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.

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

Prof. Dr. med. Elke Jäger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie,Fon: 06032 782-223, Fax: -228, E-Mail: christina.ittner@laekh.de**Repetitorium Allgemeinmedizin**

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

16 P**Samstag, 19. – Sonntag, 20. Juni 2010, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr****Leitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de**Hautkrebs-Screening****Freitag, 15. Jan. 2010, 13:00 – 21:00 Uhr****11 P****Freitag, 29. Jan. 2010, 13:00 – 21:00 Uhr****11 P****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,Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de**8. Internationale Kasseler Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung**

In Kooperation mit: Akademie der Landesärztekammer Hessen, AG Kinderschutz in der Medizin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte, Kooperationsarbeitskreis sexueller Missbrauch Kassel, Kinderklinik & Kinderschutzambulanz des Klinikum Kassel

Freitag, 05. – Samstag, 06. März 2010**17 P****Leitung:** Dr. med. B. Hermann, Kassel**Tagungsort:** Kassel,

Hörsaal Klinikum, Mönchebergstr. 48e, Gebäude 48

Information und Anmeldung: DGfPI e.V. Geschäftsstelle,

Mendelssohnstr. 17, 40233 Düsseldorf, Fon: 0211 87514-024,

Fax: 0211 87514-025, E-Mail: Info@dgfpi.de,Online: www.dgfpi.de, www.kindesmisshandlung.de**II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung****Arbeits- und Betriebsmedizin****(360 Std.)**

Grundkurs A1 **Samstag, 23. Jan. – Samstag, 30. Jan. 2010**
 Telelernphase B1 **Samstag, 23. Jan. – Donnerstag, 04. März 2010**
 Aufbaukurs B1 **Samstag, 27. Feb. – Samstag, 06. März 2010**
 Aufbaukurs C1 **Samstag, 17. Apr. – Samstag, 24. Apr. 2010**
 Grundkurs A2 **Samstag, 11. Sep. – Samstag, 18. Sep. 2010**
 Aufbaukurs B2 **Samstag, 30. Okt. – Samstag, 06. Nov. 2010**
 Aufbaukurs C2 **Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 2010**

Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz / Dr. med. D. Kobosil**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** € 490 (Akademiemitgl. € 441)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de**Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)**

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

32 P**Freitag, 03. Sep. – Samstag, 04. Sep. 2010 und****Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010****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,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V. / DÄGfA gemäß Curriculum der BÄK.

I. Teil Theorie (120 Stunden)

Freitag, 29. Jan. – Sonntag, 31. Jan. 2010	A1-A3
Freitag, 26. Feb. – Sonntag, 28. Feb. 2010	B1-B3
Freitag, 26. März – Sonntag, 28. März 2010	C1-C3
Freitag, 30. Apr. – Sonntag, 02. Mai 2010	D1-D3
Freitag, 14. Mai – Sonntag, 16. Mai 2010	E1-E3
Freitag, 18. Juni – Sonntag, 20. Juni 2010	A1-A3
Freitag, 10. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	B1-B3
Freitag, 01. Okt. – Sonntag, 03. Okt. 2010	C1-C3
Freitag, 05. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010	D1-D3
Freitag, 04. Dez. – Samstag, 05. Dez. 2010	E1-E2
und Samstag, 11. Dez. 2010	E3

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen / Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 30. Jan. – Sonntag, 31. Jan. 2010	G13-G14
Samstag, 06. März – Sonntag, 07. März 2010	G15-G16
Samstag, 15. Mai – Sonntag, 16. Mai 2010	G15-G16
Samstag, 11. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	G17-G18
Samstag, 06. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010	G19-G20

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de
oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.
Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C1	06. Feb. 2010	8 Std.	8 P
Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken.			
Kurs C2	24. Apr. 2010	6 Std.	6 P
Psychosomatische Grundversorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme des alten Menschen – verbale Interventionstechniken.			

Kurs A	11./12. Juni 2010	20 Std.	20 P
Psychosomatische Grundversorgung – Theorie			
Kurs B	10./11. Sep. 2010	20 Std.	20 P
Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken			
+ Balintgruppe (extern zu besuchen)		30 Std.	

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16	Kurs A wird anerkannt
Psychosomatische Grundversorgung – Theorie	
Block 17	Kurs B wird anerkannt
Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken	

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Fon: 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)

(s. HÄBI S. 13)
insg. 30 P
Einführung Telelernphase: 23. Jan. 2010
Telelernphase: 23. Jan. – 04. März 2010
Präsenzphase: 05. – 06. März 2010
mit abschließender Lernerfolgskontrolle
Leitung: Dr. med. D. Kobosil / R. Demare, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 26. – Samstag, 27. März 2010 12 P
Modul II: Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010 12 P
Modul III: Freitag, 02. – Samstag, 03. Juli 2010 16 P
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,
Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Didaktik

Moderatorentaining 20 P
In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.
Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken für Qualitätszirkel, inkl. der Vermittlung von entsprechenden Methoden u. Techniken.
Freitag, 30. Apr. – Samstag, 01. Mai 2010
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)
Tagungsort: Fulda
Rhetorik 17 P
Effektives Kommunizieren im ärztlichen Umfeld.
Freitag, 12. Feb. 2010, 16:00 – 20:00 Uhr
Samstag, 13. Feb. 2010, 09:00 – 17:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. sc. hum. Kai Witzel
Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: -220,
E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.) insg. 100 P

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)
Teil I: Freitag, 19. – Samstag, 20. März 2010
Teil II: Freitag, 16. – Samstag, 17. Apr. 2010
Teil III: Freitag, 07. – Samstag, 08. Mai 2010
Teil IV: Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010
Teil V: Freitag, 25. – Samstag, 26. Juni 2010
Hospitation: Mittwoch, 30. Jun./Freitag, 02. u. Samstag, 03. Jul. o. nach Absprache
Klausur nach Absprache, 2. Augsthälfte
Leitung: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen
Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 1250 (Akademiemitgl. € 1125)
Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Hospitation: Frankfurt a. M. und Gießen, Universitätskliniken
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

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

**Freitag, 07. Mai – Samstag, 08. Mai 2010 und
Freitag, 11. Juni – Sonntag, 13. Juni 2010**

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)
inkl. Verpflegung

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Freitag, 11. Juni – Samstag, 12. Juni 2010 (16 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock
Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Notfallmedizinisches Intensivtraining in der niedergelassenen Praxis

Samstag, 16. Jan. 2010

10 P

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Kurs „Ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen Schnittstellen“ – nicht nur für „ÄLRD“

Kursmodul I (alleine) **Mittwoch, 27. – Freitag, 29. Jan. 2010**

€ 390 (Akademiemitgl. € 351)

Kursmodul II (alleine) **Freitag, 29. – Samstag, 30. Jan. 2010**

€ 240 (Akademiemitgl. € 216)

Kursmodul I + II **Mittwoch, 27. – Samstag, 30. Jan. 2010**

€ 480 (Akademiemitgl. € 432)

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Freitag, 05. – Sonntag, 07. März 2010

Freitag, 08. – Sonntag, 10. Okt. 2010

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen / M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:

Kursteile A-D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.) **80 P**

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg und dem DRK Rettungsdienst Mittelhessen.

Freitag, 12. März – Samstag, 20. März 2010

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen-Marburg,
Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

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

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,
Bildungszentrum: Frau E. Geßner, Postfach 1720, 35007 Marburg,
Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bz-marburg.de

Interkulturelle Kompetenz für Heil- und Gesundheitsberufe

In Kooperation mit der Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten Hessen.

Modul 1: **Migration – Integration (16 UE) 05./06. März 2010**

Modul 4: **West- u. Südasien, inkl. Indien (16 UE) 28./29. Mai 2010**

Modul 5: **Südostasien u. China (16 UE) 03./04. Sep. 2010**

Leitung: Dr. med. U. Schreiber-Popović

Dipl.-Psych. U. Cramer-Düncher

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul III **15. – 19. März 2010** **40 P**
€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Aufbaukurs Modul I **11. – 15. Mai 2010** **40 P**
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul II **23. – 27. Juni 2010** **40 P**
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III **08. – 12. Nov. 2010** **40 P**
€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **30. Nov. – 04. Dez. 2010** **40 P**
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Aufbaukurs Modul II **21. – 25. Apr. 2010** **40 P**
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Solms-Oberbiel,

Kloster Altenberg

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung angeboten.

Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. Weiterbildungsordnung der LÄKH.

Der Kurs besteht aus drei Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Telelernphase: (Termin wird noch bekannt gegeben)

Block I **Montag, 19. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010**

Block II **Freitag, 28. Mai – Sonntag, 30. Mai 2010 und**

Freitag, 17. Sep. – Sonntag, 19. Sep. 2010

Block III **Montag, 08. Nov. – Freitag, 12. Nov. 2010**

Leitung: Dr. med. H. Herholz / Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Das 16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung 2010 ermöglicht Ihnen, in sechs Blockveranstaltungen zu je 20 Std. das Zertifikat „Psychosomatische Grundversorgung“ zu erwerben. Es berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung. Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Std. Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Std. Interventionstechniken, 20 Std. Wissen, d. h. insgesamt 80 Std.. In den Teilnahmegebühren sind die Gebühren für die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) enthalten.

I. 15. Jan. – 17. Jan. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

A. Der Patient, seine Krankheit und die Interaktion: Herzneurose, Herzinfarkt; Einführung in die Balintgruppenarbeit.

B. Inhalt und Techniken der Gesprächsführung/der Intervention/des Wissens: Austausch über Erwartungen/Erfahrungen von TeilnehmerInnen mit DozentInnen; Leistungen entsprechend der Psychosomatischen Grundversorgung; Aufbau und Ablauf des psychosomatischen Erstgesprächs und Verlaufsgesprächs: Das Bewegende Seminar. Was ist bei der Dokumentation zu berücksichtigen?; Seelische Entwicklung I; Übertragung und Gegenübertragung.

II. 19. Feb. – 21. Feb. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

III. 16. Apr. – 18. Apr. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

IV. 28. Mai – 30. Mai 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

V. 27. Aug. – 29. Aug. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

VI. 19. Nov. – 21. Nov. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

33. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2010

Theorie und Praxis: Modelle der psychosomatischen Medizin; Das positive Menschenbild unter dem transkulturellen Ansatz; Pathogenese und Salutogenese; Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen. Krankheit und Familiendynamik; Interaktion in Gruppen; Vier Formen der Krankheitsbewältigung (Coping); Differentialindikation von Psychotherapieverfahren; Neurosenlehre verschiedener psychotherapeutischer Schulen; Erstinterview; 5 Stufen der Therapie; Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung; Balint-Gruppe und Selbsterfahrung; Verbale Intervention (Spezielle Techniken); Familientherapie; Paartherapie. Folgende Krankheitsbilder werden u. a. behandelt: Adipositas; Diabetes mellitus; Ängste und Depressionen; Asthma bronchiale; Bandscheibenvorfall; Herzphobie; Hypertonie; Krebs; Multiple Sklerose; Schizophrenie; Sexuelle Funktionsstörungen; Positiver Umgang mit Trennung, Verlust, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen; Suizid (Fallvorstellungen, Fallbesprechungen und Selbsterfahrung)

Block 1: Freitag, 05. – Sonntag, 07. Feb. 2010

Block 2: Freitag, 09. – Sonntag, 11. Apr. 2010

Block 3: Freitag, 23. – Sonntag, 25. Juli 2010

Block 4: Sonntag, 11. Sep. 2010

jeweils von 09:15 bis 19:00 Uhr

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

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden, Internat. Akademie für

Positive und Transkulturelle Psychotherapie,

Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40

Fon: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010

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,

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

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

Samstag, 20. März 2010, 09:00 – 17:00 Uhr

21 P

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

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim, Rehasentrum der DRV-Bund,

Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: -228, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

GK I Mittwoch, 14. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010

80 P

GK II Mittwoch, 29. Sep. – Freitag, 08. Okt. 2010

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,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Block A 06./07. März 2010 in Bad Nauheim

20 P

Grundwissen über Pathogenese, Diagnostik und Therapie; Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz und psychosomatische Wechselwirkungen bei chronischen Schmerzzuständen.

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Block D 08./09. Mai 2010 in Bad Nauheim

20 P

Muskuloskelettale 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 11./12. Sep. 2010 in Wiesbaden

20 P

Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszerale Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B 06./07. Nov. 2010 in Kassel

20 P

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,

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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV**Kenntniskurs (theoretische u. praktische Unterweisung)****Sonntag, 21. Feb. 2010****Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 140 (Akademiemitgl. € 126)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,Fon: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de**Weiter Termine in Planung!****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 2010 HessenModul I: **Freitag, 12. Feb. – Samstag, 13. Feb. 2010** 10 PModul II: **Freitag, 26. Feb. – Samstag, 27. Feb. 2010** 14 PModul III/IV: **Freitag, 12. März – Samstag, 13. März 2010** 12 PModul V: **Freitag, 16. Apr. – Samstag, 17. Apr. 2010** 14 P**Teilnahmebeitrag pro Wochenende:** € 165 (pro Kurs € 660)**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de**Herbst 2010 Rheinland-Pfalz****Auskunft:** Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de**Verkehrsmedizinische Qualifikation**

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 25. Juni – Samstag, 26. Juni 2010 16 P**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 250 (Akademiemitgl. € 225)**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de**Ultraschallkurse****Abdomen****Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,

Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel

Grundkurs 40 P**Samstag, 16. und Sonntag, 24. Jan. 2010 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)**Aufbaukurs** 40 P**Samstag, 13. und Sonntag, 21. März 2010 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)**Abschlusskurs** 29 P**Samstag, 06. Nov. 2010 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)**Gefäße****Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof**Interdisziplinärer Grundkurs** 29 P**Donnerstag, 11. – Freitag, 12. Feb. 2010 (Theorie)****Samstag, 13. Feb. 2010 (Praktikum)****Teilnahmebeitrag:** € 440 (Akademiemitgl. € 396)**Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** 25 P**Donnerstag, 24. – Freitag, 25. Juni 2010 (Theorie)****Samstag, 26. Juni 2010 (Praktikum)****Teilnahmebeitrag:** € 380 (Akademiemitgl. € 342)**Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** 20 P**Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)****Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Jost,Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de**ALLGEMEINE HINWEISE****Programme:** Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.**Anmeldung:** Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie etwaige Teilnahmevoraussetzungen!**Teilnahmebeitrag:** gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).**Akademie-Mitgliedschaft:** Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Für Studenten der Humanmedizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Während der Zeit der Weiterbildung beträgt der jährliche Beitrag € 45 danach € 90. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.**Übernachtungsmöglichkeit:** Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de**Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie:** Das hessische Mitglied muss mindestens 250 Fortbildungspunkte in 5 Jahren gemäß den in der Akademie gültigen Kriterien erwerben. Der Nachweis wird mit dem 5 Jahre gültigen freiwilligen Fortbildungszertifikat der Akademie und der Blauen Plakette bestätigt.Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung. Einen formlosen Antrag stellen Sie bitte bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Ingrid Krahe, Fax: 06032 782-228, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.





Prüfungsvorbereitungskurse

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

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

Termin: Samstag, 30.01.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (9 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Betriebsorganisation – Verwaltung (PVK 6)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

Termin: Samstag, 20.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 75

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 7)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

Termin: Samstag, 27.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Inhalte: Herz-Kreislaufsystem, Ernährung/Verdauung, Urogenitalsystem, Atemsystem

Termine: Samstag, 06.03.2010 und 13.03.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (14 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 125,00

Abrechnung (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung EBM, praktische Übungen

Termin: Samstag, 20.03.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 75

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Inhalte: Laborkunde, EKG, Praktische Übungen

Termin: Samstag, 27.03.2010, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen.

Termin: Samstag, 06.03.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Kostenträger, Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern“, Aufbau und Systematik des EBM, Allgemeine Bestimmungen, wann darf ich welche Ziffer abrechnen, Umgang mit der Praxisgebühr, Vermeidung von Abrechnungsfehlern, Regelleistungsvolumen, Besprechung sonstiger aktueller Themen, DMP.

Termin:

Stufe 1: Samstag, 27.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 06.03.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

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

Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

Therapiemaßnahmen in der Onkologie (ONK 1)

Inhalte: Tumorzellenentwicklung und Tumorbologie, Behandlungsmethoden, Umgang mit Zytostatika, Notfallsituationen, Maß-

nahmen der Stammzellentransplantation, Maßnahmen der Transfusion von Blut und Blutkomponenten, Systematik maligner Tumore und hämatologische Systemerkrankungen, Komplikationen.

Termin: Donnerstag, 18.03.2010, 13:30 Uhr bis

Samstag, 20.03.2010, 14:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Onkologische und palliative Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)

Inhalte: Ernährungsmaßnahmen durchführen, Stoffwechselkontrolle durchführen, Schmerzkontrollen/-therapien kennen und im Rahmen der Delegationsfähigkeit mitwirken.

Termin: Freitag, 05.03.2010, 8:30 – 13:00 Uhr (5 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 70

Hilfestellung Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung (ONK PAL 3)

Inhalte: Belastungen und Bewältigungsstrategien, persönliche Wertvorstellungen und Ressourcen, Gefühle von Hilflosigkeit und andere Emotionen bewältigen, Burnout-Faktoren und -Prophylaxe, Supervision, Fallkonferenz, Balint in der Durchführung kennen lernen, mit Sterbenden umgehen.

Termin: Freitag, 05.03.2010, 13:15 Uhr bis

Samstag, 06.03.2010, 12:00 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Patientenbegleitung und Koordination

Patientenbetreuung und Koordination

chronisch kranker Patienten (PBK 1)

Inhalte: Interaktionsmuster kennen, Besonderheiten chronisch Kranker einschätzen, Vereinbarungen, Verbindlichkeiten, Absprachen treffen und kontrollieren, Beziehungsmanagement umsetzen.

Termin: Donnerstag, 11.03.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbegleitung – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (PBK 2)

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, DMP, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Soziale Netzwerke für Patienten und deren Angehörige, Dokumentation/Abrechnung durchführen.

Termin: Fr/Sa, 12./13.03.2010, (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

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

Schwerpunkt Medizin

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 1. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Freitag, 26.02.2010 ab 9:00 Uhr bis

Samstag, 27.02.2010, 16:15 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 245

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

Impfungen (MED 12)

Inhalte: Impfkalender der STIKO / Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden,



**Impfmanagement****Praktische Übungen:**

- Vorbereitung einer Injektion
- i.c., s.c. Injektionen am Phantom

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Mittwoch, 24.02.2010, 9:00 – 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, 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, 19.03.2010, 11:15 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

Termin in Bad Nauheim: Samstag, 20.03.2010, 09:30 – 15:00 Uhr

Termin in Kassel: Samstag, 06.02.2010, 09:30 – 15:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 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 in Bad Nauheim: Mittwoch, 17.03.2010, 13:30 – 16:45 Uhr

Termin in Kassel: Mittwoch, 19.05.2010, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-Verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen erkennen und Interventionsmaßnahmen durchführen, Wundversorgung durchführen und Verbandtechniken anwenden, Wundprophylaxe einschl. druckreduzierender und -entlastender Maßnahmen durchführen, Wundbehandlung dokumentieren, Hebel- und Lagerungstechniken anwenden.

Termin in Bad Nauheim: Donnerstag, 18.03., 09:30 Uhr bis Freitag, 19.03.2010, 11:00 Uhr (10 Std)

Teilnahmegebühr: € 150

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

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

Termin: Mittwoch, 17.03.2010, 09:30 – 12:45 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 70

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

Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen

Primäre Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen (PR 1)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Vorsorgemaßnahmen erläutern, bei Maßnahmen der primären Prävention mitwirken, bei

Maßnahmen der Verhaltensprävention mitwirken, Verhältnisprävention erläutern, bei Maßnahmen der Suchtprävention mitwirken, bei Schutzimpfungen mitwirken, bei der Reisemedizinischen Prophylaxe mitwirken.

Termin: Montag, 22.02.2010, 13:00 Uhr bis

Donnerstag, 25.02.2010, 13:00 Uhr (26 Std.)

Teilnahmegebühr: € 350

Sekundäre Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen (PR 2)

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

Termin: Freitag, 26.02.2010, 9:00 – 16:15 Uhr (8 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Tertiäre Prävention, Organisation, Kooperation und Qualitätsmanagement bei Präventionsleistungen (PR 3/4)

Inhalte: Recall-System anwenden, Kooperation mit externen Partnern gestalten, Qualitätsmanagement durchführen, IGeL-Leistungen erläutern, Organisation/ Dokumentation/ Abrechnung durchführen, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitierungsträger benennen, bei Disease-Management-Programmen mitwirken.

Termin: Samstag, 27.02.2010, 8:30 – 14:00 Uhr (6 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Betriebsmedizinische Assistenz

Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin (BET 1)

Inhalte: System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen, Gefahrstoffe, Belastungen am Arbeitsplatz, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht, EDV im betriebsärztlichen Dienst.

Termin: Mittwoch, 17.03.2010 bis Samstag, 20.03.2010

Teilnahmegebühr: € 350

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Prüfungstermine Arztfachhelferin

Die Abschlussprüfung der Fortbildung Arztfachhelferin findet am 19./20.02.2010 statt.

Prüfungstermin Fachwirtin

Die 1. Teilprüfung der Fortbildung Fachwirtin findet am 21.01.2010 statt.

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180

Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-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 Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Sicherer Verordnen

ASS – Primärprophylaxe

In der **Primärprävention** kardiovaskulärer Ereignisse hat ASS laut einer Metaanalyse keinen medizinischen Nutzen, da eine niedrigere Ereignisrate unter ASS einer signifikanten Zunahme von Blutungen gegenübersteht. In einer weiteren schottischen Studie zeigte 100 mg ASS/d über acht Jahre keine erkennbaren Vorteile für ASS. Selbst Diabetiker, die zu den Hochrisikopatienten für Herz-Kreislaufkrankungen zählen, hatten in Japan keine Vorteile durch die Einnahme von ASS, eine schwedische Arbeit resultierte sogar in einem signifikantem Anstieg der Mortalität bei Diabetikern.

In der **Sekundärprävention** jedoch (Diabetiker nach Herzinfarkt oder Schlaganfall) tendierte die Sterblichkeit zu niedrigeren Zahlen, wenn die Patienten ASS einnahmen. Die Autoren empfehlen eine Änderung entsprechender Leitlinien (z.B. der deutschen Diabetes-Gesellschaft).

Quelle: *Ärztezeitung online vom 4.9.2009*

TNF- α -Blocker – Lymphome bei Kindern

Die AkdÄ zitiert eine Warnung der amerikanischen Arzneimittelüberwachungsbehörde FDA, in der auf ein erhöhtes Risiko des Auftretens von Lymphomen und anderen malignen Tumoren bei Kindern und Jugendlichen unter der Gabe eines Tumornekrosefaktor- α -Blockers hingewiesen wird. Zusätzlich wurde ein erhöhtes Leukämierisiko und die mögliche Induktion einer Psoriasis in allen Altersgruppen beobachtet. Aufgrund des gleichen Wirkungsmechanismus stehen alle Arzneistoffe dieser Substanzklasse unter Verdacht: Adalimumab (Humira®), Etanercept (Enbrel®), Infliximab (Remicade®) und in Deutschland noch nicht zugelassen: Certolizumab (Cimzia®) und Golimumab (Simponi®).

Quelle: *AkdÄ Drug Safety Mail 2009-071*

Arzneimittel-bedingte Leberschäden

Medikamentös-toxische Leberschäden können andere Formen von Lebererkrankungen imitieren. Vor allem reaktive Metabolite von Arzneimitteln können für die Schädigungen verantwortlich sein. Direkt zytotoxisch wirkt dabei z.B. ein Metabolit von

Paracetamol, während der aktive Metabolit von Halothan oder die Abbauprodukte von Phenytoin und Carbamazepin Proteine zu Antikörpern modifizieren und so immunologische Abwehrreaktionen hervorrufen. Oft sind die Schädigungen der Leber Substanz-spezifisch, z.B. hepatozellulär wie bei Isoniazid oder Paracetamol, cholestatisch wie bei Amoxicillin/Clavulansäure, anabolen Steroiden oder trizyklischen Antidepressiva.

Medikamentöse Leberschäden sind überwiegend nicht vorhersehbar und können in therapeutischer Dosierung auftreten. Risikofaktoren für das hepatotoxische Potential eines Arzneistoffes sind

- Alter
- Geschlecht
- Rasse
- Enzym polymorphismen
- Interaktionen
- Erkrankungen

(eine tabellarische Auswahl der Arzneistoffe kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden).

Schwere Leberschäden, die eine Transplantation erfordern, sind selten. In den USA waren 40 % der Fälle bedingt durch Paracetamol, 8 % durch Tuberkulosemittel, 7 % durch Antiepileptika und 6 % durch Antibiotika. Die landläufige Auffassung, dass Heilpflanzen grundsätzlich nur natürliche und ungefährliche Inhaltsstoffe enthalten, ist falsch. Als Beispiel seien Pyrrolizidin-Alkaloide (in Huflattich und Beinwell enthalten) genannt, deren Zytotoxizität kumulativ ist, unabhängig vom Zeitraum der Aufnahme.

Quellen: *Pharm. Ztg. 2009; 154 (35): 3254, cme.medscape.com vom 15.7.2009*

Impfstoffe gegen Schweinegrippe (A/H1N1)

Nach Auffassung der AkdÄ bestehen zu den neu zugelassenen Pandemieimpfstoffen (Pandemrix®, Wirkverstärker AS03; Focetria®, Wirkverstärker MF59) aufgrund der beschränkten Anzahl und Auswahl von exponierten Personen in den Zulassungsstudien nur sehr eingeschränkte Kenntnisse zu ihrem Sicherheitsprofil. Eine engmaschige Überwachung der auftretenden unerwünschten Wirkungen (UAW) ist erforderlich.

Fragen bleiben bei

- der Gefahr eines Genaustausches zwischen H1N1 und anderen Grippeerregern (gering?),
 - der Verträglichkeit der Impfstoffe, der Adjuvantien und der Konservierungsmittel (insbesondere Guillain-Barré-Syndrom),
 - der Anwendung von Adjuvans-enthaltenden Impfstoffen, aber auch die Verträglichkeit antiviraler Arzneimittel in der Schwangerschaft,
 - der Wirkdosis der Impfstoffe (bis neun Jahre: zweimal eine halbe Erwachsenen-dosis, zehn Jahre bis 60 Jahre: nur eine Dosis, über 60 Jahre: zwei Dosen?) sowie Wirksamkeit antiviraler Arzneistoffe bei Kindern,
 - den Ursachen der Todesfälle (bakterielle Koinfektionen, erhebliche individuelle Risikofaktoren),
 - paradox scheint die Empfehlung, bei Schwangeren einen Wirkstärker-freien Spaltimpfstoff anzuwenden (in Deutschland nicht erhältlich, Stand 15. Oktober 2009). Die Bundeswehr will den Ganzvirusimpfstoff Celvapan® anwenden.
- Erfahrungen mit früheren Pandemiewarnungen von Behörden (z.B. zuletzt zur Vogelgrippe) waren zwar hilfreich zur Erprobung von Pandemieplänen, erweckten jedoch den Verdacht Interessen-gesteuerter übertriebener Aktionen. Auch bei Schweinegrippe-Impfstoffen entsteht dieser Verdacht, insbesondere wenn man z.B. die 75 %ige Verteuerung der Impfstoffkosten durch den Wirkstoffverstärker betrachtet und über 60-jährige Gesunde nur mit einer Inzidenz von 0,4/100.000 und mit keinem Krankenhausaufenthalt rechnen müssen (Stand 13. Oktober 2009).

Nach Empfehlungen der Europäischen Union sollten primär Personen mit chronischen Leiden wie Atemwegserkrankungen, schwangere Frauen und Beschäftigte im Gesundheitswesen geimpft werden.

Quellen: *www.akdae.de, viele Berichte aus der Fachpresse*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 11/2009

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:
www.aerzteblatt-hessen.de

Honoraranspruch bei Behandlungsfehler?

Thomas K. Heinz



Im Rahmen arztthafungsrechtlicher Streitigkeiten wird seitens des Patienten regelmäßig die ärztliche Vergütung unter Hinweis auf die Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages verweigert.

Entfällt der Honoraranspruch aber in diesen Fällen wirklich? Mit dieser Frage hat sich das OLG Nürnberg in einer aktuellen Entscheidung (Urteil vom 8. Februar 2008, Az. 5 U 1795/05 = GesR 2008, 363) auseinander gesetzt, und geprüft ob und gegebenenfalls wann der Honoraranspruch des Arztes bei einem Behandlungs- bzw. Aufklärungsfehler entfällt.

Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Die Parteien streiten um die Bezahlung der ambulanten und stationären Versorgung des Beklagten im Klinikum der Klägerin. Gegen die Klageforderung wendet der Beklagte ein, ein Teil der zugrunde liegenden Behandlung sei medizinisch nicht indiziert gewesen, ein anderer Teil sei nur wegen der den Ärzten der Klägerin unterlaufenen groben Behandlungsfehler notwendig geworden. Daher stehe dem Beklagten ein Schmerzensgeldanspruch zu, der Klägerin aber kein Honorar.

Der Nürnberger Senat ist der Auffassung, dass es für den Gebührenanspruch nicht darauf ankommt, ob die Behandlung des Beklagten fehlerhaft war (vgl. auch Palandt-Weidenkaff, Einf. vor § 611 BGB, Rdz. 19; Palandt-Sprau, Einf. vor § 631 BGB, Rdz 18); nur bei besonders groben, in der Regel vorsätzlichen und strafbaren Pflichtverlet-

zungen komme der Verlust des Honoraranspruches in Betracht, weil in solchen Fällen die Geltendmachung des Honorars als unzulässige Rechtsausübung im Sinne des § 242 BGB anzusehen ist (OLG Nürnberg GesR 2004, 514; Laufs/Uhlenbruck/Kern, Handbuch des Arztrechts, § 82 Rdz. 15 m.w.N.). Nach § 611 BGB in Verbindung mit § 1 Abs. 2 GOÄ setzt der Vergütungsanspruch – so der Senat – nur voraus, dass die abgerechneten Leistungen für die nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendige Versorgung erforderlich waren. Diese von der Behandlerseite zu beweisende Voraussetzung war hier gegeben. Es lag bei dem Beklagten eine Situation vor, die einen operativen Eingriff zwar nicht zwingend erforderlich machte, ihn aber doch als nützlich erscheinen ließ. Dies genüge, um den Honoraranspruch zu rechtfertigen.

Auch ein etwaiger Aufklärungsfehler der für die Klägerin tätig gewordenen Ärzte ändert hieran nichts. Der Beklagte rügt insoweit, dass eine Aufklärung über mögliche Alternativen, insbesondere in Form einer medikamentösen Behandlung, unterblieben sei. Der Senat führt hierzu aus, dass die Überlegungen zu den Auswirkungen eines Behandlungsfehlers auf den ärztlichen Honoraranspruch zwar nicht ohne Weiteres auf einen Aufklärungsfehler übertragen werden können (so aber OLG Nürnberg, VersR 1996, 233). Denn hier bestehe zumindest die Möglichkeit, dass schon der Abschluss des auf den Eingriff bezogenen Arztvertrages als Schaden anzusehen ist und von dem der Patient zu befreien wäre, weil es zu ihm nur wegen der unzureichenden Aufklärung kam. Nach richtiger Auffassung entfällt der Honoraranspruch aber auch bei einer Verletzung

der Aufklärungspflicht nur dann, wenn die ärztliche Dienstleistung unbrauchbar ist (vgl. OLG Stuttgart, VersR 2002, 1286; OLG Köln NJW- RR 1999, 674; KG Report 1996, 195; Laufs/Uhlenbruck/Kern, a.a.O., Rdz. 16). Der Patient hat in solchen Fällen zwar regelmäßig einen Schadenersatzanspruch nach § 280 Abs. 1 BGB wegen Verletzung des bereits vor der Entscheidung über den Eingriff zu Stande gekommenen Arztvertrages (vgl. hierzu Jaspersen, VersR 1992, 1431, 1434). Dies gilt jedenfalls dann, wenn man unterstellt, der Patient hätte sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung gegen den Eingriff entschieden. So lange der angestrebte Heilerfolg eingetreten ist, fehlt es jedoch an einem materiellen Schaden des Patienten. Sein Vermögen wird zwar wegen des Aufklärungsmangels zu Unrecht mit dem Honoraranspruch belastet. Dieser Belastung steht aber der Wert der vom behandelnden Arzt ausgeführten Behandlung gegenüber, so dass er das Arzthonorar ebenso bezahlen muss, wie die sonstigen Kosten des Klinikaufenthaltes.

Der Patient muss sich darauf verweisen lassen wegen der mit dem Eingriff verbundenen Komplikationen seinen Anspruch auf Ersatz seines materiellen und immateriellen Schadens im Wege der Aufrechnung oder Klage bzw. Widerklage geltend zu machen.

Anschrift des Verfassers

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

2010 – alte und neue Probleme im Zeichen der Krise

Siegmond Kalinski

Wir schreiben das Jahr 2010 – und das neue Jahr beginnt, wie das alte geendet hat: Mit Krisen. Die neue Regierung muss sich in immer stärkerem Maß mit den alten Problemen auseinandersetzen, die Opposition reibt sich die Hände; denn die schwarz-gelbe Koalition lässt kaum ein Fettnäpfchen aus. Wobei man ihr aber eins lassen muss – an Tempo hapert es bei ihr nicht. Ein Rekord jagt den nächsten. Minister Jung ist der kürzeste Arbeitsminister aller Zeiten gewesen, und Angela Merkel bewies erneut ihr Rochadetalent, indem sie in Windeseile Ursula von der Leyen mit seinem Ressort betraute und als Familienministerin die erst zweiunddreißigjährige Kristina Köhler aus Wiesbaden nominierte, die damit Gesundheitsminister Rösler im Rang als jüngstes Kabinettsmitglied ablöste.

Manchmal glaubt man, seinen Augen und Ohren nicht zu trauen: Trotz Krise und trotz Flaute in allen Kassen stimmte die regierungstreue Mehrheit im Bundestag den vorgesehenen Steuererleichterungen zu – nur damit man der Regierung keinen Wortbruch vorwerfen könne. Warum sich allerdings Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer insbesondere für die Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für das Hotelgewerbe eingesetzt hat, anstatt das bei Arzneimitteln zu tun, was zumindest den Steuerzuschuss für die Krankenkassen verkleinert, vor allem aber den Bürgern, die immer mehr selbst für ihre Medikamente berappen müssen, geholfen hätte – das bleibt wohl sein Geheimnis.

Ein Minister und drei Staatssekretäre

Im Gesundheitsministerium haben wir jetzt neben dem neuen Minister Philipp Rösler nicht mehr wie bisher einen, sondern sage und schreibe gleich drei Staatssekretäre, Daniel Bahr, Stefan Kampferer und Annette Widmann-Mauz. Rechte Hand von Ulla Schmidt war jahrelang der Jurist Franz Knieps als Leiter der

wichtigsten Abteilung des BMG, der Abteilung 2 „Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“. An seine Stelle rückte Ulrich Orlowski, der sich schon bisher als Experte für Probleme der Krankenkassen, Kassenärzte, Arzneimittelversorgung und Aufsicht erwiesen hat. Ansonsten soll der „Beamtentross“ aber unverändert bleiben; Minister Rösler will sich mit Entscheidungen zunächst einmal Zeit lassen. Bis zu den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen sind sowieso, so die allgemeine Meinung, keine Änderungen im Gesundheitswesen zu erwarten.

Ärztliche Körperschaften unter Beschuss ihrer Mitglieder

Nichtsdestotrotz bekommen die beiden ärztlichen Körperschaften, KBV und BÄK, den immer stärker werdenden Druck ihrer Mitglieder zu spüren. Die Fachärzte sind über den vorpreschenden Vorschlag der Bundesärztekammer, in einer neuen Gebührenordnung für Ärzte eine ärztliche Minute mit 1,32 Euro zu bemessen, ausgesprochen erbost. Damit bekäme der Arzt für eine Arbeitsstunde einen Bruttolohn von 79,20 Euro. Das wäre weniger, als es der Schlüsseldienst für eine Türöffnung erhält.

Fragwürdige Vorschläge der KBV

Noch viel mehr als über die BÄK sind die Ärzte über die KBV verärgert. Deren Vorstand zauberte in letzter Zeit eine Unmenge an Vorschlägen aus dem Hut, um sie dem Gesundheitsministerium zu präsentieren. In den Augen der ärztlichen Basis scheint jeder Vorschlag purer Aktionismus zu sein. Mancher Vorschlag klingt auch geradezu abenteuerlich. So will Dr. Köhler das „Wanderungsverhalten der Vertragsärzte“ optimieren, da Fachärzte ihre Niederlassung in der Regel in der Nähe der Klinik plant, wo sie ausgebildet worden seien,

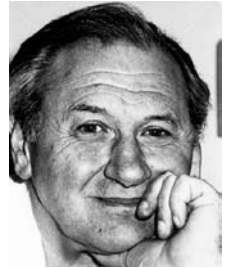
wohingegen die Hausärzte ihre Praxis eher in ihren Heimatregionen eröffneten. Allesamt aber zeigten sie wenig Neigung zu Veränderungen. Daher sollten die Bedarfspläne neu bestimmt und Ärzte in bestimmte Regionen quasi „zwangsverpflichtet“ werden. Als Idee vielleicht nicht gänzlich falsch – aber noch ist der ärztliche Beruf ein freier, wenn auch nur ein „sogenannter freier“.

Doch am liebsten wäre es Dr. Köhler, wenn man seinen Äußerungen von Anfang Dezember in Berlin Glauben schenken darf, wenn die Mediziner sich ihre Ehepartner auf dem Land suchten: Dann, so denkt er offensichtlich, würden sie auch dort bleiben. Ein bisschen nach dem Motto der RTL-Sendung „Bauer sucht Frau“...

§ 73b, SGB V – ein Dorn im Auge der KBV

Seit längerer Zeit ist der § 73b, SGB V, der den Hausärzten unter bestimmten Bedingungen autonome Selbstverwaltung außerhalb der KBV garantiert, ein Dorn im Auge des KBV-Vorstands. Da dieser Vertrag in den Koalitionsvereinbarungen der neuen Regierung noch für die nächsten drei Jahre festgeschrieben ist, versucht sich der Vorstand der KBV jetzt in der „Widerspenstigen Zähmung“, d.h. er versucht, die Hausärzte wieder unter die Fittiche der KBV „heimzuholen“. Ob das jedoch gelingt, daran sei erlaubt zu zweifeln; denn man hat zwar Verhandlungen mit allen möglichen Partnern geführt – doch die Betroffenen, die Hausärzte und ihren Verband, hat man nicht gefragt.

2010 – alte und neue Probleme im Zeichen der Krise. Die Optimisten sind davon überzeugt, dass es besser wird, die Pessimisten zweifeln daran. Wir alle aber wissen, Hoffnung hat noch nie geschadet.



Das lohnt sich im Neuen Jahr!

Klaus Britting

Es ist genau 24 Uhr, wir heben die Champagnergläser und stoßen an. „Was wünschst du dir denn im Neuen Jahr?“, frage ich meine Frau erwartungsvoll. „Dass du im Haushalt mehr mithilfst, beim Abwasch, Staubsaugen, die Treppe kehren, beim Essen zubereiten, dann natürlich im Garten und ...“ Unser Gespräch wird glücklicherweise unterbrochen durch den Gastgeber, meinen Schwager Max.

„Und was wünschst du dir im Neuen Jahr?“, fragt Max seine Tochter Lisa. „Dass mit Walter alles gut läuft“, antwortet sie. Ihr Freund hat heute schon wieder Nachtdienst im Krankenhaus, ausgerechnet an Silvester. „Was soll denn da schief laufen?“, frage ich. „Walter ist mit dem Geld so leichtsinnig, und ich finde den vielen Nachtdienst nicht gut. Walter kommt meist erst zum Frühstück nach Hause“, sagt Lisa. „Nun ja, zum Frühstück ist doch recht praktisch. Walter will vorwärts kommen als Krankenpfleger, deshalb macht er wohl so viel Nachtdienst. Da musst du schon Rücksicht nehmen. Das lohnt sich im Neuen Jahr, du wirst sehen!“, sage ich bedeutungsvoll und füge hinzu: „Gerade heute schätzen Kliniken solche Mitarbei-

ter, die auch außerhalb der normalen Arbeitszeit mal einspringen.“

Gegen vier Uhr läutet es, Walter steht schon vor der Tür, Lisa strahlt: „Schön, durftest du früher nach Hause?“ „Ja, es kam eine Aushilfe!“ „Du hast doch getrunken!“, ruft Lisa entsetzt. „Ich musste mit Kollegen mal aufs Neue Jahr anstoßen.“ „Anstoßen!“, faucht Lisa, und ihre erregte Stimme lässt erkennen, was sie davon hält. Dennoch stoßen wir noch einmal auf Walter an. Gegen fünf Uhr schlafen wir fast ein, als uns die Haustürklingel weckt.

Vor der Tür stehen zwei Polizisten, die nicht wie Neujahrsgratulanten aussehen. „Wem gehört der schwarze Golf GTI vor Ihrem Haus“, fragt der Ältere. „Mir“, sagt Walter. „Wann sind Sie mit Ihrem Wagen hier eingetroffen?“, fragt der Polizist. „Ich weiß nicht ...“, stottert Walter. „Es war kurz nach vier“, springt Lisa für ihn ein. „Das kommt hin“, erwidert der Polizist und wendet sich an Walter: „Wo waren Sie heute Nacht?“ Lisa fährt sofort dazwischen: „Er hat Nachtdienst gehabt!“ „Also in der Lilienstraße 21“, sagt der Polizist. Lisa schaut Walter fragend an. „Haben Sie nicht bemerkt, dass Sie beim Wegfahren gegen 3:45 Uhr den vor Ihnen parkenden

Wagen gestreift haben?“ Walter schluckt: „Das kann gar nicht sein, das muss sich um einen Irrtum handeln ...“

„Kein Irrtum!“, sagt der Polizist streng. „Ich habe Sie selbst wegfahren sehen.“ „Aber ich habe doch keinen Wagen gestreift“, kontert Walter. „Das weiß ich wohl besser, der Wagen gehört nämlich mir!“, antwortet der Polizist völlig unaufgeregt. „Außerdem sind die Kratzspuren an Ihrem rechten Kotflügel beweiskräftig genug!“ Walter zuckt zusammen, doch Lisa fasst sich schnell: „Und Sie wollen das zufällig gesehen haben ...“ „Ja, ganz zufällig. Ich wohne quer gegenüber und schaute nach unserer Silvesterfeier aus dem Fenster, ganz zufällig.“ „Und meinen schwarzen Golf wollen Sie genau erkannt haben, Sie waren doch bestimmt nicht mehr nüchtern!“ sagt Walter leicht ironisch. „Aber sicher, ich kenne sein Kennzeichen recht gut, er nimmt uns jede Woche mindestens zweimal nachts einen Parkplatz weg.“ Walter wird leichenblass, Lisa fragt: „Was ist denn in der Lilienstraße 21?“ Der Polizist verzieht seinen Mund zu einem genusslichen Grinsen: „Die Bar La Luna! So, junger Mann, jetzt kommen Sie mit aufs Revier. Alkohol, Sachbeschädigung, Fahrerflucht ... das lohnt sich! Einen Führerschein haben Sie hoffentlich ...?“

Im Wohnzimmer schaue ich in die Runde. Lisa heult, alle Gäste blicken entsetzt und denken an die Heimfahrt mit dem eigenen Wagen. Wie gut, dass ich mit meiner Frau hier bin. Sie trinkt keinen Alkohol „Können wir jemanden mitnehmen?“, frage ich in die Runde. Ehrlich, so viel Zuneigung habe ich noch selten erfahren. Wir kommen nächstes Jahr mit einem Kleinbus!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting

24866 Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Professor Dr. med. Klaus Miehle

* 17.8.1916 † 6.11.2009

Am 6. November 2009 verstarb Professor Dr. med. Klaus Miehle im Alter von 93 Jahren in seiner Wahlheimatstadt Wiesbaden. Mit ihm hat die deutsche Rheumatologie und Innere Medizin einen großen klinischen Lehrer, international bekannten Wissenschaftler und Arzt sowie einen in seinen wissenschaftlichen Fachgesellschaften hoch engagierten Kollegen verloren.

Klaus Miehle wurde am 17. August 1916 in Oppeln geboren, absolvierte sein Studium der Humanmedizin an den Universitäten Berlin, Rostock und Würzburg. In Würzburg legte er 1943 sein Staatsexamen ab, erhielt die Approbation und promovierte nachfolgend zum Doktor der Medizin. Während des Krieges war er in mehreren Luftwaffenlazaretten als Stabsarzt tätig. Seine Fachausbildung absolvierte er nach dem Krieg, zunächst 1946 bis 1954 in der Chirurgischen und Gynäkologischen Klinik Nürnberg. 1954 wechselte er zum Kantonsspital Zürich und später an die Universitäts-Rheumaklinik in Zürich (Professor Dr. Böni).

Seine damals schon ungewöhnlich qualifizierten medizinisch-rheumatologischen Kenntnisse ergänzte Klaus Miehle in den Jahren 1957 und 1958 durch eine verantwortliche ärztliche Tätigkeit an der Medical Clinic of the University of Pennsylvania, Philadelphia/USA unter Professor Hollander. 1959 bis 1962 arbeitete er an der Medizinischen Universitätsklinik in Göttingen bei Professor Schoen und erwarb dort auch die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. Im Jahre 1961 wurde Miehle Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Städtischen Rheumaklinik I und nachfolgend der Städtischen Rheumaklinik II, an deren Gründung er maßgeblich beteiligt war. Ein Lehrauftrag an der Medizinischen Universitätsklinik Mainz für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, schloss sich an. Die wiederaufgenommene wissenschaftliche Arbeit in Forschung und Lehre führte dazu, dass er sich 1974 habilitieren konnte und von der Medizinischen

Fakultät der Universität Mainz zum Professor ernannt wurde. In seiner Klinik hat er zahlreiche Kollegen in den Fächern Innere Medizin und Rheumatologie weitergebildet und den Kontakt mit ihnen bis ins hohe Alter gepflegt. In den Jahren 1977 und 1978 war Professor Miehle Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Von 1964 an war er über viele Jahre ständiges Vorstandsmitglied (ständiger Schriftführer bzw. Generalsekretär) der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit Sitz in Wiesbaden. Zudem war er langjähriges Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer und seit 1978 Mitglied der Zulassungskommission A des Bundesgesundheitsamtes. 1979 holte er den alle vier Jahre stattfindenden Internationalen Kongress für Rheumatologie nach Wiesbaden, wobei dieser Kongress vom damaligen Bundespräsidenten Carstens persönlich eröffnet wurde. Dieses Ereignis bedeutete den Durchbruch der hessischen Landeshauptstadt zur Stadt der Rheumatologie.

Er hat sich große Verdienste um die Ärztliche Fortbildung und um Informationsveranstaltungen für Patienten erworben. So richtete er 1963 eine alljährliche am ersten Mai-Wochenende stattfindende rheumatologische Fortbildungstagung ein. Sie wurde zur damals größten rheumatologischen Fortbildungsveranstaltung in Deutschland mit alljährlich zwischen 700 bis 1.200 Teilnehmern. Die Patientenselbsthilfe und -information lag ihm immer am Herzen, er gehörte zu den Gründungsmitgliedern der Deutschen Rheuma-Liga. Professor Miehle als engagierter Internist sah die sich immer mehr eigenständig entwickelte Disziplin der Rheumatologie nicht nur aus der Sicht des Internisten, sondern er integrierte sehr früh in den 60er Jahren und Beispiel gebend die Rheumachirurgie in das Therapiekonzept seiner Klinik ein.

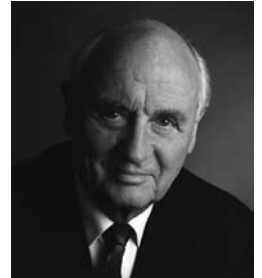
1971 rief er mit Carol Nachman und dem damals zuständigen Dezernenten, Bürger-

meister Alfred Herbel den alljährlich weltweit ausgeschriebenen „Carol-Nachman-Preis für Rheumatologie der Landeshauptstadt Wiesbaden“ ins Leben. Dieser Preis ist bis heute der höchst dotierte internationale Preis für Rheumatologie. Er selbst blieb auch nach seiner Pensionierung als Chefarzt der Städtischen Rheumakliniken bis in dieses Jahr 2009 hinein aktives und kritisches Mitglied des Kuratoriums des Carol-Nachman-Preises.

Von den zahlreichen Auszeichnungen und Ehrungen, die Professor Miehle im Laufe seines Lebens erworben hat, sollen nur einige hier erwähnt werden: Verleihung der Goldenen Stadtplakette für seine besonderen Verdienste um den Ausbau des Wiesbadener Gesundheitswesens (1979), Verleihung des Verdienstkreuzes I. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland (1983). Schließlich wurde Miehle zum Ehrenbürger der Stadt Wiesbaden ernannt. Die Deutsche Ärzteschaft verlieh ihm an seinem 70. Geburtstag am 17. August 1986 die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Auch im Ruhestand war Professor Miehle offen und neugierig in Bezug auf neue Konzepte der Rheumatologie in seiner Stadt Wiesbaden und begleitete die wissenschaftlichen Tagungen mit persönlicher Präsenz, Charme, Diskussion und Eleganz trotz gesundheitlicher Probleme. Sein wunderbarer 90. Geburtstag auf dem Rhein war ein froher Anlass für Kollegen, Weggefährten, Freunde und natürlich für die Familie, zu feiern.

Kollegen, Mitarbeiter und Patienten können dankbar getröstet sein bei aller Trauer, Klaus Miehle gekannt und mit ihm gearbeitet zu haben.



Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hannelore Falkenberg, Groß-Gerau, am 25. Februar.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hans-Heinrich Koch, Eschwege, am 25. Februar.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Maria-Theresia Kavermann, Frankfurt, am 4. Februar,
Dr. med. Irmgard Neumann, Frankfurt, am 9. Februar,
Dr. med. Gert Schwaiger, Frankfurt, am 12. Februar,
Dr. med. Gottfried Riegel, Schlüchtern, am 23. Februar.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Thomas-Peter Debus, Sulzbach
* 17.11.1944 † 15.10.2009

Dr. med. Erich Haibach, Wetzlar
* 10.3.1915 † 2.11.2009

Professor Dr. med. Rudolf Eduard Hermann Egbring, Marburg
* 18.11.1926 † 30.10.2009

Dr. med. Gerhard Koenig, Göttingen
* 26.7.1922 † 31.10.2009

Dr. med. Heinrich Kleinpeter, Alheim
* 8.12.1923 † 9.7.2009

Eckhardt Lohmann, Bischoffen
* 5.5.1947 † 15.6.2009

Dr. med. Leonore van der Lugt, Kassel
* 25.10.1921 † 4.9.2009

Dr. med. Brunhilde Anna Menche-Schuh, Hamburg
* 26.5.1954 † 25.5.2009

Dr. med. Joachim Mende, Schwalmstadt
* 19.4.1922 † 6.9.2009

Professor Dr. med. Klaus Paul Walter Miehke, Wiesbaden
* 17.8.1916 † 6.11.2009

Juergen Neumann, Rüsselsheim
* 1.8.1952 † 14.10.2009

Annegret Nickel, Hofheim
* 23.10.1951 † 18.9.2009

Dr. med. Ute Rosenberg, Frankfurt
* 24.8.1940 † 6.11.2009

Dr. med. Karl Rullmann, Wiesbaden
* 10.5.1921 † 24.10.2009

Dr. med. Heinrich Schaefer, Frankfurt
* 3.10.1922 † 25.10.2009

Dr. med. Friedrich Schmid, Modautal
* 16.4.1916 † 26.10.2009

Medizinaldirektor Dr. med. Heinz Seitz, Hadamar
* 21.3.1923 † 20.3.2008

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Kiraz Günel-Kara, tätig bei Dr. med. Dr. med. vet. W. Trautmann, Mörlenbach

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

Sabine von Papen, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. S. Schlichting, Wehrheim

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060013937, ausgestellt am 2.9.2009, für Dr. med. Ruth Alamuti-Ahlers, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060012352, ausgestellt am 9.4.2009, für Dr. med. Bernd Greiner, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060014377, ausgestellt am 7.10.2009, für Dr. med. Mohammad Ghasemidehabadi, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060010803, ausgestellt am 13.1.2009, für Dr. med. Franz Anselm Graf von Ingelheim, Geisenheim,

Arztausweis Nr. HS-F-14890, ausgestellt am 29.2.2008, für Dr. med. Dorothea Kertel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13697, ausgestellt am 4.8.2006, für Adnan Kukic, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060011305, ausgestellt am 10.2.2009, für Dr. med. Lotte Kundmüller, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K 9895, ausgestellt am 17.3.2008, für Dr. med. Lothar Lehmann, Zürich,

Arztausweis (ohne Angaben) für Dr. med. Wolfgang Schubart, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-14318, ausgestellt am 26.6.2007, für Dr. med. Karin Take, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012723, ausgestellt am 12.5.2009, für Dr. med. Melanie Volkmer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012969, ausgestellt am 20.10.2009, für Christiane Vowinkel, Bad Hersfeld,

Arztausweis Nr. HS-F-13245, ausgestellt am 29.9.2006, für Dr. med. Andreas Wulf, Frankfurt.

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „Das maligne Pleuramesotheliom“ in der November-Ausgabe 2009, Seite 707

Frage 1	4	Frage 6	5
Frage 2	2	Frage 7	1
Frage 3	5	Frage 8	3
Frage 4	2	Frage 9	3
Frage 5	4	Frage 10	5

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen im Sommer 2010 vom 5. Mai 2010 bis zum 17. Juli 2010

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen im Sommer 2010 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

3. Februar bis zum 10. Februar 2010

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung **zusätzlich:**
die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Sommerprüfung 2010 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2010 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 17. September 2010 endet**,
2. Auszubildende, die die **Abschlussprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen (i.d.R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. **Wiederholer/innen**, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. **Externe**, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Die vorzeitige Zulassung setzt voraus, dass die Leistungen der Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **besser als 2,5 (Ausbildungsbeginn vor dem 1. August 2007) bzw. mindestens 2,0 (Ausbildungsbeginn ab 1. August 2007)**,
- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens „gut“ beurteilt werden und
- (nur für Ausbildungsbeginn ab 1. August 2007) die Leistungen in der **Zwischenprüfung** im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens **befriedigende Ergebnisse** erbracht haben.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.
Gesellschaftspolitisches Forum

lädt ein zu dem

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

PRÄNATALMEDIZIN neue gesetzliche Regelungen und ihre Auswirkungen

am Mittwoch, dem 3. Februar 2010, 18:30 Uhr
im Hotel Marriott, Raum Liebig 1 und 2
Hamburger Allee 2-10, 60486 Frankfurt a.M.

Begrüßung

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

Vortrag

Professor Dr. med. Christiane Woopen

Leiterin Forschungsstelle Ethik
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität Köln
Stellvertretende Vorsitzende des
Nationalen Ethikrates

Ab 2010 müssen in der Pränatalmedizin neue gesetzliche Regelungen berücksichtigt werden: ein geändertes Schwangerschaftskonfliktgesetz sowie das neue Gendiagnostikgesetz. Ärzte haben detaillierte Vorschriften zur Beratung, zu Kooperationen mit anderen Ärzten, Beratungseinrichtungen und Verbänden sowie zum Zeitablauf und zur Dokumentation zu beachten. Damit sollen die schwangeren Frauen und ihre Partner sowie das Ungeborene in – möglicherweise – konflikthafter Situationen besser geschützt und versorgt werden.

In dem Vortrag wird erläutert und diskutiert, was die Vorgaben für die alltägliche Praxis des Pränataldiagnostikers bedeuten und welche Auswirkungen dies auf die Betreuung von Schwangeren und ihren Partnern hat.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Aufgrund §§ 1 Abs. 4, 54, 56 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. Teil I S. 931 ff.) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 28. November 2009 gemäß Beschluss des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen vom 23. September 2009, unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Musterprüfungsordnung für Fortbildungsprüfungen vom 27. Juni 2008 sowie unter Berücksichtigung der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. Teil I S. 1097 ff.) folgende Satzung beschlossen:

Fortbildungsprüfungsordnung der Landesärztekammer Hessen für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung

Inhalt

Präambel

I. Abschnitt

Fortbildung mit Prüfung

- § 1 Ziel der Fortbildung mit Prüfung
- § 2 Bezeichnung des Abschlusses

II. Abschnitt

Vorbereitung der Fortbildungsprüfung

- § 3 Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung/Teilprüfung
- § 4 Dauer und Gliederung der Fortbildung
- § 5 Inhalte der Fortbildung und der Prüfung
- § 6 Prüfungstermine
- § 7 Befreiung von vergleichbaren schriftlichen Teilprüfungen
- § 8 Entscheidung über die Zulassung und über Befreiungsanträge
- § 9 Prüfungsgebühr

III. Abschnitt

Prüfungsausschuss

- § 10 Errichtung
- § 11 Zusammensetzung und Berufung
- § 12 Ausschluss von der Mitwirkung
- § 13 Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Abstimmung
- § 14 Geschäftsführung
- § 15 Verschwiegenheit

IV. Abschnitt

Durchführung der Fortbildungsprüfung

- § 16 Prüfungsgegenstand, Prüfungssprache
- § 17 Gliederung der Prüfung, Prüfungsverfahren
- § 18 Prüfungsaufgaben
- § 19 Ausschluss der Öffentlichkeit
- § 20 Leitung, Aufsicht und Niederschrift
- § 21 Ausweispflicht und Belehrung
- § 22 Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße
- § 23 Rücktritt, Nichtteilnahme
- § 24 Nachteilsausgleich für behinderte Menschen

V. Abschnitt

Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses

- § 25 Bewertungsschlüssel
- § 26 Feststellung der Prüfungsergebnisse
- § 27 Bewerten der Prüfungsteile und Bestehen der Prüfung
- § 28 Ergebnisniederschrift, Mitteilung über Bestehen oder Nichtbestehen
- § 29 Prüfungszeugnis und Fachwirtinnen-Brief
- § 30 Bescheid über nicht bestandene Prüfung

VI. Abschnitt

Wiederholungsprüfung

- § 31 Wiederholungsprüfung

VII. Abschnitt

Schlussbestimmungen

- § 32 Rechtsbehelfsbelehrung
- § 33 Einsicht und Aufbewahrung von Prüfungsunterlagen
- § 34 Inkrafttreten

Präambel

Ziel dieser Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung ist es, dem/der Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/Arzthelferin einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen. Der Fachwirt/die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung soll als führende Kraft im Team des niedergelassenen Arztes/der niedergelassenen Ärztin oder anderer ambulanter Versorgungseinrichtungen anspruchsvolle und/oder spezialisierte Aufgaben in den Bereichen Medizin, Patientenbegleitung und Koordination sowie Praxisführung wahrnehmen. Der Fachwirt/die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung soll darüber hinaus weiterführende Handlungskompetenzen in mindestens einem medizinischen Arbeitsfeld nachweisen, um den Arzt/die Ärztin qualifiziert zu unterstützen. Die Fortbildungsprüfungsordnung der Landesärztekammer Hessen berücksichtigt das Rahmencurriculum der Bundesärztekammer „Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ vom 27. März 2009.

Erster Abschnitt

Fortbildung mit Prüfung

§ 1

Ziel der Fortbildung mit Prüfung

- (1) Ziel der Fortbildung zum geprüften Fachwirt/zur geprüften Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung ist es, durch Erweiterung und Vertiefung der Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten eines/einer Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfers/Arzthelferin, auch durch den Erwerb besonderer Handlungskompetenzen in mindestens einem medizinischen Arbeitsfeld in einem anderen oder umfassenderen Tätigkeitsbereich in erweiterter Verantwortung tätig werden zu können.
- (2) Zum Nachweis der Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten, die durch die berufliche Fortbildung zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung erworben wurden, führt die Landesärztekammer Hessen Prüfungen nach Maßgabe nachfolgender Vorschriften durch.

§ 2**Bezeichnung des Abschlusses**

Die erfolgreich abgeschlossene Fortbildung führt zum Abschluss „Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung“ bzw. „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“.

Zweiter AbschnittVorbereitung der Fortbildungsprüfung**§ 3****Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung/Teilprüfung**

- (1) Zur Prüfung/Teilprüfung ist zuzulassen, wer
 - a) eine mit Erfolg vor einer Ärztekammer abgelegte Abschlussprüfung als Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/Arzthelferin oder einen gleichwertigen Abschluss oder die Berufsausbildung und Prüfung in einem anderen medizinischen Fachberuf mit anschließender einschlägiger Berufserfahrung und angemessener Dauer in der Tätigkeit als Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/Arzthelferin sowie
 - b) die regelmäßige Teilnahme an der Fortbildung in dem/den Handlungs- und Kompetenzfeld/ern (Modul/en) gemäß § 5, in dem/denen die Prüfung/Teilprüfung abgelegt werden soll

nachweist.
- (2) Der Antrag auf Zulassung zur Prüfung/Teilprüfung ist schriftlich nach den von der Landesärztekammer Hessen bestimmten Fristen und Vorgaben zu stellen.
- (3) Dem Antrag sind folgende Dokumente beizufügen:
 1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zum/zur Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/Arzthelferin oder eines anderen Abschlusses nach Abs. 1a,
 2. Nachweise über Berufsausbildung und Prüfung in einem anderen medizinischen Fachberuf und über die anschließende Berufserfahrung in der Tätigkeit als Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter/Arzthelfer/Arzthelferin sowie über die angemessene Dauer dieser Tätigkeit nach Abs. 1 a,
 3. Bescheinigung/en über die Teilnahme nach Abs. 1 b.
- (4) Örtlich zuständig für die Zulassung zur Prüfung/Teilprüfung ist die Ärztekammer, in deren Bereich der Antragsteller/die Antragstellerin
 - a) in einem Arbeitsverhältnis steht oder
 - b) ihren Wohnsitz hat oder
 - c) an einer Maßnahme der Fortbildung gemäß § 4 teilgenommen hat.
- (5) Ausländische Bildungsabschlüsse und Zeiten der Berufstätigkeit im Ausland können bei Nachweis berücksichtigt werden.
- (6) Die Gleichwertigkeit eines anderen beruflichen Abschlusses sowie eines ausländischen Bildungsabschlusses mit dem des/der Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfers/Arzthelferin stellt auf Antrag die Landesärztekammer Hessen fest.
- (7) Über die Zulassung zur Prüfung/Teilprüfung entscheidet die Landesärztekammer Hessen.

§ 4**Dauer und Gliederung der Fortbildung**

- (1) Die Fortbildung umfasst insgesamt mindestens 420 Unterrichtsstunden.
- (2) Die Fortbildung gliedert sich in einen Pflichtteil von 300 Unterrichtsstunden, dessen Inhalte Gegenstand der Prüfungen nach dieser Prüfungsordnung sind und in einen Wahlteil von mindestens 120 Unterrichtsstunden.
- (3) Ein Fortbildungskurs des Wahlteils soll mindestens 40 Unterrichtsstunden umfassen. Der Wahlteil beinhaltet anerkannte Qualifizierungen in medizinischen Schwerpunktbereichen.
- (4) Über die Anerkennung von Qualifizierungen innerhalb des Pflicht- und Wahlteils entscheidet die Landesärztekammer Hessen.
- (5) Die in der Fortbildung zu erwerbenden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten des Pflichtteils werden in einzelnen Modulen nach Maßgabe des jeweils geltenden Rahmencurriculums der Bundesärztekammer vermittelt, die von den Fortbildungsteilnehmerinnen innerhalb von drei Jahren absolviert werden sollen.
- (6) Die Absolvierung von Fortbildungskursen des Wahlteils soll nicht länger als drei Jahre vor oder nach Absolvierung des Pflichtteils erfolgen. Im Falle einer Förderung nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFGB) sind die dort angegebenen Fristen zu beachten.

§ 5**Inhalte der Fortbildung und der Prüfung**

- (1) Die Fortbildung gliedert sich in die Bereiche
 - a. Lern- und Arbeitsmethodik,
 - b. Patientenbetreuung und Teamführung,
 - c. Qualitätsmanagement,
 - d. Durchführung der Ausbildung,
 - e. betriebswirtschaftliche Praxisführung,
 - f. Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien,
 - g. Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sowie
 - h. Betreuung von Risikopatienten und Notfallmanagement,

die Gegenstand der Prüfung sind.
- (2) Im Prüfungsbereich Lern- und Arbeitsmethodik soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie in der Lage ist, Strategien, Methoden und Medien des Lernens und der Präsentation für selbstgesteuerte, erfolgreiche Lernprozesse, zur Selbstkontrolle und zur Prüfungsvorbereitung, zum lebenslangen Kompetenzerhalt sowie in pädagogischen Anwendungssituationen zu nutzen.
- (3) Im Prüfungsbereich Patientenbetreuung und Teamführung soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie zu einer sensiblen und effektiven Gesprächsführung mit Patienten und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in der Lage ist. Dabei soll er/sie die Grundlagen und Techniken der Kommunikation und Interaktion sowie der Wahrnehmung und Motivation nutzen und Patienten und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in ihren spezifischen Problemen und Interessenslagen sowie sozialen Kontexten wahrnehmen. Er/Sie motiviert insbesondere Patienten durch individuelle Ansprache oder im Rahmen von Gruppenschulungen zur kontinuierlichen Mitwirkung im Behandlungsprozess. Er/Sie setzt die wichtigsten Methoden und Techniken zur erfolgsorien-

tierten Anleitung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und zur Teamentwicklung ein.

- (4) Im Prüfungsbereich Qualitätsmanagement soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie bei der Einführung, Durchführung, Kontrolle und Evaluation von Qualitätsmanagementsystemen und -prozessen gestaltend mitwirkt. Im Sinne eines permanenten Qualitätsentwicklungsprozesses wirkt er/sie durch entsprechende Methoden auf die Erreichung von Qualitätszielen und Qualitätsbewusstsein bei den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen hin. Unter Verantwortung des Arztes/der Ärztin setzt er/sie Qualitätsinstrumente, -verfahren und -techniken planvoll ein, führt Maßnahmen durch und optimiert sie patienten- und mitarbeiterorientiert.
- (5) Im Prüfungsbereich Durchführung der Ausbildung soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie auf der Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten planen, durchführen und kontrollieren kann. Er/Sie vermittelt Ausbildungsinhalte, leitet die Auszubildenden an, berät und motiviert sie. Er/Sie wendet dabei Kenntnisse der Entwicklungs- und der Lernpsychologie sowie der Berufs- und Arbeitspädagogik an.
- (6) Im Prüfungsbereich Betriebswirtschaftliche Praxisführung soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie betriebliche Abläufe unter ökonomischen Gesichtspunkten planen, organisieren und überwachen kann. Er/Sie gestaltet Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen durch einen zielgerichteten und effizienten Ressourceneinsatz. Er/Sie setzt marketingorientierte Maßnahmen zum Zwecke der Weiterentwicklung von Unternehmenszielen ein. Mit Betriebsmitteln und Materialien geht er/sie unter Beachtung logistischer und ökologischer Gesichtspunkte effizient um.
- (7) Im Prüfungsbereich Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie bei der Hard- und Softwareplanung mitwirkt, diese in die betriebliche Ablauforganisation integriert und effizient anwenden kann. Er/Sie setzt Informations- und Kommunikationstechniken in allen Funktionalitäten ein und kommuniziert mit internen und externen Partnern. Dabei setzt er/sie fachkundig die Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit um.
- (8) Im Prüfungsbereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie die rechtlichen Grundlagen des Arbeitsschutzes kennt und die Verfahren beherrscht. Er/Sie überprüft die Maßnahmen zur Verhinderung und Vermeidung von Infektionen/Unfällen bei Personal und Patienten, plant Veränderungen und kontrolliert deren Umsetzung. Er/Sie überwacht die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes, der Medizinproduktebetriebsverordnung sowie der Biostoffverordnung.
- (9) Im Prüfungsbereich Risikopatienten und Notfallmanagement soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie in der Lage ist, gesundheitliche Risiken zu erkennen sowie Laborwerte einzuschätzen und an den Arzt weiterzuleiten. Er/Sie sichert den Informationsfluss und organisiert die notwendigen Rahmenbedingungen in der Gesundheitseinrichtung. Er/Sie begleitet spezifische Patientengruppen kontinuierlich bei der Einhaltung ärztlich verordneter Maßnahmen und beachtet dabei insbesondere soziale und kulturelle Besonderheiten. Er/Sie ist in der Lage, notfallmedizinische Situationen zu erkennen und Maßnahmen im Rahmen des Notfallmanagements einzuleiten.

Er/Sie organisiert den ständigen Kompetenzerhalt aller nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen.

- (10) Die Lerninhalte der Bereiche sind im Rahmencurriculum der Bundesärztekammer für die Fachwirtin/den Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung festgelegt.

§ 6

Prüfungstermin

- (1) Die Landesärztekammer Hessen legt die Prüfungstermine fest.
- (2) Die Landesärztekammer Hessen gibt die Prüfungstermine einschließlich der Anmeldefristen im Hessischen Ärzteblatt und auf ihrer Homepage frühzeitig, spätestens einen Monat vor Ablauf der Anmeldefrist bekannt. Wird die Anmeldefrist überschritten, kann die Landesärztekammer Hessen die Annahme des Antrags verweigern.

§ 7

Befreiung von vergleichbaren schriftlichen Teilprüfungen

- (1) Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin ist auf Antrag von der Ablegung schriftlicher Teilprüfungen durch die Landesärztekammer Hessen zu befreien, wenn er/sie eine andere vergleichbare Prüfung vor einer öffentlichen oder staatlich anerkannten Bildungseinrichtung oder vor einem staatlichen Prüfungsausschuss oder einer anderen zuständigen Stelle erfolgreich abgelegt hat und die Anmeldung zur Prüfung innerhalb von fünf Jahren nach Bekanntgabe des Bestehens der anderen Prüfung erfolgt.
- (2) Anträge auf Befreiung von schriftlichen Teilprüfungen sind zusammen mit dem Zulassungsantrag schriftlich bei der Landesärztekammer Hessen zu stellen. Die Nachweise über Befreiungsgründe im Sinne von Abs. 1 sind beizufügen.

§ 8

Entscheidung über die Zulassung und über Befreiungsanträge

- (1) Über die Zulassung sowie über die Befreiung von einzelnen Teilprüfungen entscheidet die Landesärztekammer Hessen. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen oder die Befreiungsgründe nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss.
- (2) Die Entscheidungen über die Zulassung und die Befreiung von schriftlichen Prüfungsteilen sind dem Antragssteller/der Antragstellerin rechtzeitig unter Angabe des Prüfungstermins und -ortes einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel mitzuteilen. Auf das besondere Antragsrecht für Behinderte ist hinzuweisen. Die Entscheidungen über die Nichtzulassung und über die Ablehnung der Befreiung sind dem Antragssteller/der Antragstellerin schriftlich mit Begründung bekannt zu geben.
- (3) Die Zulassung und die Befreiung von schriftlichen Teilprüfungen können von der Landesärztekammer Hessen bis zur Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses widerrufen werden, wenn sie aufgrund gefälschter Unterlagen oder falscher Angaben ausgesprochen wurde.

§ 9

Prüfungsgebühr

Für die Teilnahme an der Prüfung wird eine Prüfungsgebühr erhoben, die von dem Prüfungsteilnehmer/der Prüfungsteilnehmerin nach Aufforderung

an die Landesärztekammer Hessen zu entrichten ist. Die Höhe der Prüfungsgebühr bestimmt sich nach der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen.

Dritter Abschnitt

Prüfungsausschuss

§ 10

Errichtung

Für die Durchführung von Prüfungen im Bereich der beruflichen Fortbildung errichtet die Landesärztekammer Hessen Prüfungsausschüsse.

§ 11

Zusammensetzung und Berufung

- (1) Der Prüfungsausschuss besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein. Die Mitglieder von Prüfungsausschüssen sind hinsichtlich der Beurteilung der Prüfungsleistungen unabhängig und nicht an Weisungen gebunden.
- (2) Dem Prüfungsausschuss gehören als Mitglieder in gleicher Zahl Ärzte/Ärztinnen als Beauftragter/Beauftragte der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen und Medizinische Fachangestellte (Arzthelfer/Arzthelferin) als Beauftragter/Beauftragte der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie mindestens eine Person, die als Lehrkraft im beruflichen Schul- oder Fortbildungswesen tätig ist, an. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder müssen Beauftragte der Arbeitgeber/Arbeitgeberinnen und der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen sein.
- (3) Die Mitglieder werden von der Landesärztekammer Hessen für eine einheitliche Periode, längstens für fünf Jahre berufen.
- (4) Die Beauftragten der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen werden auf Vorschlag der im Bereich der Landesärztekammer Hessen bestehenden Gewerkschaften und selbstständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung berufen.
- (5) Lehrkräfte aus dem beruflichen Schul- oder Fortbildungswesen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen. Soweit es sich um Lehrkräfte von Fortbildungseinrichtungen handelt, werden diese von den Fortbildungseinrichtungen benannt.
- (6) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Landesärztekammer Hessen gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft diese insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen.
- (7) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhörung der an ihrer Berufung Beteiligten aus wichtigem Grunde abberufen werden.
- (8) Die Mitglieder haben Stellvertreter oder Stellvertreterinnen. Die Absätze 3 bis 7 gelten für sie entsprechend.
- (9) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuss ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Landesärztekammer Hessen festgesetzt wird.

§ 12

Ausschluss von der Mitwirkung

- (1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Angehörige der Prüfungsbewerber/Prüfungsbewerberinnen nicht mitwirken. Angehörige im Sinne des Satz 1 sind:
 1. Verlobte,
 2. Ehegatten,
 3. eingetragene Lebenspartner,
 4. Verwandte und Verschwägte gerader Linie,
 5. Geschwister,
 6. Kinder der Geschwister,
 7. Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten,
 8. Geschwister der Eltern,
 9. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).
- (2) Angehörige sind die im Satz 2 aufgeführten Personen auch dann, wenn
 1. in den Fällen der Nummern 2, 3, 4 und 7 die die Beziehung begründende Ehe oder die Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
 2. in den Fällen der Nummern 4 bis 8 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
 3. im Falle der Nummer 9 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.
- (3) Hält sich ein Prüfungsausschussmitglied nach Absatz 1 für ausgeschlossen oder bestehen Zweifel, ob die Voraussetzungen des Absatzes 1 gegeben sind, ist dies der Landesärztekammer Hessen mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuss. Die Entscheidung über den Ausschluss von der Mitwirkung trifft die Landesärztekammer Hessen, während der Prüfung der Prüfungsausschuss. Im letzteren Fall darf das betroffene Mitglied nicht mitwirken. Ausgeschlossene Personen dürfen bei der Beratung und Beschlussfassung nicht zugegen sein.
- (4) Liegt ein Grund vor, der geeignet ist, Misstrauen gegen eine unparteiische Ausübung des Prüfungsamtes zu rechtfertigen, oder wird von einer Prüfungsteilnehmerin das Vorliegen eines solchen Grundes behauptet, so hat die betroffene Person dies der Landesärztekammer Hessen mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuss. Absatz 2 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.
- (5) Personen, die gegenüber dem Prüfungsteilnehmer/der Prüfungsteilnehmerin Arbeitgeberfunktionen innehaben, sollen, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern, nicht mitwirken.
- (6) Wenn in den Fällen der Absätze 1 bis 3 eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht möglich ist, kann die Landesärztekammer Hessen die Durchführung der Prüfung einem anderen oder einem gemeinsamen Prüfungsausschuss übertragen. Erforderlichenfalls kann eine andere zuständige Stelle ersucht werden, die Prüfung durchzuführen. Das Gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

§ 13

Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Abstimmung

- (1) Der Prüfungsausschuss wählt ein Mitglied, das den Vorsitz führt, und ein weiteres Mitglied, das den Vorsitz stellvertretend übernimmt. Der

Vorsitz und das ihn stellvertretende Mitglied sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören.

- (2) Der Prüfungsausschuss ist beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des vorsitzenden Mitgliedes den Ausschlag.

§ 14

Geschäftsführung

- (1) Die Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse liegt im Benehmen mit den Prüfungsausschüssen bei der Landesärztekammer Hessen. Einladungen (Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung), Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse erfolgen im Einvernehmen mit dem Vorsitz des Prüfungsausschusses.
- (2) Zu den Sitzungen der Prüfungsausschüsse sind die ordentlichen Mitglieder rechtzeitig einzuladen. Stellvertretende Mitglieder werden in geeigneter Weise unterrichtet. Kann ein Mitglied an einer Sitzung nicht teilnehmen, so soll es dies unverzüglich der Landesärztekammer Hessen mitteilen. Für ein verhindertes Mitglied ist ein stellvertretendes Mitglied einzuladen, welches derselben Gruppe angehören soll.
- (3) Die Sitzungsprotokolle sind von der Protokollführung und dem Vorsitz zu unterzeichnen.

§ 15

Verschwiegenheit

Unbeschadet bestehender Informationspflichten, insbesondere gegenüber dem Berufsbildungsausschuss, haben die Mitglieder des Prüfungsausschusses und sonstige mit der Prüfung befassten Personen sowie gegebenenfalls zugelassene Gäste über alle Prüfungsvorgänge Verschwiegenheit gegenüber Dritten zu wahren. Ausnahmen bedürfen der Einwilligung der Landesärztekammer Hessen.

Vierter Abschnitt

Durchführung der Fortbildungsprüfung

§ 16

Prüfungsgegenstand, Prüfungssprache

- (1) Gegenstand der Fortbildungsprüfung ist der Nachweis von Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten, die durch die Aufstiegsfortbildung nach §§ 4, 5 zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung erworben wurden.
- (2) Die Prüfungssprache ist Deutsch.

§ 17

Gliederung der Prüfung, Prüfungsverfahren

- (1) Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen und einem praktisch-mündlichen Teil.
- (2) Der schriftliche Teil erstreckt sich auf die in § 5 festgelegten Prüfungsbereiche und erfolgt in zwei Teilprüfungen. Diese finden im Antwortauswahlverfahren (Multiple Choice) statt. Die Prüfungsdauer beträgt höchstens 30 Minuten pro Prüfungsbereich.

- (3) Der schriftliche Teil ist auf Antrag des Prüfungsteilnehmers/der Prüfungsteilnehmerin oder nach Ermessen des Prüfungsausschusses durch eine mündliche Prüfung zu ergänzen, wenn dies für das Bestehen der Prüfung von Bedeutung ist. Die Ergänzungsprüfung soll höchstens 30 Minuten betragen.

- (4) Der praktisch-mündliche Teil der Prüfung besteht aus einer handlungsfeldübergreifenden Projektarbeit und einem die Projektarbeit berücksichtigenden Fachgespräch.

- (5) In einer handlungsfeldübergreifenden Projektarbeit soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass er/sie eine komplexe Problemstellung der Gesundheitseinrichtung erfassen, darstellen, beurteilen und lösen kann. Die Themenstellung kann alle in § 5 genannten Prüfungsbereiche umfassen, muss aber unter grundsätzlicher Berücksichtigung des Prüfungsbereiches Lern- und Arbeitsmethodik mindestens zwei weitere Prüfungsbereiche verbinden. Die Projektarbeit ist als schriftliche Arbeit anzufertigen.

- (6) Auf der Grundlage der Projektarbeit soll der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin in einem Fachgespräch nachweisen, dass er/sie in der Lage ist, seine/ihre Handlungskompetenzen in praxisbezogenen Situationen anwenden und sachgerechte Lösungen erarbeiten zu können. Daneben werden auch vertiefende und erweiterte Fragestellungen aus anderen Handlungs- und Kompetenzfeldern einbezogen. Das Fachgespräch ist nur zu führen, wenn in der Projektarbeit mindestens ausreichende Leistungen nachgewiesen worden sind. Es soll mindestens 45 Minuten, höchstens 60 Minuten dauern.

§ 18

Prüfungsaufgaben

- (1) Der Prüfungsausschuss beschließt auf der Grundlage der Prüfungsanforderungen die Prüfungsaufgaben. Die Dozenten erarbeiten die Prüfungsaufgaben und schlagen sie dem Prüfungsausschuss vor.
- (2) Das Thema der Projektarbeit wird vom Prüfungsausschuss gestellt und kann Vorschläge des Prüfungsteilnehmers berücksichtigen. Der Prüfungsausschuss kann zur Erstellung der Projektarbeit Sachverständige hinzuziehen.

§ 19

Ausschluss der Öffentlichkeit

- (1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich.
- (2) Vertreter und Vertreterinnen der obersten Landesbehörden, der Landesärztekammer Hessen sowie die Mitglieder des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen können anwesend sein. Der Prüfungsausschuss kann im Einvernehmen mit der Landesärztekammer Hessen andere Personen als Gäste zulassen.
- (3) An der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses beteiligt sein.

§ 20

Leitung, Aufsicht und Niederschrift

- (1) Die Prüfung wird unter Leitung des Vorsitzes vom gesamten Prüfungsausschuss abgenommen.
- (2) Die Landesärztekammer Hessen regelt im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuss die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, dass die

Prüfungsleistungen selbstständig und nur mit erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln durchgeführt werden.

- (3) Störungen durch äußere Einflüsse müssen von Prüfungsteilnehmern/Prüfungsteilnehmerinnen ausdrücklich gegenüber der Aufsicht oder dem Vorsitz gerügt werden. Entstehen durch die Störungen erhebliche Beeinträchtigungen, entscheidet der Prüfungsausschuss über Art und Umfang von geeigneten Ausgleichsmaßnahmen. Bei der Durchführung von schriftlichen Prüfungen kann die Aufsicht über die Gewährung einer Zeitverlängerung entscheiden.
- (4) Über den Ablauf der Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen.

§ 21

Ausweispflicht und Belehrung

Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin hat sich auf Verlangen des Vorsitzes oder der Aufsichtsführung über seine/ihre Person auszuweisen. Er/Sie ist vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen, Ordnungsverstößen, Rücktritt und Nichtteilnahme zu belehren.

§ 22

Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

- (1) Unternimmt es ein Prüfungsteilnehmer/eine Prüfungsteilnehmerin, das Prüfungsergebnis durch Täuschung oder Benutzung nicht zugelassener Hilfsmittel zu beeinflussen oder leistet er/sie Beihilfe zu einer Täuschung oder einem Täuschungsversuch, liegt eine Täuschungshandlung vor.
- (2) Wird während der Prüfung festgestellt, dass ein Prüfungsteilnehmer/eine Prüfungsteilnehmerin eine Täuschungshandlung begeht oder einen entsprechenden Verdacht hervorruft, ist der Sachverhalt von der Aufsichtsführung festzustellen und zu protokollieren. Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin setzt die Prüfung vorbehaltlich der Entscheidung des Prüfungsausschusses über die Täuschungshandlung fort.
- (3) Liegt eine Täuschungshandlung vor, wird die von der Täuschungshandlung betroffene Prüfungsleistung mit „ungenügend“ (= 0 Punkte) bewertet. In schweren Fällen, insbesondere bei vorbereiteten Täuschungshandlungen, kann der Prüfungsausschuss den Prüfungsteil oder die gesamte Prüfung mit „ungenügend“ (= 0 Punkte) bewerten.
- (4) Behindert ein Prüfungsteilnehmer/eine Prüfungsteilnehmerin durch ihr Verhalten die Prüfung so, dass die Prüfung nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden kann, ist sie von der Teilnahme auszuschließen. Die Entscheidung hierüber kann von der Aufsichtsführung getroffen werden. Die endgültige Entscheidung über die Folgen für den Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin hat der Prüfungsausschuss unverzüglich zu treffen. Absatz 3 gilt entsprechend. Gleiches gilt bei Nichtbeachtung der Sicherheitsvorschriften.
- (5) Vor Entscheidungen des Prüfungsausschusses nach den Absätzen 3 und 4 ist die Prüfungsteilnehmerin zu hören.

§ 23

Rücktritt, Nichtteilnahme

- (1) Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin kann nach erfolgter Anmeldung vor Beginn der Prüfung, bei schriftlichen Prüfungen vor Be-

kanntgabe der Prüfungsaufgaben, durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht begonnen.

- (2) Versäumt der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin einen Prüfungstermin, so können bereits erbrachte selbstständige Prüfungsleistungen anerkannt werden, wenn ein wichtiger Grund für die Nichtteilnahme vorliegt. Selbstständige Prüfungsleistungen sind solche, die thematisch klar abgrenzbar und nicht auf eine andere Prüfungsleistung bezogen sind sowie eigenständig bewertet werden.
- (3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin an der Prüfung nicht teil, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, so wird die Prüfung mit „ungenügend“ (= 0 Punkte) bewertet.
- (4) Der wichtige Grund ist unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen. Im Krankheitsfall ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes erforderlich. Die Entscheidung über das Vorliegen eines wichtigen Grundes trifft der Prüfungsausschuss.

§ 24

Nachteilsausgleich für behinderte Menschen

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Dauer der Prüfung, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Dritter wie Gebärdensprachdolmetscher für hörberechtigte Menschen. Art und Grad der Behinderung ist mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung (§ 8 Abs. 1) nachzuweisen.

Fünfter Abschnitt

Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses

§ 25

Bewertungsschlüssel

Die Prüfungsleistungen sind wie folgt zu bewerten:

Eine den Anforderungen in besonderem Maße entsprechende Leistung
= 100-92 Punkte = Note 1 = sehr gut;

eine den Anforderungen voll entsprechende Leistung
= unter 92-81 Punkte = Note 2 = gut;

eine den Anforderungen im Allgemeinen entsprechende Leistung
= unter 81-67 Punkte = Note 3 = befriedigend;

eine Leistung, die zwar Mängel aufweist, aber im Ganzen den Anforderungen noch entspricht
= unter 67-50 Punkte = Note 4 = ausreichend;

eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen lässt, dass gewisse Grundkenntnisse noch vorhanden sind
= unter 50-30 Punkte = Note 5 = mangelhaft;

eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht und bei der selbst Grundkenntnisse fehlen
= unter 30-0 Punkte = Note 6 = ungenügend.

Der Hundert-Punkte-Schlüssel ist der Bewertung aller Prüfungsleistungen sowie der Ermittlung von Zwischen- und Gesamtergebnissen zugrunde zu legen.

§ 26**Feststellung der Prüfungsergebnisse**

- (1) Der Prüfungsausschuss stellt gemeinsam die Ergebnisse des schriftlichen und mündlich-praktischen Prüfungsteils sowie das Gesamtergebnis fest.
- (2) Bei der Feststellung von Prüfungsergebnissen bleiben Prüfungsleistungen, von denen befreit worden ist, außer Betracht.
- (3) Der Prüfungsausschuss kann zur Bewertung einzelner Prüfungsleistungen Stellungnahmen Dritter einholen.

§ 27**Bewerten der Prüfungsteile und Bestehen der Prüfung**

- (1) Für die Ermittlung der Gesamtnote sind die Ergebnisse der beiden Prüfungsteile gemäß § 17 gleich zu gewichten.
- (2) Die Prüfung ist bestanden, wenn in beiden Prüfungsteilen mindestens ausreichende Leistungen erbracht wurden.
- (3) Das Prüfungsergebnis der schriftlichen Teilprüfungen ergibt das Ergebnis des schriftlichen Prüfungsteils. Bei mangelhaften Leistungen im Ergebnis des schriftlichen Prüfungsteils kann eine mündliche Ergänzungsprüfung gemäß § 17 Abs. 3 in höchstens drei Prüfungsbereichen (Modulen) durchgeführt werden.
- (4) Die Bewertung des Fachgesprächs wird gegenüber der Bewertung der Projektarbeit doppelt gewichtet.
- (5) Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Durchschnitt der Ergebnisse der beiden Prüfungsteile.

§ 28**Ergebnisniederschrift, Mitteilung über Bestehen oder Nichtbestehen**

- (1) Über die Feststellung der einzelnen Prüfungsergebnisse ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.
- (2) Dem Prüfungsteilnehmer/der Prüfungsteilnehmerin soll unmittelbar nach Feststellung des Gesamtergebnisses der Prüfung mitgeteilt werden, ob sie die Prüfung „bestanden“ oder „nicht bestanden“ hat.
- (3) Über das Ergebnis der ersten Teilprüfung erhält der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin einen Bescheid.
- (4) Nach Bestehen der gesamten Prüfung erteilt die Landesärztekammer Hessen ein Prüfungszeugnis.

§ 29**Prüfungszeugnis und Fachwirt/innen-Brief**

- (1) Das Prüfungszeugnis enthält
 - die Bezeichnung „Zeugnis“ und die Angabe der Fortbildungsregelung,
 - die Personalien des Prüfungsteilnehmers/der Prüfungsteilnehmerin (Name, Vorname, Geburtsdatum),
 - die Bezeichnung der Prüfungsordnung mit Datum und Fundstelle,
 - die Ergebnisse des schriftlichen und mündlich/praktischen Teils sowie die Gesamtnote,
 - das Datum des Bestehens der Prüfung,
 - die Namenswiedergaben (Faksimile) oder Unterschriften des Vorsit-

zes des Prüfungsausschusses und der beauftragten Person der Landesärztekammer Hessen mit Siegel.

- (2) Dem Zeugnis ist auf Antrag des Prüfungsteilnehmers/der Prüfungsteilnehmerin eine englischsprachige und eine französischsprachige Übersetzung beizufügen.
- (3) Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin erhält nach erfolgreich abgelegter Prüfung und Nachweis des Wahlteils den Brief „Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung“/„Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“.

§ 30**Bescheid über nicht bestandene Prüfung**

- (1) Bei nicht bestandener Prüfung erhält der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin von der Landesärztekammer Hessen einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchem Prüfungsteil ausreichende Leistungen nicht erbracht wurden.
- (2) Auf die besonderen Bedingungen der Wiederholungsprüfung gemäß § 31 ist hinzuweisen.

Sechster AbschnittWiederholungsprüfung**§ 31****Wiederholungsprüfung**

- (1) Eine Fortbildungsprüfung, die nicht bestanden ist, kann zweimal wiederholt werden.
- (2) Hat der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin bei nicht bestandener Prüfung im schriftlichen oder praktisch-mündlichen Prüfungsteil mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so ist er/sie auf Antrag von diesem Prüfungsteil zu befreien, sofern der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin sich innerhalb von zwei Jahren – gerechnet vom Tage der Feststellung des Ergebnisses der nicht bestandenen Prüfung an – zur Wiederholungsprüfung anmeldet. Die Bewertung einer selbstständigen Prüfungsleistung ist im Rahmen der Wiederholungsprüfung zu übernehmen.
- (3) Die Prüfung kann frühestens zum nächsten Prüfungstermin (§ 6) wiederholt werden.
- (4) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung finden für die Anmeldung zur Wiederholungsprüfung Anwendung. Bei der Anmeldung sind zudem Ort und Datum der vorausgegangenen Prüfung anzugeben.
- (5) Für die Durchführung der Prüfung sowie die Bewertung und Feststellung der Prüfungsergebnisse gelten die §§ 16-30 entsprechend.

Siebter AbschnittSchlussbestimmungen**§ 32****Rechtsbehelfsbelehrung**

Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Landesärztekammer Hessen sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den

Landesärztekammer Hessen

Prüfungsbewerber/die Prüfungsbewerberin bzw. den Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im Einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen des Landes Hessen.

§ 33

Einsicht und Aufbewahrung von Prüfungsunterlagen

- (1) Auf Antrag ist dem Prüfungsteilnehmer/der Prüfungsteilnehmerin binnen der gesetzlich vorgegebenen Frist zur Einlegung eines Rechtsbehelfs Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen Prüfungsarbeiten sind ein Jahr, die Niederschriften zehn Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Zugang des Prüfungsbescheides. Der Ablauf der vorgenannten Fristen wird durch das Einlegen eines Rechtsmittels gehemmt.
- (2) Die Aufbewahrung kann auch elektronisch erfolgen. Landesrechtliche Vorschriften zur Archivierung bleiben unberührt.

§ 34

In-Kraft-Treten

Diese Prüfungsordnung tritt am Tag der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Fortbildungsprüfungsord-

nung zum Arztfachhelfer/zur Arztfachhelferin vom 10. Juni 2003 (veröffentlicht im Juli 2003) außer Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 28. November 2009 beschlossene Fortbildungsprüfungsordnung der Landesärztekammer Hessen für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 9. Dezember 2009



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Das Versorgungswerk informiert:

Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in der Sitzung am 28.11.2009 mit der in § 4 A) (1) a) der Satzung vorgeschriebenen Zweidrittelmehrheit aller gewählten Mitglieder die nachfolgenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung beschlossen, die das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit mit Schreiben vom 30.11.2009 unter dem Geschäftszeichen VI 3 A – 54 g 3110 genehmigt hat:

I. Angleichung des Rechts der Lebenspartnerschaften an das Recht der Ehe

Artikel 1

1. Änderung des § 12 der Satzung:

- a) In Absatz 2 Satz 2
werden die Wörter „der Witwe oder dem Witwer“ durch die Wörter „der Witwe, dem Witwer oder dem überlebenden Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3
werden die Wörter „eine Witwe oder ein Witwer“ durch die Wörter „eine Witwe, ein Witwer oder ein überlebender Lebenspartner im Sinne des LPartG“ ersetzt und nach dem Wort „Ehegatte“ die Wörter „oder Lebenspartner im Sinne des LPartG“ eingefügt.

2. Änderung des § 4 der Versorgungsordnung:

In Absatz 2 Satz 5

werden nach dem Wort „Verheirateten“ die Wörter „oder Lebenspartnern im Sinne des LPartG“ und nach dem Wort „Ehepartner“ die Wörter „oder Lebenspartner im Sinne des LPartG“ eingefügt.

3. Änderung des § 5 der Versorgungsordnung:

Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 wird angefügt:

„(11) Die Abs. 1 - 10 gelten für Lebenspartner im Sinne des LPartG entsprechend.“

Artikel 2

Die Änderungen treten zum 01.01.2010 in Kraft.

II. Beitrags- und Leistungstabelle

Artikel 1

Die nachfolgenden Tabellenänderungen gelten ab 01.01.2010 bzw. betreffen ausschließlich die Verrentung von Beiträgen, die ab 01.01.2010 eingehen. Eine inhaltliche Veränderung der bislang gültigen Tabellen erfolgt nicht.

1. Änderung des § 14 der Versorgungsordnung:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „01.01.2008“ durch die Angabe „01.01.2010“ ersetzt.
- b) Die Tabellen 1 „Beitrags- und Leistungstabelle“ und 2 „Verringerung der Rentenanwartschaft bei Beitragsausfällen/Faktoren zur Berechnung des Kapitalwertes von Rentenanwartschaften“ werden wie folgt neu gefasst:

„Tabelle 1: Beitrags- und Leistungstabelle
(gültig für ab 01.01.2010 entrichtete Beiträge)

EA	B	R	EA	B	R
20	2,418	41,364	43	7,147	13,992
21	2,515	39,767	44	7,597	13,163
22	2,617	38,214	45	8,093	12,357
23	2,724	36,704	46	8,640	11,574
24	2,838	35,236	47	9,249	10,812
25	2,958	33,808	48	9,929	10,072
26	3,085	32,420	49	10,693	9,352
27	3,218	31,071	50	11,558	8,652
28	3,360	29,758	51	12,545	7,971
29	3,511	28,483	52	13,680	7,310
30	3,671	27,244	53	14,999	6,667
EA	B	R	EA	B	R
31	3,840	26,039	54	16,554	6,041
32	4,021	24,868	55	18,406	5,433
33	4,214	23,731	56	20,657	4,841
34	4,420	22,625	57	23,452	4,264
35	4,640	21,551	58	27,027	3,700
36	4,876	20,507	59	31,766	3,148
37	5,130	19,493	60	38,358	2,607
38	5,403	18,508	61	48,193	2,075
39	5,698	17,551	62	64,558	1,549
40	6,016	16,622	63	97,182	1,029
41	6,361	15,721	64	194,932	0,513
42	6,737	14,844			

”

„Tabelle 2: Verringerung der Rentenanwartschaft bei Beitragsausfällen
Faktoren zur Berechnung des Kapitalwertes von Rentenanwartschaften
(gültig ab 01.01.2010)

Maßgebliches Alter	Verringerung der mtl. Rentenanwartschaft in % der Summe der ausgefallenen Beiträge	Kapitalfaktor
20	1,330833	75,14
21	1,294167	77,27
22	1,258333	79,47
23	1,223333	81,74
24	1,190000	84,03
25	1,156667	86,46
26	1,124167	88,95
27	1,094167	91,39
28	1,062500	94,12
29	1,032500	96,85
30	1,004167	99,59
31	0,975833	102,48
32	0,947500	105,54
33	0,921667	108,50
34	0,895000	111,73

Maßgebliches Alter	Verringerung der mtl. Rentenanwartschaft in % der Summe der ausgefallenen Beiträge	Kapitalfaktor
35	0,870000	114,94
36	0,845000	118,34
37	0,820833	121,83
38	0,797500	125,39
39	0,774167	129,17
40	0,750833	133,19
41	0,730833	136,83
42	0,710000	140,85
43	0,690833	144,75
44	0,671667	148,88
45	0,652500	153,26
46	0,635000	157,48
47	0,616667	162,16
48	0,600000	166,67
49	0,583333	171,43
50	0,567500	176,21
51	0,550833	181,54
52	0,535833	186,63
53	0,521667	191,69
54	0,506667	197,37
55	0,493333	202,70
56	0,480833	207,97
57	0,470000	212,77
58	0,460000	217,39
59	0,450833	221,81
60	0,443333	225,56
61	0,438333	228,14
62	0,433333	230,77
63	0,430000	232,56
64	0,427500	233,92

”

2. Änderung des § 15 der Versorgungsordnung:

Die Tabelle 1 „Verrentungsfaktoren zur Umrechnung eines Kapitalwertes (Ausgleichwertes) in eine Anwartschaft auf Altersrente aus Versorgungsausgleich“ wird wie folgt neu gefasst:

„Tabelle 1: Verrentungsfaktoren zur Umrechnung eines Kapitalwertes (Ausgleichwertes) in eine Anwartschaft auf Altersrente aus Versorgungsausgleich
(gültig ab 01.01.2010)

Teil 1: Anwartschaft auf Altersrente vor Erreichen des 65. Lebensjahres

Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
20	1,511667	43	0,826667
21	1,472500	44	0,805000
22	1,432500	45	0,785000
23	1,395000	46	0,765000

Landesärztekammer Hessen

Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
24	1,358333	47	0,745833
25	1,322500	48	0,726667
26	1,288333	49	0,708333
27	1,253333	50	0,690000
28	1,221667	51	0,673333
29	1,189167	52	0,655833
30	1,158333	53	0,639167
31	1,128333	54	0,623333
32	1,098333	55	0,607500
33	1,070833	56	0,591667
34	1,043333	57	0,576667
35	1,015833	58	0,562500
36	0,990000	59	0,548333
37	0,965000	60	0,534167
38	0,940000	61	0,520833
39	0,915833	62	0,507500
40	0,892500	63	0,495000
41	0,870000	64	0,483333
42	0,847500		

**Teil 2: Anwartschaft auf eine sofort beginnende Altersrente
nach Vollendung des 65. Lebensjahres**

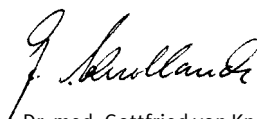
Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
65	0,475892	83	1,060630
66	0,490110	84	1,131498
67	0,505456	85	1,209523
68	0,522044	86	1,295363
69	0,540023	87	1,389701
70	0,559534	88	1,493326
71	0,580671	89	1,607070
72	0,603542	90	1,731568
73	0,628306	91	1,867348
74	0,655276	92	2,014176
75	0,684871	93	2,171031
76	0,717766	94	2,335463
77	0,753828	95	2,502536
78	0,793439	96	2,692004
79	0,837019	97	2,894043
80	0,885023	98	3,109458
81	0,937946	99	3,339701
82	0,996303	ab 100	3,586424

Artikel 2

Die Änderungen treten zum 01.01.2010 in Kraft.

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

Frankfurt am Main, den 30.11.2009



Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach
Präsident der
Landesärztekammer Hessen



Dr. med. Brigitte Ende
Vorsitzende des Vorstandes
des Versorgungswerkes der
Landesärztekammer Hessen



**Fachtagung und Informationsveranstaltung der
Psychotherapeutenkammer Hessen**

Neue Aufgaben der Psychotherapie? 6P

30. Januar 2010, 9:30 – 17:15 Uhr

Haus am Dom

Domplatz 3, 60311 Frankfurt

Kostenbeitrag:

€ 45,- incl. Getränke und Mittagsimbiss

Anmeldung:

Geschäftsstelle der LPPKJP Hessen, Frau Schäfer,
Gutenbergplatz 1, 65187 Wiesbaden, Fon: 0611 53168-0,
E-Mail jschaefer@ptk-hessen.de

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

Beiträge ab 1. Januar 2010

Gemäß § 13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI).

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und damit gleichlautend zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen beträgt vom 1. Januar 2010 an 19,9 % des monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze von 5.500,00 € monatlich (alte Bundesländer) bzw. 4.650,00 € monatlich (neue Bundesländer) nicht überschreitet.

Ab 1. Januar 2010

betragen daher die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen:

- für angestellte Ärzte, die von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind:
19,9 % der maßgebenden Bruttobezüge, höchstens monatlich

alte Bundesländer	1.094,50 €
neue Bundesländer	925,35 €
- für angestellte Ärzte, die keinen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben und eine Beitragsermäßigung gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben:
9,95 % der maßgebenden Bruttobezüge, höchstens monatlich

alte Bundesländer	547,25 €
neue Bundesländer	462,68 €
- für in Hessen niedergelassene Ärzte mit rechtskräftiger Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (früher RVO-Kassenpraxis):
monatlich

	547,25 €
--	----------
- für niedergelassene Ärzte – soweit sie nicht unter Punkt 3 fallen – und Sonstige:
monatlich

alte Bundesländer	1.094,50 €
neue Bundesländer	925,35 €
- für niedergelassene Ärzte in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung und niedergelassene Ärzte außerhalb Hessens gilt:
monatlich

alte Bundesländer	1.094,50 €
neue Bundesländer	925,35 €
- für alle Ärzte, die den Mindestbeitrag nach § 13 der Versorgungsordnung entrichten gilt:
monatlich

alte Bundesländer	109,45 €
neue Bundesländer	92,54 €

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

Höherversorgung:

Der Höchstbeitrag (Pflichtbeitrag und Höherversorgung) zum Versorgungswerk beträgt ab 1. Januar 2010:

monatlich	
alte Bundesländer	2.189,00 €
neue Bundesländer	1.850,70 €

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

Stephan Thome: **Grenzgang**. Suhrkamp Verlag, Frankfurt. 2009. 453 Seiten, gebunden. ISBN 978-3-518-42116-1. Euro 22,80.

Mit seinem Debütroman „Grenzgang“ ist Stephan Thome auf Anhieb ein großer Wurf gelungen. Schon nach wenigen Seiten hat er seine Leser in das bildreiche Sprachgewebe seines Seelen- und Gesellschaftsromans eingefangen und lässt sie bis zum Ende nicht mehr los. Ein Mann und eine Frau in der Midlifecrisis vor dem Hintergrund der Provinzialität einer Hessischen Kleinstadt. Alle sieben Jahre findet dort der Grenzgang statt, ein traditionsreiches Volksfest. Und nach sieben Jahren hat sich wieder einiges verändert. Verschachtelt und in Rückblenden auf das Festgeschehen beschreibt der Autor differenziert mit manchmal überraschenden Wendungen und meisterhaften Dialogen die Seelenregungen der beiden, viel über sich selbst reflektierenden Protagonisten. Außer einer subtilen, erotischen Anziehung verbinden sie zwei Dinge: Sie sind in ihrem Leben gescheitert und fühlen sich in der sich bieder gebenden und die Traditionen pflegenden Gesellschaft fremd, aber auch heimlich überlegen. Er ist in seiner akademischen Karriere gescheitert, sie als Tänzerin und in ihrer Ehe. Doch schließlich finden sie sich dort wieder, wovon sie sich immer gescheut haben: In der Banalität einer Ehe. Scheinbar wiederholt sich alles. Doch dann heißt es zum Schluss: „Aber alles passiert, wenn es passiert, zum ersten Mal ... keine Verstellung mehr, Ende des Spiels. Sie wird ihn lieben, ganz einfach“. Ein kluges, für ein Debüt ungewöhnlich reifes und im besten Sinne unterhaltsames Buch.

Stephan Thome wurde 1972 in Biedenkopf/Hessen geboren. Er studierte Philosophie, Religionswissenschaft und Sinologie an der FU Berlin und an verschiedenen Universitäten in China, Taiwan und Japan. Seit 2005 lebt und arbeitet er in Taipeh/Taiwan. Für seinen Erstlingsroman gewann er den aspekte-Literaturpreis 2009.

Prof. Dr. Wolfgang Kuhl, Wiesbaden

Andreas Drouve: **Lexikon des Jakobsweg – Personen, Orte, Legenden**. Herder Verlag 2005, ISBN 3-451-28877-X. Euro 19,90.

Eine Pilgerfahrt auf dem Jakobsweg ist eine anspruchsvolle Wanderung mit anstrengenden Auf- und Abstiegen in einer faszinierenden, oft bergigen Landschaft. Dem Pilger wird einiges abverlangt – der Weg ist das Ziel. Die gleichförmige Bewegung erleichtert die innere Einkehr und das Gebet. Im kleinen Reisegepäck ist kein Platz für Nachschlagewerke oder Reiseführer. So kommt das „Lexikon des Jakobswegs“ von Andreas Drouve in der Vor- oder Nachbereitungsphase zum Einsatz, erst hierbei zeigt sich die religiöse und wirtschaftliche Bedeutung der Pilger Routen in Frankreich, Spanien und Portugal. Pilgerreisen schaffen den Bedarf und verbreiten Kenntnisse monumentaler Kirchenbauten, in denen Pilgerströme kanalisiert werden müssen. Akribisch beschreibt Drouve Kirchen, Kathedralen und Baudenkmäler und setzt sie in Beziehung zu den gekrönten und ungekrönten Häuptern ihrer Zeit. Er beschreibt aber auch die Einrichtungen und Gewohnheiten der Pilger sowie die Legenden, die sich um den Jakobsweg ranken. Fast jeder Kommentar ist bebildert, so dass der Wiedererkennungswert sicher ist, sollte man sich selbst auf den Weg machen.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

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	Internistin/Internist (Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Griesheim	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Groß-Umstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Odenwaldkreis

Mossautal	Anästhesistin/Anästhesist
-----------	---------------------------

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 am Main-Westend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Bornheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Gallusviertel	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt am Main	Hals-Nasen-Ohrenärztin/ Hals-Nasen-Ohrenarzt
Frankfurt am Main	Hals-Nasen-Ohrenärztin/ Hals-Nasen-Ohrenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Höchst	Hautärztin/Hautarzt
Frankfurt am Main	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Frankfurt am Main	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Innenstadt	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Frankfurt am Main-Oberrad	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Frankfurt am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Hofheim	Fachärztin/Facharzt für Psychosoma- tische Medizin und Psychotherapie

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Orthopädin und Unfallchirurgin/ Orthopäde und Unfallchirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-----------------	--

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Offenbach am Main-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Langen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Wächtersbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Main-Kinzig-Kreis	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Lich	Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Biedenkopf	Urologin/Urologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------	--

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt bzw. Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Diagnostische Radiologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Bad Nauheim	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Vilbel	Hals-Nasen-Ohren-Ärztin/ Hals-Nasen-Ohren-Arzt
Bad Vilbel	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Friedberg	Frauenärztin/Frauenarzt

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

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
---------	-----------------------

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

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

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Hessisch Lichtenau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
--------------------	---

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Villmar-Aumenu	Allgemeinärztin/Allgemein oder Internistin/Internist – hausärztlich –
----------------	--

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Frauenärztin/Frauenarzt
Marburg	Internistin/Internist
Wetter	Chirurgen/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Frielendorf	Anästhesistin/Anästhesist
Oberaula	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Augenärztin/Augenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)
Wiesbaden	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)
Wiesbaden	Nervenärztin/Nervenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Ärztliche Psychotherapeutin/ Ärztlicher Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

– Landesstelle –
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt/M.
Fon 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.