

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

7 | 2010

Juli 2010

71. Jahrgang



- 113. Deutscher Ärztetag in Dresden
Klimawandel in der Gesundheitspolitik
- Gesicherte medizinische Kommunikation – Die hessische Alternative
- Ausschuss „Umwelt und Medizin“
- Zertifizierte Fortbildung: Interdisziplinäre Aspekte der Behandlung von Beckenboden-dysfunktionen
- Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen

Paracelsus-Medaille für zwei Hessische Ärzte:
v. l.: Dr. med. Alfred Möhrle,
Professor Dr. med. Albrecht Encke,
Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler

Foto: Manuel Maier

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:
Frank-Rüdiger Zimmeck
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
Manuel Maier, Leiter der Rechtsabteilung

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 Hebmärchte 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**

412

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 15: Löwenzahn

413

Landesärztekammer Hessen

Gesicherte medizinische Kommunikation – Die hessische Alternative

414

Landesärztekammer Hessen stellt ihre Gremien vor

Ausschuss „Umwelt und Medizin“

416

Landesärztekammer Hessen

Forum junge Ärzte: Mein erster Deutscher Ärztetag – Mai 2010 in Dresden

417

Ärztliche Selbstverwaltung „zum Anfassen“

418

113. Deutscher Ärztetag – Klimawandel in der Gesundheitspolitik

419

Aktuelles

Bundesweiter unbefristeter Ärztestreik an kommunalen Krankenhäusern

427

Fortbildung

Sicherer Verordnen

429

Zertifizierte Fortbildung: Beckenbodenzentrum Hessen (BBZet) –

Interdisziplinäre Aspekte der Behandlung von Beckenbodendysfunktionen

430

Medizinisches Kreuzworträtsel

440

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

441

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

447

Medizinethik aktuell

Das Schweizer Votum für einen Verfassungsartikel über die Forschung
am Menschen – anders als der deutsche Weg

449

Arzt- und Kassenarztrecht

Berufsrecht: Weitere Liberalisierung ärztlicher Werbemöglichkeiten

452

Landesärztkammer Hessen

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung
von Arztpraxen

455

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

456

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

460

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 und Kollegen,



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

dass auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden zwei hessische Ärzte mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft geehrt worden sind, darf uns mit Freude und Stolz erfüllen. Der langjäh-

rige, frühere Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Alfred Möhrle, und Professor Dr. med. Albrecht Encke, ehemaliger Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zählen zu den herausragenden Arztpersönlichkeiten der vergangenen Jahrzehnte in Hessen und bundesweit. Beiden danke ich auch an dieser Stelle herzlich für ihr außergewöhnliches Engagement für Ärzte und Patienten. „Nur eine einzige Ärzteschaft ist eine starke Ärzteschaft“: Dieser Appell, den Kollege Möhrle in Dresden an alle Ärztinnen und Ärzte richtete, sollte uns Ansporn für die Zukunft sein. Denn nur gemeinsam kann es uns gelingen, ärztliche Überzeugungen erfolgreich gegenüber Politik und Gesellschaft zu vertreten.

Gefreut habe ich mich auch über die Unterstützung, die der Deutsche Ärztetag den streikenden Ärztinnen und Ärzten an kommunalen Krankenhäusern zugesagt hat. Die Forderung der Delegierten, dass sich alle Kolleginnen und Kollegen in Deutschland mit den für unsere Belange Kämpfenden solidarisch zeigen sollen, ist uneingeschränkt zu begrüßen. Allerdings sollte man erwarten können, dass ärztliche Solidarität die Interessen verschiedener Arztgruppen mit trägt. Doch der Forderung niedergelassener Fachärzte nach Transparenz und Klarheit in der Vergütung durch Kostenerstattung – und da-

mit nach mehr Eigenverantwortung des Patienten – schloss sich die Mehrheit der Delegierten des Deutschen Ärztetages nicht an. Hier hätte man sich mehr innerärztliche Unterstützung gewünscht.

Der beste Patientenschutz geht von der Berufsordnung der Ärzte aus. Transparenter, nachvollziehbarer, gerechter und präziser könne man individuelle Patientenrechte überhaupt nicht verankern, als die Ärzteschaft dies tue, erklärte der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, in Dresden. Seine Feststellung traf ins Schwarze: Die große Mehrheit der Ärzteparlamentarier bezeichnete die vom Gesetzgeber angestrebte gesetzliche Regelung von Patientenrechten als nicht notwendig.

Auch die Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte in ihrer derzeitigen Form war konsequent und richtig. Noch existiert keine sichere Lösung für den Datenversand. Auch muss gewährleistet sein, dass elektronische Patientenakten ausschließlich von dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin – und nur in Einverständnis mit den Patienten, nicht jedoch von Krankenkassen, eingesehen werden dürfen. Mit seiner Entscheidung bestätigte der Deutsche Ärztetag eigene und Beschlüsse der hessischen Delegiertenversammlung, die sich mehrfach gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ausgesprochen hat.

Die von der Landesärztekammer Hessen entwickelte Arzt-Signaturkarte ist das Gebot der Stunde. Mit dieser Karte können wir bundesweit durch gesicherte Verschlüsselung den Weg für den innerärztlichen elektronischen Informationsaustausch bereiten. Der hessische Arztausweis hat die Option, mit einem Chip versehen zu werden. Ein wissenschaftlich begleitetes

Pilotprojekt ist am Start. Nach erfolgreichen Vortests soll die Kombination von Arztausweis und Signatur allen hessischen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen. Die Arzt-Signaturkarte wird in Zukunft für eine schnelle und gesicherte Korrespondenz von Arzt zu Arzt sorgen können (siehe Beitrag auf Seite 414).

Ein weiteres hessisches Projekt steht „in den Startlöchern“: Um die Situation der Weiterbildung in Hessen zu verbessern, richtet die Landesärztekammer zurzeit einen „Runden Tisch Weiterbildung“ ein, zu dem u.a. die Hessische Krankenhausgesellschaft, der Chefarztverband, Vertreter des Marburger Bundes und andere mit Weiterbildung befasste Organisationen, vor allem aus dem niedergelassenen Bereich, eingeladen werden. Auch eine aus jungen Ärztinnen und Ärzten bestehende „Zukunftswerkstatt“ soll mit eigenen Ideen und Beiträgen zur Verbesserung der Weiterbildung in den „Runden Tisch“ eingebunden werden.

Die Bemühungen des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit um eine Regelung der Probleme der ambulanten und stationären Versorgung in Hessen verdienen große Anerkennung. Erst kürzlich hatte der hessische Gesundheitsminister Jürgen Banzer eine Expertenrunde zum Thema „Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum“ einberufen und betont, dass insbesondere im ländlichen Raum „massive Engpässe“ bei der ärztlichen Versorgung drohen. Umso erschrockener waren wir, als die hessische Landesregierung die Präsidenten der hessischen Hochschulen zur Unterzeichnung des so genannten „Hochschulpaktes“ aufforderte. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit, angesichts einer schwierigen Haushaltslage zu sparen, darf hiervon jedoch nicht der Bil-

dungsbereich betroffen sein. Die Jugend ist unsere Zukunft – auch in der Medizin. Als Landesärztekammer stehen wir in der Verantwortung, durch qualifiziert aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte eine hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Doch wenn kaputt gesparte Universitäten keine Ärzte mehr ausbilden, können wir auch unserem Auftrag nicht mehr nachkommen. Die Kürzungen durch den „Hochschulpakt“ dürfen keinesfalls linear an die Medizin

weiter gegeben werden! Daher hat das Präsidium der Landesärztekammer die Landesregierung und die Präsidien der Universitäten aufgerufen, sich ihrer Verantwortung für die künftige ärztliche Versorgung in Hessen zu stellen und die Medizin von den Sparmaßnahmen auszunehmen.

Ich wünsche uns Allen, dass wir auch in diesen unruhigen Zeiten, die uns zum Teil große Sorgen bereiten, unsere ärztlichen

Anliegen weiterhin engagiert verfolgen und zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten durchsetzen können.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 15: Löwenzahn (*Taraxacum officinalis* WEBER ex WIGGERS) Alexander H. Jakob



Wiesen-Löwenzahn

Auch wenn der Löwenzahn im Gartenrasen vielen nur als Unkraut erscheinen mag, so ist er schon historisch als Heilpflanze eingesetzt worden und lohnt auch heute noch der genaueren Betrachtung. Der Löwenzahn, der zur Familie der Korbblütler zählt, fällt im April und Mai durch

seine leuchtend gelbe Blüte auf.

Für die therapeutische Anwendung können alle Pflanzenteile eingesetzt werden, wobei Wurzel und Kraut (*Taraxaci radix cum herba*) besonders reich an den wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffen sind. Hierbei handelt es

sich insbesondere um Bitterstoffe, Triterpene, Phytosterole, Flavonoide und Phenylcarbonsäuren, denen eine choleretische, diuretische und appetitanregende Wirkung zugeschrieben wird. Somit sind die Einsatzgebiete nach Positiv-Monographie der Kommission E die Behandlung von Störungen des Gallenflusses, der Appetitlosigkeit,

dyspeptische Beschwerden und Anregung der Diurese.

Mögliche Zubereitungen sind Aufgüsse, Abkochungen als Teezubereitungen, fertig zubereitete Tinkturen oder der besonders wirksame Frischpflanzenpresssaft. Aufgrund der diuretischen Wirkung sollte die Gabe nicht mehr zu späteren Tageszeiten erfolgen.

Mögliche Nebenwirkungen liegen in kontaktallergischen Reaktionen und gastralen Beschwerden durch eine vermehrte Säurebildung.

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

Gesicherte medizinische Kommunikation – Die hessische Alternative

Sicherer Austausch von Patientendaten mit dem neuen hessischen Arztausweis – nicht mit der elektronischen Gesundheitskarte kompatibel.

Der Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden liegt gerade hinter uns. Das Thema elektronische Gesundheitskarte (eGK) war zwar kein eigener Tagesordnungspunkt, dennoch sorgte die nochmalige Ablehnung der eGK durch die Delegierten für eine Sensation! Nach wie vor sind die Fragen einer gesicherten, aber gleichzeitig einfachen und finanzierbaren Kommunikation von Patientendaten in Deutschland nicht gelöst. Auch der im vergangenen April von der gematik und dem BMGS postulierte „finale Neustart“ der eGK mit dem so genannten „Kümmerer Modell“ – eine tief blicken lassende Namensgebung –, das die Verantwortlichkeiten klären soll, ist leider kein Garant für einen Erfolg.

Betrachtet man rückblickend die Rolle der LÄK Hessen, so wird klar, dass hier genau diese Entwicklung vorhergesehen wurde. Dies wird auch durch die dreimalige Ablehnung eines eGK-konformen Heilberufsausweises durch die Delegiertenversammlung und das gemeinsame Vorgehen zur Einführung auf Bundesebene deutlich. Vorschläge und Projekte gab und gibt es in Deutschland viele, aber nichts konnte sich bisher etablieren oder für die notwendige Akzeptanz in der Ärzteschaft sorgen.

Warum?

Im nationalen Gesundheitswesen haben zahlreiche sehr unterschiedliche Konzepte und Produkte zur Verarbeitung von Patientendaten Anwendung gefunden. Leider gibt es nur sehr wenige Standard-Datenformate und genormte Schnittstellen. Diese heterogenen Softwarelösungen verhindern einen einfachen und sicheren Austausch



Gesicherte medizinische Kommunikation – die hessische Alternative!

von Patientendaten. Dabei werden Produkte angeboten, die sehr teuer sind und nur eingeschränkt tauglich, um den Anforderungen einer sicheren Arzt-Arzt-Kommunikation gerecht zu werden. Insbesondere der intersektorale Austausch von Patientendaten wird bisher nirgends zufriedenstellend abgebildet, sieht man von Industrie gesteuerten Insellösungen einmal ab.

Was wollen die Ärzte?

In der Vergangenheit haben sich nur wenige die Mühe gemacht, die Protagonisten in der medizinischen Kommunikation nach ihren Wünschen und vor allem ihren Anforderungen zu befragen – die Ärzte!

Im Rahmen vorangegangener Telemedizinischer Projekte hat die LÄK Hessen in den vergangenen Jahren genau diese Anforderungen evaluiert. Dabei kristallisierten sich immer wieder die nachstehenden Forderungen an eine Kommunikationslösung heraus:

- Leichte Bedienung
- Geringer Verwaltungsaufwand
- Schneller Zugriff auf Daten
- Kostenersparnis (personell und materiell)
- Hohe Verfügbarkeit
- Daten- und Rechtssicherheit

- Volle Integration in individuelle Arbeitsabläufe

Welche Lösung kann die LÄK Hessen ihren Mitgliedern bieten?

Bedenkt man die oben aufgeführten Punkte, wird schnell klar, dass eine akzeptable Lösung für die medizinische intersektorale Kommunikation nur durch kostengünstige und etablierte Standards erreicht werden kann. Vieles davon sollte schon in Praxis oder Klinik vorhanden, bzw. ohne großen Aufwand zugänglich sein. Abhängigkeiten von den vorab beschriebenen Insellösungen sollten vermieden werden. Auch darf nicht in die Softwarestruktur von Praxis- oder Klinik eingegriffen werden. Der Telematikausschuss der LÄK Hessen hat sich intensiv mit diesen Vorgaben beschäftigt. Das Resultat ist so einfach und genial zugleich! Grundlage der Kommunikation stellt das weit verbreitete und kostengünstige Internet dar, das bei vielen Ärzten verfügbar ist. Bildlich gesprochen wäre das Internet die Autobahn. Als Auto zum Transport der Daten dient die seit Jahren etablierte E-Mail. Allerdings genügen diese

Voraussetzungen noch nicht den gesetzlichen Anforderungen zum elektronischen Austausch von Patientendaten, da die Sicherheit des E-Mail-Inhaltes selbst bei konventionellen Verschlüsselungsmethoden nicht gegeben ist. Es fehlt noch, um bei unserem Bild zu bleiben, die Zentralverriegelung. Doch auch hier haben wir mit einer E-Mail-Software (Microsoft Outlook, Mozilla Thunderbird, etc.) eine Lösung gefunden: E-Mails werden durch einen Schlüssel (elektronisches Zertifikat) geschützt; er entspricht der derzeit höchsten Schutzstufe, die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik gefordert wird.



Der Präsident der LÄK Hessen, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (links) und das Mitglied des Telematikausschusses der LÄK Hessen Prof. Dr. Henning Schneider mit ihren neuen Ausweisen.

Der entsprechende Schlüssel befindet sich auf dem neuen Arztausweis der LÄK Hessen, der auf der Abbildung ergänzend zu dem 2008 eingeführten Arztausweis im Scheckkartenformat zu sehen ist.

Am 17. Mai 2010 hat der Präsident der LÄK Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, den ersten hessischen Arztausweis mit qualifizierter elektronischer Signatur (QSIG) an das Kammermitglied Professor Dr. med. Henning Schneider ausgegeben. Professor Schneider wird die Einführung der neuen Arztausweise wissenschaftlich begleiten. Aus Sicht des Kammerpräsidenten ist dieses Projekt ein Baustein, mit dem endlich praktikable Lö-

sungen für die unbeantworteten Fragen der letzten Jahre im Kontext der Telematik-Infrastruktur angeboten werden können. Dr. von Knoblauch betont, dass Hessen hier eine Vorreiterrolle übernimmt, die Vorbild für andere sein kann.

Was ist das Besondere dieses Arztausweises?

Auf dem Chip des neuen Arztausweises befinden sich drei Zertifikate, die es ermöglichen, die zukünftigen Anforderungen (an die elektronische Welt) zu erfüllen.

Diese sind:

- sichere Authentifizierung an Software (z.B. KIS, PVS, Internetportale [KV, Kammer], Medizintechnik, etc) → **Portalzertifikat**
- Verschlüsselung von E-Mails (oben beschrieben) → **Verschlüsselungszertifikat**
- rechtssichere elektronische Unterschrift (qualifizierte elektronische Signatur, um z.B. Arztbriefe zu unterschreiben) → **Signaturzertifikat**

Basis für den hessischen Arztausweis ist eine etablierte Standardsignaturkarte. Ein Vorteil dieses neuen Arztausweises ist, dass Patientendaten (z.B. Arztbriefe) nicht nur sicher verschlüsselt, sondern auch rechtssicher elektronisch unterschrieben (signiert) werden können. Nur damit ist eine Authentizität des elektronischen Dokumentes im rechtlichen Sinne gegeben, die vor allem auch bei der Langzeitarchivierung erforderlich ist.

Die beschriebenen Funktionen ermöglichen es, das oben aufgeführte Konzept des sicheren Austausches von medizinischen Daten über E-Mail zu realisieren. Damit ist ein Konzept entstanden, das ohne großen Aufwand in der Praxis realisiert werden kann. Die LÄK Hessen wird dieses Konzept im Rahmen eines Pilotprojektes zusammen mit Professor Schneider von der Abteilung

für Medizinische Informatik an der Technischen Hochschule Mittelhessen bei der Einführung in der Praxis begleiten. Neben der Kompetenz ihres Telematikausschusses stellt die Kammer auch den Leiter der IT-Abteilung Thomas Friedl beratend zur Seite.

Kooperationspartner in diesem Projekt ist ein hessisches Ärztenetzwerk im niedergelassenen Bereich. Dort soll der Nutzen in der Praxis evaluiert werden.

Auch der hessische Datenschutzbeauftragte ist in dieses Projekt involviert.

Die notwendige Hard- und Software und die Signaturkarte werden von den Projektpartnern t-systems und esqia technologies aus Berlin bereit gestellt.

Ausblick

Die LÄK Hessen geht davon aus, dass mit Etablierung des vorgestellten Konzeptes viele Probleme, die in Vergangenheit und Gegenwart im Zusammenhang mit der gesicherten Kommunikation im Gesundheitswesen bestanden haben, gelöst werden. Auch ein Einsatz des Arztausweises in der ab 1. Januar 2011 obligaten Online-Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung wäre möglich. Ebenfalls denkbar ist die sichere Authentifizierung von Ärzten in Medizintechnik und Software. Die Einsatzmöglichkeiten sind vielschichtig. Elektronische Signaturkarten werden zukünftig aus dem Alltag nicht mehr wegzu-denken sein.

Daher ist der vorgeschlagene **Weg der Weg**, um die elektronische Welt sicher zu machen – vor allem für Ärzte und Patienten.

Mehr zu diesem Thema in einem der nächsten Hessischen Ärzteblätter.

Für den Telematikausschuss der LÄK Hessen
Professor Dr. Henning Schneider
Dipl. Ing. Thomas Friedl

Ausschuss „Umwelt und Medizin“

Der Ausschuss „Umwelt und Medizin“ der Landesärztekammer Hessen berät das Präsidium der Landesärztekammer Hessen in umweltmedizinischen/(umwelt)hygienischen Fragen und vertritt die Landesärztekammer Hessen in der Fluglärmkommission sowie im Konvent des Forums Flughafen und Region, ehemals Regionales Dialogforum.

Die Mitglieder des Ausschusses „Umwelt und Medizin“ wurden in der Sitzung des Präsidiums am 18. Oktober 2008 erstmals für fünf Jahre gewählt.

Wie in der letzten Legislaturperiode (2004-2008), beschäftigt sich der Ausschuss „Umwelt und Medizin“ auch in dieser Legislaturperiode (2008-2013) mit der Fluglärmproblematik im Umfeld des Frankfurter Flughafens. Hierzu wurden Berichte aus einschlägigen Gremien, vor allem auch neue Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Publikationen und Gutachten, diskutiert. In dem Konvent des Forums Flughafen und Region wird die Landesärztekammer Hessen von dem Vorsitzenden des Ausschusses „Umwelt und Medizin“, Professor Dr. med. Thomas Eikmann, und von dem stellvertretenden Vorsitzenden, Dr. med. Rolf Teßmann, vertreten. Professor Dr. Eikmann vertritt die Landesärztekammer Hessen ebenfalls in der Fluglärmkommission

des Flughafens Frankfurt am Main. Im Jahre 2006 erarbeitete der Ausschuss „Umwelt und Medizin“ eine Stellungnahme zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Lärm. Diese wurde im Hessischen Ärzteblatt 3/2006 veröffentlicht.

Weiterhin beschäftigt sich der Ausschuss „Umwelt und Medizin“ mit der Belastung der Bevölkerung durch Luftschadstoffe (insbesondere Feinstaub und Stickstoffdioxid). Vor allem die Problematik von Umweltzonen hinsichtlich des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung, beschäftigte den Ausschuss „Umwelt und Medizin“. Auch in der Zukunft wird hierüber weiter beraten und diskutiert.

Seit einigen Jahren hat die Problematik der multiresistenten Erreger (MRE) in Krankenhäusern, (Alten-)Heimen sowie im niedergelassenen Bereich, eine besondere Bedeutung für die Tätigkeit des Ausschusses „Umwelt und Medizin“. So wurden u.a. die Einführung eines Facharztes für Krankenhaushygiene bzw. die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Krankenhaushygiene“ und die Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts beraten. Auch über die Etablierung einer Krankenhaushygieneverordnung in Hessen wurde diskutiert. Der Ausschuss „Umwelt und

Medizin“ wird sich zukünftig weiter für die Einführung eines Facharztes bzw. einer Zusatzbezeichnung „Krankenhaushygiene“ einsetzen. Eine aktuelle Untersuchung des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main hat gezeigt, dass gemäß der neuen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts alleine in Frankfurter Kliniken insgesamt sieben Krankenhaushygieniker fehlen.

In diesem Zusammenhang wurde über die Bildung von regionalen MRE-Netzwerken in Hessen diskutiert. Im Rhein-Main-Gebiet wurde bereits ein MRE-Netzwerk eingerichtet. Informationen zum MRE-Netzwerk können im Internet unter www.mre-rhein-main.de abgerufen werden.

Weitere Themen des Ausschusses „Umwelt und Medizin“ waren und sind der Mobilfunk, der Nichtrauchererschutz bzw. das Passivrauchen sowie die Novellierung des Hessischen Umweltinformationsgesetzes. Der Ausschuss führte Veranstaltungen und Fortbildungen in Bad Nauheim unter anderem zum Thema „Feinstaub“, „MRSA und andere multiresistente Erreger“, „Umwelt und Allergie“ und „Elektromagnetische Felder“ durch. Auch in der Zukunft werden in Bad Nauheim Veranstaltungen und Fortbildungen zu umweltmedizinischen/(umwelt)hygienischen Themen geplant und durchgeführt. Neben den beschriebenen Themen, beschäftigt sich der Ausschuss „Umwelt und Medizin“ mit aktuellen umweltmedizinischen und (krankenhaus-)hygienischen Fragestellungen.

Professor Dr. Eikmann wurde in der 1. und konstituierenden Sitzung des Ausschusses „Umwelt und Medizin“ am 4. Dezember 2008 zum Vorsitzenden und Dr. Teßmann zum stellvertretenden Vorsitzenden wiedergewählt. Als neue Mitglieder wurden Dr. Krückeberg, Dr. Mieke, Dr. Dr. Dornow und Dr. Oldenburg in den Ausschuss „Umwelt und Medizin“ berufen.

Dem Ausschuss „Umwelt und Medizin“ gehören folgende Personen an:

Name	Funktion/Status
Dr. med. Dr. Reiner Dornow	Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, Leiter der Abt. Umweltmedizin, Kreisgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf
Professor Dr. med. Thomas Eikmann	Vorsitzender d. Ausschusses, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Leiter des Hygiene-Instituts der Universitätsklinik Gießen und Marburg, Gießen, Standort Gießen
Professor Dr. med. Uwe Gieler	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Psychosomatische Medizin, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Gießen
Ltd. Medizinaldirektorin PD Dr. med. Ursel Heudorf	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin sowie für öffentliches Gesundheitswesen, Amt für Gesundheit, Frankfurt am Main
Dr. med. Neni S. Krückeberg	Fachärztin für Augenheilkunde, Bad Homburg
Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke	Fachärztin für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main
Dr. med. Detlef Oldenburg	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Hanau
Dr. med. Rolf Teßmann	Stv. Vorsitzender d. Ausschusses, Facharzt für Anästhesiologie, Chefarzt der BG-Unfallklinik, Frankfurt am Main

Miriam Mißler

Forum junge Ärzte

Mein erster Deutscher Ärztetag – Mai 2010 in Dresden



v.l.: Christine Hidas, Dr. Peter Zürner, Dr. Alfred Möhrle, Dr. Klaus König

Vom Nachtdienst ermattet starte ich morgens um halb sechs meine Fahrt nach Dresden zum Deutschen Ärztetag mit der Bahn. Zum Glück gibt es keine Verspätungen, ich soll meine Kollegin zu Mittag auslösen: beide hatten wir keine Möglichkeit die vollen vier Tage nach Dresden zu fahren. Gegen Mittag bin ich endlich im Kongresszentrum angekommen und wundere mich schon vor dem Eintreten, dass es keinen Hinweis auf den „Deutschen Ärztetag“ gibt. So ein großes Schild wäre nicht schlecht gewesen. Auf dem Podium ist eine wahre Tribüne aufgebaut, hier sitzen u.a. die Präsidenten und Präsidentinnen der Landesärztekammern und andere wichtige Persönlichkeiten.

Nach einigem Suchen finde ich die hessischen Delegierten; sie sitzen wie alle anderen an schmalen Tischen, es ist kaum Platz die vielen Papiere zu stapeln. Da es außer amerikanischen Wasserspendern am Ende des großen Sitzungssaales nichts zu trinken gibt, kommt man auch nicht in die Verlegenheit, nach einem Platz für eine Kaffeetasse oder ähnliches zu su-

chen. Dumm nur, dass die Plastikbecher so einen instabilen Stand haben und auf den engen Tischen gerne umkippen!

Als ich endlich auf meinem Platz sitze, bewaffnet mit Stimmkarte und anderen wichtigen Papieren, sehe ich erstmal die großen Leinwände, an welchen die Rednerliste angezeigt werden: nach deren Überfliegen bekomme ich einen Schreck, wollen denn alle im Saal hier was sagen? Und um welches Thema geht es eigentlich? Ach ja, da steht es ja: TOP V. Aber irgendwie redet jeder zu einem anderen Thema. Mein Nachbar klärt mich auf, dass die Rednerbeiträge zu unterschiedlichen Berichten und Positionen sowie Anträgen erfolgen. Finde ich persönlich etwas verwirrend. Zum Glück gibt es eine Ampel, an der die auf drei Minuten begrenzte Rednerzeit angezeigt wird.

Nach einer Mittagspause geht es dann weiter mit dem Thema „Evaluierung der Weiterbildung“. Das ist doch genau mein „Steckenpferd“, bin ich doch selbst Ärztin in Weiterbildung. Dr. med. Franz-Joseph

Bartmann berichtet über die ersten Ergebnisse der Evaluation, und da ich mich schon im Vorfeld über deren Ablauf geärgert habe, melde ich gleich nach dem Bericht einen Rednerbeitrag an. Das funktioniert dann auch elektronisch und ich sehe, dass mein Name ganz oben steht. Vor dem Treppchen zum Podium hole ich erstmal tief Luft und überlege was genau ich sagen möchte. Als ich dann vor dem Mikrophon stehe und bestimmt nicht korrekt die Damen und Herren auf dem Podium und im Plenum begrüßt habe merke ich, dass ich aufgeregt bin. Trotzdem kann ich meinen Redebeitrag aus dem Stand ziemlich flüssig absolvieren (habe bestimmt zu schnell gesprochen, wie immer) und erhalte sogar Applaus! Mit etwas wackeligen Knien gehe ich auf meinen Platz zurück und bekomme lobende Worte meiner Kollegen.

Mit der Zeit bemerke ich, dass es viele Kollegen gibt, die immer etwas zu sagen habe, egal zu welchem Thema. Manche werden auch ziemlich polemisch dabei, allein ein großer Streit bleibt aus. Man merkt das Bemühen um Geschlossenheit, zwar mit einigen Brüchen, aber immerhin. Allerdings fällt auch auf, dass die Ärztinnen und Ärzte sich in diesem Plenum sehr wichtig nehmen und Dinge im Kleinsten und Aller kleinsten geregelt haben möchten – so z.B. die Weiterbildungsinhalte. In den Anträgen werden mitunter Begriffe oder Sätze nur marginal verändert oder erweitert, aber alles mit großer Leidenschaft. Ich frage mich ob die Kollegen eigentlich wissen was in der Klinik an Weiterbildung überhaupt stattfinden kann in dieser Arbeitsdichte, die bestimmt wird von Verweildauer, DRGs und Fallzahlsteigerung. Mir ist klar, dass eine Selbstverwaltung kompliziert und aufwendig ist, aber ich habe auch das Gefühl, manches wird zu dick aufgetragen und ist realitätsfern!

Die Sitzung endet dann relativ pünktlich, sodass ich noch schnell ins Hotel fahren und mich für den Festabend umziehen kann.

Am Abend sind wir im Zirkus Sarrasani zu einer Vorstellung mit Menue verabredet: Das Zelt ist voll, die schön gedeckten Tische alle besetzt. Wir erleben eine rasante spannende Vorführung toller Akrobatik, einen wunderbaren Clown, der unsere Kolleg/innen mit einbezieht (war sehr lustig!) und bekommen zwischen den Nummern ein sehr gutes Menue serviert.

Am nächsten Morgen geht es nach kurzem Frühstück um neun Uhr zur Sitzung. Immer wieder kommen nette Damen am Tisch vorbeigelaufen und legen uns Zettel mit Anträgen auf den engen Platz: Am Ende sind es 130 (!) Anträge (manche auch mehr-

seitig!!), die geordnet und gelesen werden müssen. Zu den Anträgen muss natürlich auch wieder jeder seinen Beitrag abgeben; ich habe den Eindruck, manche hören gar nicht zu, sonst würden sie doch merken, dass das was sie sagen, schon vom Vordrucker ausgesprochen worden ist! Aber die Redezeit ist ja zum Glück wieder begrenzt; andererseits ist es auch schön zu wissen, dass die Demokratie funktioniert und wirklich jeder seine Meinung äußern darf.

Gegen Mittag treten wir in die Abstimmung. Die Anträge sind dann aber nicht nach Zahlen sondern nach TOPs sortiert, alles schön sichtbar auf der Leinwand. In der Hoffnung, die Abstimmung zügig durchführen zu können verzichten wir – natürlich nach Abstimmung – auf die Mittagspause. Das sollten wir bitter bereuen,

denn zwischen den Abstimmungen werden gerne Geschäftsordnungsanträge und ähnliches gestellt – mir wird ganz schwindelig dabei. Gut, dass ich im Vorfeld schon einige Sitzungen erlebt habe, sonst wüsste ich mitunter gar nicht mehr, wo wir uns gerade befinden.

Am Ende sind alle Anträge durch und ich mache mich nach kurzem Verabschieden meiner Kollegen auf den Weg zum Bahnhof. Erschöpft warte ich auf den Zug und bin froh, mit einer Zeitung bewaffnet in den Sessel fallen zu können. Gegen Mitternacht bin ich zuhause und stelle den Wecker – ich habe am nächsten Tag nämlich Dienst.

*Christine Hidas
Ärztin in Weiterbildung*

Ärztliche Selbstverwaltung ,zum Anfassen‘

Bezirksärztekammern informieren neue Kammermitglieder

Ein gutes Konzept setzt sich durch: Nach erfolgreicher Premiere im Juli 2009 lud die Bezirksärztekammer Frankfurt in diesem Mai bereits zum dritten Mal zu einem Informationsabend für neue Kammermitglieder ein. Und wieder stieß die Veranstaltung auf ein äußerst positives Echo. Eine Erfahrung, die auch die Bezirksärztekammern Gießen, Marburg und Wiesbaden mit eigenen Informationsabenden in diesem Jahr gemacht haben.

Welche Aufgaben hat die Landesärztekammer? Was tut sie für die hessischen Ärztinnen und Ärzte? Worauf muss ich bei der Weiterbildung achten? Welche juristischen Fallstricke lauern im Arztberuf? Wie sieht es mit der Altersversorgung von Kammermitgliedern in Hessen aus? Rund

22 Teilnehmer waren der Einladung der Bezirksärztekammer Gießen gefolgt, um sich durch Vorträge von Referenten der Landesärztekammer zu informieren.

„Der persönliche Kontakt zwischen Kollegen und Kammermitarbeitern ist bei einer solchen Veranstaltung ganz wichtig“, unterstreicht Dr. med. Edgar Pinkowski, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, der an dem Abend in das Aufgabenspektrum der Kammer einführte. „Anders als Informationsbroschüren oder das Internet bietet das direkte Gespräch die Möglichkeit, einander kennen zu lernen, Fragen zu stellen und Gedanken auszutauschen. Ärztliche Selbstverwaltung ,zum Anfassen‘, gewissermaßen“

Wie in Gießen und Frankfurt interessierten sich auch in Marburg und Wiesbaden

vorwiegend junge Ärztinnen und Ärzte für das Informationsangebot der Bezirksärztekammern. Doch unter den Teilnehmern waren auch zahlreiche Neu-Mitglieder mit längerer Berufserfahrung, die aus anderen Bundesländern oder dem Ausland nach Hessen gewechselt sind.

Zur Planung künftiger Veranstaltungen haben wir eine Bitte an Sie: Teilen Sie uns Ihr Interesse an einem Informationsabend mit, wenn Sie sich bei der für Sie zuständigen Bezirksärztekammer anmelden (Anmeldung auch online unter www.laekh.de). Vielen Dank.

Die Veranstaltungen sind mit 2 Punkten zertifiziert.

Katja Möhrle

113. Deutscher Ärztetag Klimawandel in der Gesundheitspolitik



Brühlsche Terrasse in Dresden

„Dresden heißt die Kunst zu leben“: Dieses Zitat aus einer Rede des Schriftstellers Volker Braun umspannt die 800-jährige, wechselvolle Geschichte der Stadt. Den Beinamen „Florenz des Nordens“ hat Dresden seinen Kunstsammlungen und der mediterranen Architektur, aber auch seiner reizvollen Lage am Fluss zu verdanken. Unweit der sich 500 Meter entlang der Elbe erstreckenden Brühlschen Terrasse, einem architektonischen Ensemble, das als Balkon Europas bezeichnet wird, tagte im Mai der 113. Deutsche Ärztetag. Die im Stil der italienischen Frührenaissance erbaute Sempere-Oper verlieh der Auftaktveranstaltung auch musikalisch mit Auftritten der Dresdner Staatskapelle einen festlichen Rahmen.

Paracelsus-Medaille für Möhrle und Encke

Mit dem Frankfurter Orthopäden und früheren, langjährigen Präsidenten der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Alfred Möhrle, und dem Frankfurter Chirurgen Professor Dr. med. Albrecht Encke, ehemaligem Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), wurden zwei hessische Ärzte auf der Bühne des prachtvollen Opernhauses mit der Paracelsus-Medaille geehrt. Bundesärztekammerprä-

sident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe hob in seiner Lobrede hervor, dass Möhrle nicht nur zwölf Jahre lang an der Spitze der hessischen Landesärztekammer gestanden, sondern sich darüber hinaus in zahlreichen Gremien der Bundesärztekammer engagiert habe. Encke wurde in Hoppes Laudatio vor allem für seinen Einsatz für die evidenzbasierte Medizin und die Qualität der Patientenversorgung gewürdigt. Stellvertretend für alle vier Paracelsus-Träger des diesjährigen Deutschen Ärztetages betonte Möhrle in seiner Dankesrede die Notwendigkeit, den Zusammenhalt von Ärztinnen und Ärzten zu fördern. Er kritisierte, dass es die Politik in den vergangenen Jahren verstanden habe, einen Keil in die Ärzteschaft zu treiben



v. l.: Dr. Möhrle, Prof. Encke

und nannte die „unselige Aufspaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung“ als Beispiel „Nur eine einzige Ärzteschaft ist eine starke Ärzteschaft“, erklärte Möhrle in Dresden.

Frischer Wind

Dass zumindest bei der Eröffnung des Ärztetages ein frischer Wind wehte, lag nicht nur an dem virtuoson Geigenspiel eines 14-jährigen Solisten. Anders als bei Besuchen der früheren Gesundheitsministerin Ulla Schmidt war die Atmosphäre zum ersten Mal nicht spannungsgeladen. Im Gegenteil: Dem neuen, erst 37 Jahre alten Gesundheitsminister Philipp Rösler, selbst Arzt von Beruf, schlug deutliches Wohlwollen entgegen. Unter dem Applaus der Delegierten bedankte sich Rösler für die täglich von Ärztinnen und Ärzten geleistete Arbeit: „Die Leistung, die Sie erbringen, erbringen Sie nicht wegen, sondern trotz des komplexen, komplizierten und manchmal verkorksten deutschen Gesundheitswesens.“ Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe zeigte sich erleichtert darüber, dass Ärzte nun nicht mehr gegen, sondern mit der Politik arbeiten könnten. Rösler habe ein offenes Ohr für die tatsächlichen Probleme im Gesundheitswesen.

Arbeitsbedingungen der Lebenswelt anpassen

Hoppe listete in seiner Rede die Schwierigkeiten auf, mit denen sich Ärzte im Gesundheitssystem konfrontiert sehen: eine überbordende, die tägliche Arbeit erschwerende Bürokratie, familienfeindliche Arbeitsbedingungen und Überstunden junger Ärztinnen und Ärzte, sowie das wirtschaftliche Risiko und die zunehmende Bedeutung von Haftungsfragen, die den Weg in die Niederlassung versperren. Die Ärzteschaft habe früh auf diese Defizite aufmerksam gemacht; inzwischen sei der,



Tief bewegt erinnerte Professor Hoppe an den in Afghanistan gefallenen jungen Arzt Dr. med. Thomas Broer

auch aus der nachlassenden Attraktivität des Arztberufes resultierende, Ärztemangel offensichtlich geworden. „Wir müssen die Arbeitsbedingungen der Lebenswelt der jungen Ärzte und vor allem der jungen Ärztinnen anpassen“, sagte Hoppe. Doch es gebe nicht nur Probleme beim Übergang vom Studium in die kurative Medizin – das Medizinstudium selbst müsse durchlüftet und endlich praxistauglich werden.

Priorisierung: Weg aus der Rationierung?

Angesichts der demographischen Entwicklung betonte der Bundesärztekammerpräsident, dass ein Großteil der Gesellschaft in absehbarer Zeit behandlungs- und pflegebedürftig werde. Eine Gesellschaft des langen Lebens erfordere neues Denken, ein Zusammenwirken all ihrer Kräfte für ein größeres soziales Engagement der Menschen untereinander und einen neuen Gesellschaftsvertrag. Für Betreuung und Behandlung der wachsenden Zahl von Patienten sei ein synergetisches Zusammenwirken von Ärzten und den anderen Berufen im Gesundheitswesen in arbeitsteiliger Kooperation notwendig – vor dem Hintergrund der therapeutischen Gesamt-

verantwortung des Arztes. Mit Blick auf die finanziellen Herausforderungen des Gesundheitswesens erklärte Hoppe, dass er im derzeitigen System nur einen Weg aus der Rationierung sehe, nämlich die Diskussion über die Priorisierung. „Auch über solch extrem schwierige Fragen, Herr Minister Rösler, müssen wir reden. Nicht nur wir beide, sondern im gesellschaftlichen Diskurs.“

Ungeachtet der neuen Harmonie zwischen Ärzteschaft und Bundesgesundheitsministerium, pflichtete Rösler Hoppes Forderung nach Priorisierung, die auch Professor Dr. med. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Ärztekammer, erhoben hatte, nicht bei. Priorisieren hieße, den Mangel nur festzuschreiben, kritisierte er. Es sei unethisch, die Verschwendung der Gelder überhaupt zuzulassen. Wie seine Amtsvorgängerin redete auch Rösler von Über- und Unterversorgung im Gesundheitswesen und erklärte, dass er niemandem mehr Geld versprechen könne. Das vorhandene Geld müsse effizienter eingesetzt werden. Wie genau, erklärte Rösler nicht. Überhaupt blieb seine, ohne schriftliches Manuskript und druckreif formulierte Rede, bei aller Freundlichkeit recht allgemein. Versprechungen und präzise Handlungskonzepte gab es keine. Dafür sprach sich der Minister ausdrücklich für einen Mentalitätswechsel aus. Man werde die Bürokratie in Deutschland nur bekämpfen können, wenn den Ärzten wieder mehr Vertrauen entgegen gebracht werde.

Dr. med. Günter Golla, Hessen: „Wir dürfen das wichtige Thema Priorisierung nicht beerdigen (sondern müssen), hartnäckig in der Öffentlichkeit darstellen, was Priorisierung ist und Politik und Gesellschaft auffordern, hierzu Stellung zu nehmen.“

Dr. med. Sylvia Mieke, Hessen: „Wenn Ärzte über Priorisierung reden, versteht der Patient, dass Ärzte rationieren wollen. Die Politik soll sich nicht länger dahinter verstecken, dass das System unterfinanziert ist.“

Sachleistungsprinzip versus Kostenerstattungsprinzip

Mit deutlichen Worten wandte sich Rösler indes gegen „jeden Versuch, die Bachelor- und Masterabschlüsse auf die Medizin zu übertragen“. Außerdem kündigte er an, stärker auf das Kostenerstattungsprinzip zu setzen und von dem anonymen Sachleistungsprinzip wegkommen zu wollen. Auch nach dem Wahldebakel der schwarz-gelben Landesregierung in Nordrhein-Westfalen und dem damit verbundenen Mehrheitsverlust von CDU und FDP im Bundesrat, wich der Minister in Dresden nicht von seinem bisherigen gesundheitspolitischen Kurs ab. „Der Bambus wiegt sich im Wind, im Sturm, bricht aber nicht“, zitierte Rösler eine asiatische Spruchweisheit. Er unterstrich, dass der Ausgleich zwischen Arm und Reich nicht in das GKV-System gehöre, sondern in das Steuersystem und plädierte weiterhin für eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf eine Gesundheitsprämie.

Ärztliche Versorgung

Die Redebeiträge am Nachmittag offenbarten ein geteiltes Echo auf die Worte des Bundesgesundheitsministers. So sah der hessische Delegierte Dr. med. Dipl. Chem. Paul Otto Nowak einen Klimawandel in der Gesundheitspolitik und sprach von einer „historischen Chance“. Die Ärzteschaft habe in Rösler einen Ansprechpartner, der ihre Sprache verstehe. Rösler habe sehr geschickt mit den Ärzten gesprochen, urteilte PD Dr. med. Andreas Scholz, Hessen, doch zugleich „klipp und klar“ gesagt,

dass Ärzte nicht mehr Geld erhielten. Während einige Redner behaupten, dass Rösler seine Zuhörer nur habe „einlullen“ wollen, begrüßten andere seine Dialogbereitschaft. Vereinzelt wurde auch Kritik an Hoppes Forderung nach Priorisierung laut, mit der sich die Ärzteschaft „ins Abseits schieße“.



Dr. med. Dipl. Chem. Paul Otto Nowak

Fragen der vertragsärztlichen Versorgung standen im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte des Ärzteparlaments. Dabei ging es vor allem um die Selektivverträge in der ambulanten Versorgung – in erster Linie die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 Sozialgesetzbuch V. In leidenschaftlichen Wortbeiträgen setzten sich zahlreiche Parlamentarier für die Hausarztverträge ein, ohne die es nach Überzeugung eines bayerischen Delegierten viele Arztpraxen schon längst nicht mehr gäbe. Dennoch beschloss die Mehrheit der Ärztevertreter, dass der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auch weiterhin grundsätzlich bei den Kassen bleiben soll.

Der Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer wurde durch den Zusatz „Dabei sind insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu treffen“ ergänzt. Mit dem Argument, dass Selektivverträge die Kranken-

hausplanung durch die Länder aushöhlten, die Patientensouveränität beschnitten, und zu einem Rabattwettbewerb führten, lehnten die Delegierten auch die Einführung von Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ab. Um die ärztliche Versorgung flächendeckend sicher zu stellen, müssten die Berufsplanung für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie die Krankenhausplanung neu geregelt werden. Die Bedarfplanung sei künftig sektorübergreifend und populationsbezogen zu organisieren.

Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor

Deutlich wiesen die Ärztevertreter darauf hin, dass in Deutschland nicht nur die Hausärzte knapp würden. Auch bei den Fachärzten blieben immer mehr Stellen unbesetzt. Die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Fachärzten im ambulanten und im stationären Sektor müssten so umgestaltet werden, dass eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen möglich ist. Neuregelungen der letzten Gesundheitsreformen hätten die Konkurrenz zwischen niedergelassenen Fachärzten und Kliniken immer weiter verschärft. „Vor allem

die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung nach Paragraph 116b SGB V hat zu einer „kontraproduktiven Konkurrenzsituation“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor geführt“, stellte Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Landesärztekammer Niedersachsen und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, fest. Im Interesse der Patientenversorgung sei es wichtig, Synergien zu nutzen, anstatt die Wettbewerbssituation weiter zu verschärfen. Die Ärztevertreter sprachen sich für die Gründung von Regionalverbünden – bestehend aus Vertretern der Landesärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesministerien und der Landeskrankenhausesellschaft unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Patientenvertreter – zur Verbesserung der Kooperation aus. Das von zahlreichen Fachärzten geforderte Kostenerstattungsprinzip lehnte der Deutsche Ärztetag mehrheitlich ab.

Attraktivität des Arztberufes steigern

Um einer weiteren Abwanderung von Absolventen des Medizinstudiums in andere Berufe entgegen zu wirken, müsse die At-



Dr. von Knoblauch, Podium

traktivität des Arztberufes gesteigert werden. Dies beginne schon bei einem praxistauglichen Studium, stellten die Delegierten fest. So sollten spätere Ärzte bereits im Medizinstudium frühzeitig mit Patienten arbeiten und verstärkt in Kommunikations- und Teamfähigkeit geschult werden. Die Ärztevertreter wandten sich jedoch gegen eine eventuelle Umstellung des Medizinstudiums auf Bachelor- und Master-Struktur, die Abschaffung des Numerus Clausus aus. Auch die Einführung einer „Landarztquote“ wurde abgelehnt.

Interesse für Allgemeinmedizin wecken

Bereits während des Studiums müsse das Interesse von Medizinstudierenden, nach dem Abschluss als Hausarzt zu arbeiten, geweckt werden: In dieser Überzeugung waren sich die Delegierten des Deutschen Ärztetages einig. Da in den nächsten Jahren viele Hausärzte altersbedingt in Ruhestand gehen würden und sich damit der Ärztemangel verschärfen könnte, sei es dringend geboten, den ärztlichen Nachwuchs schon früh für die Allgemeinmedi-

zin zu begeistern. Die medizinischen Fakultäten stünden in der Pflicht, Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Hochschulen einzurichten. Die Approbationsordnung eröffne verschiedene Möglichkeiten, erste Einblicke in die klinisch-praktische Tätigkeit eines Hausarztes zu vermitteln, erklärte der Deutsche Ärztetag. Die medizinischen Fakultäten wurden aufgefordert, den akkreditierten Lehrpraxen eine angemessene Aufwandsentschädigung zu zahlen. Auch verlangten die Delegierten von den zuständigen Landesministerien, das Fach Hygiene als eigenständiges Institut an den medizinischen Fakultäten zu erhalten. Die Delegierten machten in diesem Zusammenhang auf den gegenwärtigen Paradigmenwandel in der Medizin hin zu mehr Prophylaxe von Krankheiten aufmerksam.

Familienfreundliche Gestaltung von Krankenhäusern

Dass sich die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf als ein wesentlicher Grund für den in Deutschland bestehenden Ärztemangel erwiesen hat, ist inzwischen hinlänglich bekannt. Die Krankenhäuser, die bisher dennoch nur zögerlich und vereinzelt auf das Problem reagieren, wurden von dem DÄT dazu aufgefordert, zeitnah familienfreundliche Arbeitsplätze einzurichten. Unter anderem könnten flexible Arbeitszeiten, eine gesicherte Kinderbetreuung, flexible Elternzeitregelungen sowie steuerbegünstigte finanzielle Beihilfen zur Geburt zu einer besseren Vereinbarkeit der ärztlichen Tätigkeit mit der Familie beitragen.

Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie verhindern

Die Delegierten appellierten an die Bundesregierung, sich erneuten Änderungsversuchen der EU-Arbeitszeitrichtlinie zum Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer zu

widersetzen. Im Interesse der Ärzte und der Patienten dürfe der Zweck der EU-Arbeitszeitrichtlinie nicht relativiert werden, unterstrichen die Delegierten in Dresden.

Solidarität mit streikenden Krankenhausärzten

Anlässlich der aktuellen Protestaktionen, zu denen der Marburger Bund seine Mitglieder aufgerufen hat, forderten die Parlamentarier, dass sich alle Ärzte in Deutschland mit den streikenden Kolleginnen und Kollegen an den kommunalen Krankenhäusern solidarisch zeigen und deren Kampf um bessere Arbeitsbedingungen und Arbeitsentgelte unterstützen sollten.

Versorgungsforschung

Seit 2005 unterstützt die Bundesärztekammer verschiedene Projekte der Versorgungsforschung mit jährlich insgesamt 750.000 Euro. Die Förderinitiative umfasst einen Zeitraum von sechs Jahren. „Wir wollten gerne Trüffel auf dem Teller haben. Jetzt haben wir einen ganzen Wald, in dem die Trüffel noch gefunden werden müssen. Wir brauchen Aussagen, die sich griffiger aus der Forschung ableiten lassen“: Nicht nur der bayerische Delegierte Dr. med. Andreas Botzlar übte Kritik an den bisherigen Ergebnissen des Projektes. Neben



PD Dr. med. Andreas Scholz

anderen Kollegen forderte auch PD Dr. med. Andreas Scholz aus Hessen, der Versorgungsforschung grundsätzlich als notwendig bezeichnete, eine klare Darstellung des Kosten-Nutzen-Effektes.

Nach Auskunft des Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Peter Scriba sind die durch die Ärzteschaft selbst gesteckten Ziele der Förderung der Versorgungsforschung bereits zu weiten Teilen erreicht worden. Auch die Bundesregierung habe die Bedeutung der Versorgungsforschung mittlerweile erkannt und ihren weiteren Ausbau im Koalitionsvertrag angekündigt.

So hat das Bundesforschungsministerium im Februar die Förderung dieses Forschungsgebiets mit 54 Millionen Euro in Aussicht gestellt. Der Deutsche Ärztetag hielt eine Fortsetzung der Bemühungen um eigene Beiträge zur Versorgungsforschung für erforderlich und befürwortete eine Fortsetzung der Förderinitiative. Ein Konzept zu deren Fortentwicklung soll bis zum nächsten Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel erarbeitet werden. Die Delegierten forderten das Bundesforschungsministerium auf, im Rahmen der Versorgungsforschung Vorhaben zur Verbesserung der Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor zu fördern.

Dr. med. Dr.-Ing. Hans Dieter Rudolph, Hessen: „Keine finanzielle Unterstützung des Projekts Versorgungsforschung durch Ärzte. Die Finanzierung muss durch Steuermittel erfolgen.“

Patientenrechte

Bis Ende 2010 hat die Bundesregierung Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz angekündigt. Doch der 113. Deutsche Ärztetag erachtete eine eigenständige neue



Professor Dr. med. Alexandra Henneberg

Gesetzgebung nicht für notwendig. In Deutschland seien die individuellen Rechte von Patientinnen und Patienten in mehreren Gesetzen, in den Berufsordnungen der Ärztinnen und Ärzte und in der langjährigen Rechtsprechung umfassend geschützt, erklärten die Delegierten. Gefahr drohe Patientenrechten indes im Kontext staatlicher Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung, warnte der Vize-Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery. Die hessische Delegierte Professor Dr. med. Alexandra Henneberg rief dazu auf, keine künstlichen Schranken aufzubauen und Patienten-Selbsthilfegruppen in die Diskussion einzubeziehen. „Wir dürfen uns nicht dazu verleiten lassen, so zu tun, als seien uns Patienten schutzlos ausgeliefert“, erklärte PD Dr. Scholz. Immer häufiger werde das Nichtstun aus Angst vor Behandlungsfehlern zum Problem. Dabei spiele Rationierung eine große Rolle. „Hier ist die Politik in der Pflicht“, sagte Scholz.

„Nutzen Sie Ihre Möglichkeiten als Ärzte, Ihre Meinung in der EU einzubringen!“. In seinem Gastvortrag wies der Europaabgeordnete, Dr. Peter Liese, darauf hin, dass Gesundheitssysteme mit speziellen Patientenrechtegesetzen nach wissenschaft-

lichen Studien nicht zwangsläufig besser abschnitten als Länder ohne solche Regelungen. Ein eigenes Patientenrechtegesetz oder gar ein Patientenschutzgesetz sei seiner Meinung nach nicht zwingend erforderlich, so Liese.

Dr. med. Barbara Mühlfeld: „Ob ein Patientenrechtegesetz notwendig ist? Als eigenes Gesetz vermutlich nicht (hätte an dieser Stelle aber noch Beratungsbedarf durch einen unabhängigen Rechtswissenschaftler). Sinnvoll wäre aber eine Zusammenstellung der gültigen Gesetze und Paragraphen, die den Patientenschutz zurzeit regeln.“

Menschen mit Behinderungen

Nachdrücklich machten sich die Delegierten für eine konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland stark. So müsse sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung erhalten. Allerdings könne diese nicht allein von Ärzten gewährleistet werden: „Der erhöhte Aufwand muss durch organisatorische und strukturelle Anpassungen im Gesundheitswesen entspre-

chend flankiert werden.“ Daher sei das Vorhaben der Bundesregierung zu begrüßen, einen Aktionsplan erarbeiten zu wollen.

Anonymer Krankenschein

„Ein kranker Mensch ist in erster Linie jemand, der ärztlicher Hilfe bedarf, und zwar unabhängig von seiner Herkunft, seiner Religion oder seinem Aufenthaltsstatus“, erklärten die Delegierten in einem Beschluss zu der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Da ihr Zugang zu ärztlichen Leistungen mit Zugangsbarrieren behaftet sei, schlug das Ärzteparlament dem Gesetzgeber vor, einen anonymen Krankenschein für die Betroffenen einzuführen.

Projekt Evaluation der Weiterbildung

Auf dem Deutschen Ärztetag standen sowohl eine Bilanz der ersten Ergebnisse des bundesweiten Projektes Evaluation der Weiterbildung als auch die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf dem Programm.

Der stellvertretende Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, wertete das Evaluationsprojekt als Erfolg.

So hätten sich die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland grundsätzlich mit den Möglichkeiten und Angeboten ihrer Facharzt-Weiterbildung zufrieden gezeigt. Beklagt worden seien die hohe Arbeitsbelastung, Bürokratie und Überstunden. Fast 30.000 Ärztinnen und Ärzte hatten bei einer Online-Umfrage im Rahmen des Projektes von Bundesärztekammer und Landesärztekammern Auskunft über die Situation der Weiterbildung in Deutschland gegeben. Mit der wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Daten war die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) beauftragt worden. Mit 2,54 im Mittel fiel die Globalbeurteilung der Weiterbildungssituation gut aus. Ein Großteil aller Weiterbildungsassistenten (83,5 %) gab an, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen regelmäßig zu besuchen.

Allerdings, so räumte Bartmann ein, hätten die Einzelauswertungen auch Defizite deutlich gemacht. So zeigten die Ergebnisse, dass der ökonomische Druck in Form von Marathondiensten, unbezahlten Überstunden und Arbeitsverdichtung den Arbeitsalltag der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zunehmend bestimme. Außerdem werde die ärztliche Arbeitszeit



Christine Hidas

immer mehr durch nichtärztliche organisatorische und administrative Tätigkeiten beansprucht. 80 % der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte leisteten Bereitschaftsdienste, wobei fast 30 % nie oder sehr selten die Ruhezeiten gemäß Arbeitszeitgesetz einhalten können. Außerdem hätten viele junge Ärzte in der Befragung kritisiert, dass sie zu wenig während der Weiterbildung betreut und ihnen nur unzureichende Möglichkeiten für wissenschaftliches Arbeiten geboten würden.

Zahlreiche Delegierte beklagten die geringe Teilnahmerate der Ärzte in Weiterbildung von rund 33 Prozent. Christine Hidas aus Hessen berichtete, dass viele Assistenzärzte nichts von der Evaluation gewusst hätten. Sie machte dafür u.a. die Tatsache verantwortlich, dass Ärzte in Weiterbildung die Zugangscodes für die Online-Befragung von ihren Chefs erhielten. Hidas sagte für die nächste Umfrage eine ähnlich geringe Beteiligung voraus, wenn die Assistenten nicht direkt angesprochen würden. Nach ausführlicher Diskussion sprach sich der Deutsche Ärztetag für eine Art Meldepflicht der Weiterzubildenden aus. Die Landesärztekammern sollen künftig bei ihren Mitgliedern den Status ihrer Weiterbildung abfragen.

Auf diese Weise könnten sich die Kammern für die Evaluation direkt an die Ärzte in Weiterbildung wenden. Für die Weiterbildungsbefugten soll die Teilnahme an der Evaluation und an anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern zur Pflicht werden. Wie wichtig es ist, die Qualität der Weiterbildung unter aktiver Beteiligung der Kammern zu verbessern, unterstrich auch PD Dr. med. Andreas Scholz, Hessen, mit seiner Forderung: „Die Kollegen draußen müssen sehen: Wir tun etwas für sie.“ Der Ärztetag stimmte der für 2011 geplanten Fortsetzung des Projekts zu.

Wiedereinführung des Facharztes für Allgemeinmedizin

Bei der Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sei keine grundsätzliche Neufassung vorgesehen, sondern eine Anpassung in einzelnen Punkten, hob Dr. med. Franz-Joseph Bartmann hervor, der den erkrankten Vorsitzenden der Weiterbildungsgremien, Dr. med. H. Hellmuth Koch, in Dresden bei der Vorstellung des Tagesordnungspunktes vertrat.

Die wichtigste Neuerung, die der 113. Deutsche Ärztetag beschloss, war die Wiedereinführung des Facharztes für Allgemeinmedizin als eigenes Gebiet. Für Hessen ändert sich damit nichts, denn die hessische Delegiertenversammlung war der 2003 auf dem Deutschen Ärztetag in Köln getroffenen Entscheidung, den Hausarzt neuer Prägung in den Weiterbildungsordnungen der Bundesländer umzusetzen, ohnehin nicht gefolgt.

Von dem neuen zweistufigen Normsetzungsverfahren versprach sich Bartmann mehr Einheitlichkeit und Transparenz. Gremien auf Landesebene könnten besser in die Entscheidungsprozesse eingebunden und Ärztetagsbeschlüsse einheitlich um-

gesetzt werden. Eine Einschätzung, die nicht nur positiv aufgenommen wurde. Auch wenn einige Kollegen meinten, dass der Föderalismus keinen Wert mehr habe, wolle er darauf hinweisen, wie wichtig der Pluralismus sei, betonte Dr. med. Peter Zürner aus Hessen. „Wir brauchen viele Kammern.“



Dr. med. Peter Zürner

Als wesentliches Manko der Weiterbildungsordnung kritisierte der hessische Delegierte Frank-Rüdiger Zimmeck, dass sie sich nicht wirklich an den Anforderungen der jungen Assistenzärzte orientiere. Bartmann hatte erklärt, dass zwar eine grundlegende Überarbeitung der M-WBO geplant und auch längst „überfällig“ sei. Bis 2013, wie vielfach gefordert, sei dies jedoch kaum zu leisten. Die Weiterbildungsgremien hätten sich dafür ausgesprochen, die Weiterbildungsordnung in ein modulares System zu überführen. Damit würden für die einzelnen Fachgebiete Grundkenntnisse definiert. Diese sollen durch Module ergänzt werden, die in einem Fachgebiet freiwillig abgeleistet werden können und im anderen verpflichtend sind. Über 60 Änderungsanträge zur (Muster-)Weiterbildungsordnung lagen dem Deutschen Ärztetag vor. Wie von Bartmann



Frank-Rüdiger Zimmeck

angeregt, überwiesen die Delegierten die meisten davon an den Vorstand der Bundesärztekammer. Mit großer Mehrheit wurde jedoch u.a. der Antrag von Dr. med. Paul Otto Nowack, Hessen, zur Flugmedizin beschlossen.

Dr. med. Peter Zürner: „Die Diskussion des Tagesordnungspunktes war unstrukturiert. Die Weiterentwicklung muss in den Gremien erfolgen.“

Gesetzliche Verankerung von Rettungsdienst und Notfallmedizin gefordert

Auch schloss sich der Deutsche Ärztetag der Forderung hessischer Ärztevertreter nach einer eigenständigen Verankerung des Rettungsdienstes mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport im Sozialgesetzbuch (SGB) V an. Die Delegierten forderten, den Rettungsdienst als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzuerkennen.

Korrektur des Begriffes „Psychotherapeut“ im SGB V

Bisher fielen ausschließlich „Psychologische Psychotherapeuten“ sowie „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“



Hessische Delegierte stimmen ab

Foto: Ines Engelmohr

nach Sozialgesetzbuch V (SGB V) unter die Begriffsdefinition „Psychotherapeut“. Um das SGB V mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG), das die Bezeichnung „Psychotherapeuten“ auch für Ärzte verwendet, kompatibel zu gestalten, forderte der Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, die unzutreffende Begriffsdefinition zu korrigieren.

E-card in ihrer derzeitigen Form abgelehnt

Hessen vorn: Dass der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden die Pläne zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in ihrer derzeitigen Form ablehnt, ist eine bundesweite Bestätigung entsprechender Beschlüsse der hessischen Delegiertenversammlung. Es müsse insbesondere darauf geachtet werden, dass Daten gezielt versandt werden können, „ohne dass sie in falsche Hände gelangen“, stellten die Delegierten in Dresden fest und betonten, dass elektronische Patientenakten in die Hand des Hausarztes, des Patienten und gegebenenfalls des behandelnden Arztes in Klinik und Praxis gehörten. Weder dürften sie in die Hand von Kostenträgern ge-

langen noch auf Zentralservern abgelegt werden.

Zugleich forderte der Deutsche Ärztetag für zukünftige Telemedizinprojekte eine bundeseinheitliche, diskriminierungsfreie Telematik-Infrastruktur als technische und datenschutzrechtliche Grundlage.

Qualitätssicherung

Der Ärztetag kritisierte die Überregulierung der Qualitätssicherung in einem Forderungskatalog zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. Darin monierten die Delegierten erhebliche Schwächen beim künftigen bundeseinheitlichen Verfahren der vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser.

Arzneimittelgesetz, Diamorphinsubstitution

Außerdem kritisierte der Deutsche Ärztetag, dass das Herstellen eines Arzneimittels durch einen Arzt und die unmittelbare Anwendung am Patienten durch die 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) anzeigepflichtig geworden ist. Der Begriff der Herstellung sei im AMG zu weit gefasst

und führe damit bei Ärzten, in Krankenhäusern und Überwachungsbehörden zu einer Zunahme des Bürokratieaufwandes. Um den dringend notwendigen Aufbau von Diamorphinambulanzen zu sichern, rief der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer dazu auf, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) für eine Änderung der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung einzusetzen.

Dr. med. Norbert Löschhorn, Hessen:

„Mein Eindruck vom 113. Deutschen Ärztetag? Langweilig. Wir leben in der größten Wirtschafts- und Finanzkrise der neueren Geschichte und haben nichts dazu zu sagen, keine Konsequenzen aufgezeigt!“

GOÄ und Berufshaftpflichtbeiträge

Ausdrücklich begrüßten die Delegierten die Ankündigung der Regierungskoalition, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Bundesärztekammer erarbeitet derzeit konkrete Vorschläge zur Novellierung der GOÄ, die nach Auffassung des Ärzteparlaments zu einer modernen Gebührentaxe weiterentwickelt werden soll. Eine Öffnungsklausel in der GOÄ lehnte der Deutsche Ärztetag jedoch ab. Als „nicht haltbar“ bezeichnete das Ärzteparlament die PKV-Darstellung von einer angeblichen „Kostenexplosion“ bei ambulant privatärztlichen Leistungen.

An die Adresse des Gesetzgebers gerichtet, forderten die Delegierten eine Anpassung der Gebührenordnung (EBM und GOÄ), um besondere Risiken und damit höhere Kosten für den Arzt bei den steigenden Berufshaftpflichtbeiträgen zu minimieren.

Warnung vor drohendem Mangel an Medizinischen Fachangestellten

Bis zum Jahr 2030 wird im Gesundheitswesen ein Defizit an Fachkräften von bis zu 22 Prozent prognostiziert. Der Deutsche Ärztetag warnte vor einem drohenden Mangel an Medizinischen Fachange-

stellten (MFA). Wenn nicht entsprechend gegengesteuert werde, bestehe mittelfristig die Gefahr, dass der derzeitige Personalstand in den Praxen sinke und die anstehenden Aufgaben in der ambulanten Versorgung nicht mehr angemessen bewältigt werden könnten. Noch sei genügend Potential vorhanden, um die Zahl der Aus-

zubildenden zu erhöhen, erklärte das Ärzteparlament. Die moderne Ausbildungsordnung und bessere Aufstiegsmöglichkeiten hätten das Berufsbild der MFA attraktiver gemacht.

Katja Möhrle

Fotos: Manuel Maier

Aktuelles

Bundesweiter unbefristeter Ärztestreik an kommunalen Krankenhäusern

Seit dem 17. Mai 2010 befinden sich nun die Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern, die zum Tarifgebiet der VKA (Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände) gehören, im unbefristeten Streik. Bisheriger Höhepunkt dieses Streiks war eine Kundgebung des Marburger Bundes am 7. Juni 2010 auf dem Frankfurter Römer, bei der unter anderem der MB-Vorsitzende Dr. Rudolf Henke, sein Stellvertreter Dr. Andreas Botzlar, der Ehrenvorsitzende des Marburger Bund Bundesverbands sowie Vizepräsident der Landesärztekammer Dr. Frank Ulrich Montgomery und der Vorsitzende des Marburger Bundes Hessen PD Dr. Andreas Scholz vor der beeindruckenden Kulisse von ca. 5.000 teilnehmenden Ärzten aus dem gesamten Bundesgebiet sprachen.

Die Redner bekräftigten die Forderungen des MB nach 5 % linearem Lohnanstieg und substantiellen Verbesserungen bei der Bezahlung der Bereitschaftsdienste. Zentraler Punkt der gegenwärtigen Aus-

einandersetzung sind die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der überwiegend jungen Kollegen, die im Anschluss an die achtstündige Regelarbeitszeit bis zu sechzehnstündige Bereitschaftsdienste ableisten müssen. Diese Bereitschaftsdienststunden werden jedoch je nach Dienststufe nur zu 60 %, 75 % oder 90 % des Stundenlohns vergütet: Dazu kommt ein Zuschlag von 1,28 Euro pro Stunde, der zum Ausgleich für Nachtarbeit nur als mickrig bezeichnet werden kann. Nach Abzug der zu 100 % anzurechnenden Arbeitszeit des Folgetages, denn länger als 24 Stunden darf auch ein Arzt nach dem Arbeitsschutzgesetz nicht arbeiten, verbleiben in der Summe oft nicht einmal 50 Euro brutto für einen Nachtdienst während der Woche.

Dass für Vergütung von Ärzten genug Geld im System vorhanden ist, belegt der rapide steigende Einsatz von freiberuflichen Honorarärzten mit doppelt- bis dreifachen Stundensätzen und die jüngst abgeschlossenen Tarifverträge im Bereich der Privat-

kliniken, der kommunalen Häuser in Berlin und Hamburg und teilweise auch der kirchlichen Häuser, die bislang das Schlusslicht bei der ärztlichen Einkommensentwicklung bildeten.

Auf der Kundgebung in Frankfurt führte PD Dr. Andreas Scholz ein weiteres Beispiel für Geldreserven im System an: In die Entwicklung und Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte sind bisher schon mehr als 700 Mio. Euro „investiert“ worden, Geld, das der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung steht.

Entlarvt wurde der angebliche 2,9 %ige Vorschlag der VKA, was bei 33-monatiger Laufzeit mit weniger als 1 % aufs Jahr umgerechnet, noch nicht einmal einen Inflationsausgleich bietet.

Angesichts eines Tarifabschlusses von 4,9 % für die Angestellten der AOK und einem sinkenden Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten der deutschen Kran-

kenhäuser (2002 65,2 %, 2008 60,5 %) wird es Zeit, dass die Arbeitgeber den Leistungsträgern im Krankenhaus endlich ein substantielles Angebot vorlegen. Zunehmend entsteht der Eindruck, dass es in dieser Tarifaufeinandersetzung der Arbeitgeberseite weniger um finanzielle Grenzen, sondern um den Versuch geht, den Marburger Bund, der unter den angestellten Ärzten einen Organisationsgrad von mehr als 60 % hat, als „Spartengewerkschaft“ auszubooten. Es bleibt die Hoffnung, dass der Verband kommunaler Arbeitgeber endlich erkannt hat, dass Ärzte bereit sind, sich für ihre Belange einzusetzen. Wir können es uns nicht leisten, dass noch mehr junge Kollegen das Land verlassen oder der ärztlichen Profession den Rücken zukehren. Ein Krankenhaus ohne Ärzte ist bestenfalls ein aufwendig verwaltetes Pflegeheim. Am Abend des 7. Juni 2010 wurden die Tarifgespräche wieder aufgenommen.

Nach Redaktionsschluss kam es am 9. Juni 2010 erfreulicherweise zu einer Tarifeinigung. Neben einer 2%igen Gehaltserhöhung für die Ärztinnen und Ärzte im Bereich VKA wurde eine substantiell bessere Vergütung der Bereitschaftsdienste sowie eine Verkürzung der Stufenlaufzeiten erreicht, wodurch junge Ärztinnen und Ärzte schneller in höhere Gehaltsstufen aufsteigen.

Dr. Susanne Johna
Vorsitzende Marburger Bund,
Wiesbaden



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

PRESSEMITTEILUNG

Frankfurt, 1. Juni 2010

Klinikärzte sind keine Roboter **Ärztekammer steht hinter Forderungen nach verbesserten Arbeitsbedingungen an kommunalen Krankenhäusern**

„Die Protestaktionen an kommunalen Krankenhäusern sind berechtigt“, bekräftigte Ärztekammer-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach heute in Frankfurt. Die Landesärztekammer stehe hinter den Forderungen der Ärztinnen und Ärzte nach einer Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. „Klinikärzte sind keine Roboter, die auf Knopfdruck rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Dass ihre Forderungen auch eine gerechte Vergütung von Bereitschaftsdiensten in der Nacht, an Wochenende und an Feiertagen beinhalten, ist unverzichtbar.“

Mit deutlichen Worten kritisierte von Knoblauch die Blockadehaltung der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA): „Wenn sich die erdrückende Situation an den Kliniken nicht bald ändert, wird sich der Ärztemangel in Hessen weiter dramatisch verstärken.“ Vor allem junge Menschen seien nicht mehr bereit, sich ausbeuten zu lassen, so von Knoblauch weiter. „Es ist deshalb höchste Zeit, die beruflichen Rahmenbedingungen der Lebenswelt junger Ärztinnen und Ärzte anzupassen.“ Derzeit können bundesweit ca. 5.000 Arztstellen an Krankenhäusern nicht besetzt werden. Nach einer Hochrechnung der Hessischen Krankenhausgesellschaft (Februar 2010) entspricht dies einem Ärztemangel an hessischen Kliniken von ca. 580 Stellen.

„Die Reaktion der betroffenen Krankenhäuser, zunehmend Mehrarbeit zu bezahlen und Honorarärzte einzusetzen, löst das Problem nicht“, unterstrich von Knoblauch. „Im Gegenteil: Unter ständiger Mehrarbeit leidet zwangsläufig die Qualität der ärztlichen Versorgung. Auch sind Honorarkräfte kein Ersatz für fest angestellte Krankenhausärzte“, warnte der Ärztekammerpräsident. „Durch ihren ständigen Wechsel können sie weder eine kontinuierliche Patientenversorgung noch dauerhaft eine hochwertige Weiterbildung junger Kolleginnen und Kollegen leisten.“

Sicherer Verordnen

Arzneistoffe – französische Einschätzungen

Wie jedes Jahr gibt eine unabhängige französische Zeitschrift ihre Einschätzungen zu neuen Arzneistoffen bekannt. Seit 2008 hat kein neuer Arzneistoff den Preis für eine „Goldene Pille“ für einen generellen größeren therapeutischen Fortschritt errungen, ein Preis für einen Eintrag in eine „Ehrenliste“ für einen klaren Vorteil für einige Patientengruppen wurde ebenfalls nicht vergeben. Als lediglich erwähnens-

wert fanden die Herausgeber einen marginalen Fortschritt für

- Caspofungin (Cancidas®) bei Kindern mit Aspergillose, die Amphotericin B oder Itraconazol nicht vertragen und
 - Thalidomid (Thalidomid Celgene®) bei multiplen Myelom bei Patienten über 65 Jahren.
- Darüber hinaus wird die Anwendung vieler neuerer Arzneistoffe als „zu vermeiden“ bezeichnet, nachfolgend eine Auswahl: *Quelle: Prescrire internat. 2010; 19 (106): 76-80 und 86*

Arzneistoff	Handelsname	Indikation	Begründung	Empfehlung
Agomelatin	Valdoxan	Depression	UAW, klinischer Erfolg unklar	Trizyklikum oder SSRI anwenden
Atomoxetin	Strattera	ADHS (Kinder)	Kein Vorteil	Methylphenidat (wenn Medikamente wirklich erforderlich)
Fosaprepitant	Ivemend	Antiemetikum	UAW	Bei hoch emetogenen Chemotherapeutika sind alle Antiemetika nur begrenzt wirksam
Gemcitabin	Gemzar	Ovarialkarzinom, rezidivierend	Zu hohe hämatol. Toxizität	keine verlängerte Überlebenszeit, nicht einsetzen
Orlistat	Xenical	Obesitas	UAW	bilanzierte Diäten, Bewegung und Beratung
Prasugrel	Efient	Nach Stent-Implantation	Weniger Myokardinfarkte, aber mehr Blutungen, evtl. Krebsgefahr ↑	Kombination ASS und Clopidogrel
Ulipristal	Ellaone	Postkoitale Kontrazeption	Nicht wirksamer als Levonorgestrel	Wegen größerer Erfahrung Levonorgestrel anwenden, Beratung
Zoledronsäure	Aclasta, Zometa	Osteoporose bei Männern	UAW, klinischer Erfolg unklar	Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Quelle: Prescrire internat. 2010; 19 (106): 76-80 und 86

Temozolomid – Alveolitis

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert über das Auftreten einer nicht massiven Lungenembolie bei einer 64-jährigen Patientin mit einem Oligogastrozytom. Als Ursache wurde eine basal betonte Alveolitis diagnostiziert, die nach Gabe von Steroiden und Ceftriaxon ausheilen konnte. Ursächlich für die Lungenveränderung wird von der AkdÄ die

Einnahme des alkylierenden Zytostatikums Temozolomid (Temodal®) angeschlossen. Diese UAW ist zwar nicht in der Fachinformation des Herstellers angegeben, in der Literatur finden sich jedoch entsprechende Fallberichte, ebenso wie in der Datenbank der AkdÄ. Bei auftretenden Symptomen wie Dyspnoe oder unproduktivem Husten sollte die Differentialdiagnose „Einnahme von Temozolomid“ in

Betracht gezogen werden. Das Absetzen des Arzneistoffes kann ein Fortschreiten der pulmonalen Schädigung verhindern. *Quelle: Dtsch. Ärztebl. 2010; 107(12): C486.*

Statine – Entwarnung und neue Risikohinweise

Nach einer Metaanalyse erhöhen Statine das Diabetesrisiko um circa 9 %. Im Vergleich zur Risikoreduktion kardiovaskulärer Ereignisse ist dies so gering, dass ihr Einsatz bei Patienten mit kardiovaskulärem Risiko weiter empfohlen wird (mit engmaschigen Kontrollen der Blutglukose bei älteren Patienten).

Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA macht erneut auf das dosisabhängige Risiko von Myopathien bis hin zu Rhabdomyolysen unter der Therapie mit Statinen aufmerksam. Neben ethnischen Besonderheiten (z.B. erhöhte Empfindlichkeit bei Chinesen) spielen zusätzlich Interaktionen eine Rolle. Am Beispiel von Simvastatin (Zocor®, viele Generika) empfiehlt die FDA u.a.

- kein Einsatz von Simvastatin in Kombination mit Azol-Antimykotika, Makroliden, HIV-Proteaseinhibitoren,
- maximal 10 mg/d Simvastatin in Kombination mit Gemfibrozil und Cyclosporin,
- maximal 20 mg/d Simvastatin in Kombination mit Amiodaron und Verapamil,
- maximal 40 mg/d Simvastatin in Kombination mit Diltiazem (auch maximal empfohlene Tagesdosis).

Quellen: Dt. med. Wschr. 2010; 135: 605; fda@service.govdelivery.com

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 5/2010

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

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602010081550004

Beckenbodenzentrum Hessen (BBZet)

Interdisziplinäre Aspekte der Behandlung von Beckenbodendysfunktionen

F. M. E. Wagenlehner¹, Th. Bschiepfer¹, W. Weidner¹, O. Wüsten², M. Kampschulte², G. Krombach², F. Oehmke³, H.-R. Tinneberg³, A. Brom⁴, W. Kierer⁴, M. Leistner⁴, F.D. Schöniger⁴, M. Hauck-Trampe⁵, U. Vieweg⁵, W. Padberg⁶, T. Schwandner⁶

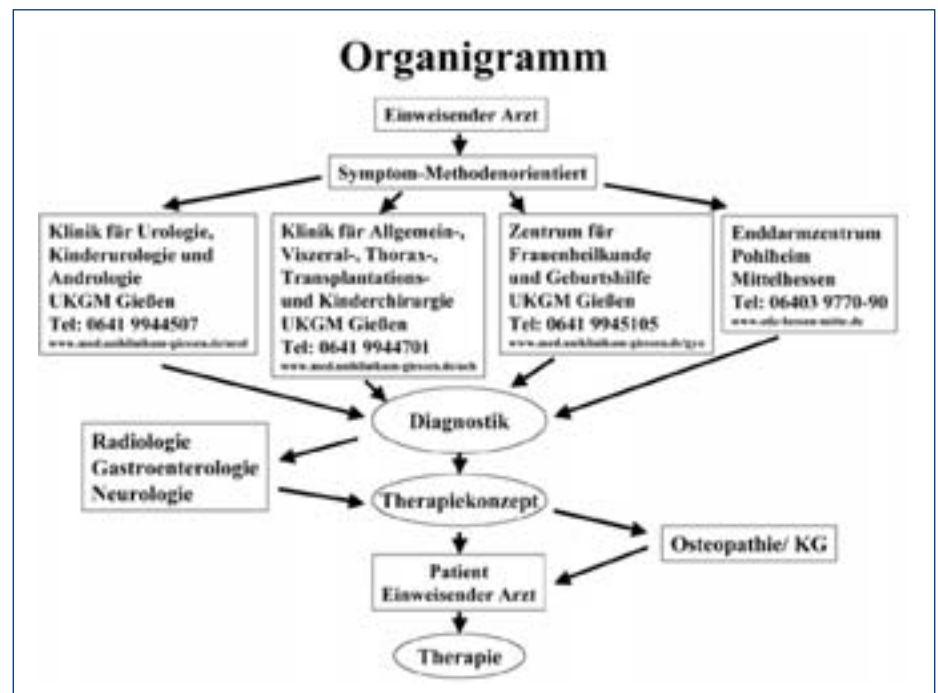
Das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum Hessen (BBZet) am UKGM Gießen

Beckenbodendefekte sind häufig bei Frau und Mann. Verschiedenste Symptome und Probleme, wie unwillkürlicher Verlust von Urin und/oder Stuhl (Inkontinenz), Entleerungsstörungen von Blase und Enddarm, Vorfallbeschwerden der Beckenorgane, Schmerzen etc. können hieraus resultieren. Jede vierte Frau und jeder achte Mann erkranken im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Inkontinenz. Ausgehend von der demographischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren mit einer deutlichen Zunahme der verschiedenen Formen der „Beckenbodeninsuffizienz“ zu rechnen. Diese Beschwerden münden in einen psychisch und sozial die Betroffenen stark belastenden Zustand.

Die Bildung von krankheits- und symptomorientierten Zentren im Bereich der Behandlung von Beckenbodendefekten bündelt die vorhandene Kompetenz, erweitert das diagnostische und therapeutische Spektrum und steigert damit die Qualität der Patientenversorgung. Aus diesem Grunde ist auch die Bildung eines Zentrums, das sich mit den Problemen der Harn- und Stuhlinkontinenz bzw. ursächlich mit den Erkrankungen des Beckenbodens beschäf-

tigt notwendig. Im Jahre 2007 hat sich an der Universitätsklinik Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen (UKGM Gießen) das Beckenbodenzentrum Hessen (BBZet) gebildet. Das BBZet besteht aus der Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie des UKGM Gießen, der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie des UKGM Gießen, dem Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UKGM Gießen, dem Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UKGM

Gießen, dem End- und Dickdarmzentrum Hessen Mitte/Pohlheim, dem Zentrum für Radiologie des UKGM Gießen und dem Zentrum für Osteopathie und Physiotherapie, Marburg. Im BBZet werden die drei Hauptorgane des Beckenbodens – Harnblase, Genitalorgane und Enddarm – durch Spezialisten aus den verschiedenen Fachrichtungen erfasst. Das Ziel ist die Diagnostik durch die betroffenen Fachrichtungen und eine gezielte, aufeinander abge-



¹ Klinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Justus-Liebig-Universität, Gießen

² Zentrum für Radiologie, Justus-Liebig-Universität, Gießen

³ Frauenklinik und Hebammenanstalt, Justus-Liebig-Universität, Gießen

⁴ End- und Dickdarmzentrum Hessen Mitte, Pohlheim

⁵ Zentrum für Osteopathie und Physiotherapie, Marburg

⁶ Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- u. Kinderchirurgie, Justus-Liebig-Universität, Gießen

stimmte und gegebenenfalls auch gemeinsame Behandlung. Das Konzept ist eine schnelle, zielgerichtete Diagnostik und Erstellung des Therapieplanes für die betroffenen Patient/innen. Die Einweisung der Patient/innen erfolgt durch den betreuenden niedergelassenen Arzt in die jeweilige Fachdisziplin, die seiner Einschätzung nach die führenden Beschwerden weiter diagnostizieren sollte. Von hier aus werden die Patient/innen bei Bedarf den jeweiligen Fachkolleg/innen innerhalb des Hauses vorgestellt. Die Diagnostik erfolgt zeitnah und umfassend nach den neuesten Erkenntnissen und Methoden der Medizin. In den gemeinsam stattfindenden Besprechungen wird das Therapiekonzept festgelegt und mit den Patient/innen abgestimmt. Entsprechend dem Therapiekonzept kann dann die Behandlung durch den niedergelassenen Arzt erfolgen oder als ambulante oder stationäre Therapie im UKGM Gießen (siehe Abbildung Organigramm).

Die Therapie der Beckenbodenfunktionsstörungen umfasst konservative und operative Optionen. Zu den konservativen Behandlungsformen zählen die physikalische Beckenbodenregeneration, Lebensstil-, Diät- und Sexualberatung und medikamentöse Therapien. Zu den operativen Behandlungsformen zählen alle Formen der beckenbodenkorrigierenden und organbeeinflussenden Eingriffe im Becken und Beckenboden bei Frauen und Männern.

Radiologie (Dynamisches Beckenboden-MRT)

Ziele der Untersuchung

Zur Erkennung der komplexen Vorgänge bei der Defäkation im Rahmen von Funktionsstörungen oder Störungen der anatomischen Strukturen des Beckenbodens werden die klinische Untersuchung, Endos-

kopie und verschiedene Funktionstests eingesetzt. Mit Hilfe der Schnittbild-Darstellung in Echtzeit ist es durch Einsatz der dynamischen Beckenboden-MRT möglich, die pathologischen Vorgänge direkt zu visualisieren. Ziel ist es dabei die Störungen der anatomischen Strukturen und die pathologischen Funktionsabläufe analysieren zu können. Die MRT erlaubt es durch statische Abbildungen den Aufbau der Beckenorgane, -muskulatur und Haltebänder darzustellen. Hierdurch lassen sich z.B. Raumforderungen, Asymmetrien, Operationsfolgen oder Fehlstellungen erkennen. Die dynamische Darstellung des Defäkationsvorganges erlaubt es, gestörte Funktionsabläufe, unvollständige Darmentleerung und Insuffizienzen des Beckenbodenhalteapparates sowie Vorfälle von Organstrukturen durch die Beckenbodenmuskulatur aufzudecken.

Durchführung der Untersuchung

Die dynamische Beckenboden-MRT erfolgt ohne spezielle Vorbereitung durch den Patienten im Rahmen einer etwa 20-30 minütigen MRT-Untersuchung. Wir lassen die Patienten lediglich unmittelbar vor der Untersuchung auf der Toilette einen Mini-Klysmas Einlauf zur Enddarm-Reinigung durchführen. Zu Beginn der MRT-Untersuchung wird über ein Darmrohr, etwa 200 ml angewärmtes Ultraschallgel rektal appliziert. Dieses dient als Darstellungsmedium für den Defäkationsvorgang.

Die Patienten werden in Rückenlage untersucht, es wird eine wasserdichte Unterlage vorgelegt und die Beine mit einem Lagerungskissen unterpolstert und leicht gespreizt, um die Entleerung zu erleichtern. Die Untersuchungssequenzen setzen sich wie folgt zusammen: Zunächst Darstellung des kleinen Beckens in sagittaler, transversaler und coronarer Schichtführung mittels T2-gewichteter Turbo-Spinecho-Sequenzen, die eine hochauflösende ana-

tomische Darstellung der Organe, Muskulatur und Haltebänder ermöglicht. Anschließend wird anhand der T2-Bilder in schräg sagittaler Schichtführung eine Cine-Sequenz (balanced Fast-Field-Echo) an den Verlauf des Analkanals angepasst. Die zeitliche Auflösung beträgt etwa 1 s pro Bild, die Messzeit etwa 100 s.

Die Patienten werden aufgefordert, bei unveränderter Rückenlage einzuatmen und in den Unterbauch zu pressen, zunächst ohne Gel hinauszupressen. So können die Kommandos zwischen Untersucher und Patient geübt werden, bevor dann die Aufnahme des eigentlichen Entleerungsvorganges erfolgt. Dabei werden die Patienten aufgefordert maximal und so lange wie möglich zu pressen, um möglichst das gesamte Gel zu entleeren. Unterstützt wird dies durch wiederholte Aufforderungen durch den Untersucher, um eine möglichst lange Darstellung des Pressvorganges zu erhalten, da einige pathologische Zustände erst in einer späten Phase zu erfassen sind. Ggfs. wird noch eine wiederholte Entleerungsaufnahme oder eine zweite, coronare Ebene dargestellt. Nach Beendigung der Untersuchung können sich die Patienten auf der nahen Toilette reinigen und wieder ankleiden. Die Untersuchung ist beendet, es erfolgt die Archivierung und detaillierte Auswertung und Beurteilung der Aufnahmen.

Auswertung der MRT-Sequenzen

Die statischen, T2 gewichteten Sequenzen (Abb. 1) werden insbesondere bezüglich Auffälligkeiten der Beckenorgane, der Beckenbodenmuskulatur, Haltebänder und Verlauf der Darmschlingen beurteilt. Die dynamischen Sequenzen werden analysiert, um Störungen des Defäkationsablaufs zu erkennen. Die Lage der Organe und des Beckenbodens wird mit Hilfe der Position in Relation zur sog. Pubo-Coccygeal-Linie (PC-Linie) angegeben (Abb. 2



Abbildung 1

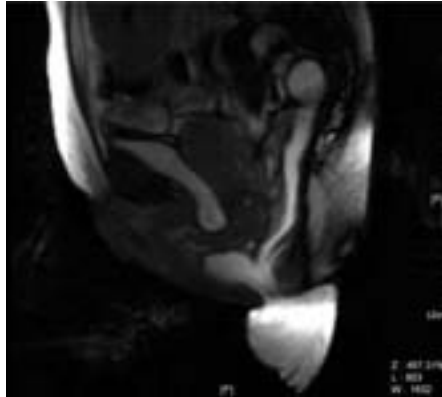


Abbildung 2

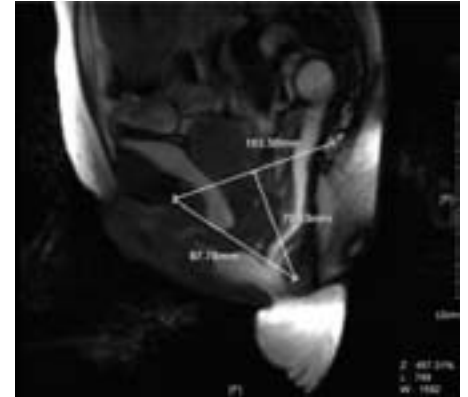


Abbildung 3

und 3). Diese Linie verbindet die Unterseite der Symphyse mit dem ersten distal darstellbaren, coccygealen Zwischenwirbelraum.

Als objektive Parameter für eine Beckenbodeninsuffizienz werden die H-Linie (Länge des Hiatus – Strecke zwischen Symphen-unterrand und Ansatz der Beckenbodenmuskulatur am Rektumhinterrand) und die M-Linie (Strecke zwischen Ende der H-Linie und PC-Linie, senkrecht auf der PC-Linie) verwendet.

Die Streckung des ano-cutanen Winkel wird im weiteren beurteilt, sowie die Relativbewegung des Beckenbodens unter maximalem Pressen. Besondere Konstellationen wie Senkungen des Blasenbodens (Zystozele), des Uterus oder der Vagina (Hystero-, Vaginozele) und Vorfälle der Rektumvorderwand (anteriore Rektozele)

oder von Darmschlingen ins Spatium rektovaginale (Enterozele, Abb. 4) können detektiert werden. Schließlich sollte beurteilt werden, wie vollständig die rektale Entleerung erfolgt.

Osteopathie (Beckenbodenprobleme – Das osteopathische Konzept)

Das osteopathische Konzept, vorgestellt 1874 von Dr. A.T. Still, erweitert 1936 von Dr. W. Sutherland und 1974 wesentlich beeinflusst von D.O. J. P. Barral, will die Wiederherstellung und Verbesserung der Beweglichkeit menschlichen Gewebes. Die Befundung erfolgt in der Osteopathie durch die manuelle Untersuchung der drei folgenden Systeme des menschlichen Körpers:

1. parietales System
dazu gehören Knochen – Bänder – Gelenke – Muskeln – Fascien (siehe manualtherapeutische Konzepte)
2. viscerales System
es umfasst die inneren Organe, Blutgefäße, Lymphbahnen, Nerven und Stützgewebe
3. cranio-sacrales System
es umfasst das Cranium mit seinen gelenkigen Verbindungen, die Wirbelsäule mit all ihren Anteilen, das Becken, sowie das membranöse System.

Die Untersuchung liefert eine befundorientierte Arbeitshypothese, welche die Grundlage der osteopathischen Therapie ist. Ziel der osteopathischen Therapie ist es, mit manuellen Techniken die Funktionsstörungen des Körpers zu normalisieren.

Folgendes Beispiel aus der interdisziplinären Arbeit im Beckenbodenzentrum Hessen am Universitätsklinikum Gießen zeigt die osteopathische Arbeitsweise: Eine 67 Jahre alte Patientin stellt sich wegen einer symptomatischen Rektozele mit bestehender Stuhlentleerungsstörung und folgendem Beschwerdebild vor: Sie hat zwölfmal am Tag Stuhlgang und leidet unter Druck auf den Darmausgang. Die Beschwerden treten hauptsächlich im Stehen auf. Nachts leidet sie an Sodbrennen. Sie berichtet von Beschwerden im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule. Anamnestisch berichtet sie über eine Hysterektomie und eine Cholecystektomie, Z.n. vier Geburten mit Dammriß und Dammschnitt. Nach gemeinsamer, interdisziplinärer Erörterung mit allen beteiligten Fachgebieten (Gynäkologie, Urologie, Proktologie, Radiologie, Osteopathie, Physiotherapie) wird ein osteopathischer Therapieversuch vereinbart. Der osteopathische Befund in den drei oben beschriebenen relevanten Systemen zeigt sich bei der Patientin wie folgt:

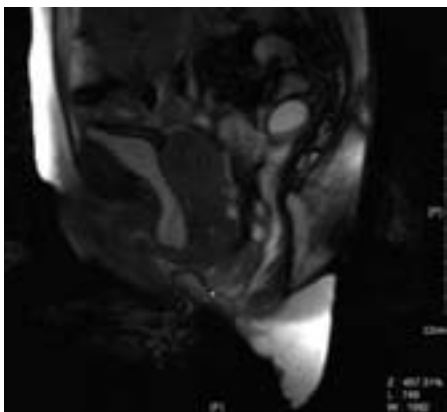


Abbildung 4

1. im parietalen System: Bewegungsverlust bei C 0-1 u. C 6-7, TH 3-10 in Extension, Rippen in Inspirationstellung, Bewegungsverlust bei L 5 S 1.
2. im visceralen System: Dünndarm-Ptose, Bewegungsverlust im Gallenblasennarbenbereich, sigmoidealer Stau, druckdolente Spannungserhöhung der ileocecal-Klappe bei ebenso druckdolentem Abdomen.
3. im cranio-sacralen System: das Sacrum in Kontranutation/Bewegungsverlust des Os coccygis und der Symphyse, Hypertonus des linken Beckenbodens.

Aus dem Befund ergeben sich für den Osteopathen folgende Arbeitshypothesen:

- a) Die Innervation des Darms ist zu verbessern, indem die Wirbelsäule mobilisiert wird. Die Behandlung eines Wirbelsäulenabschnittes bedarf der Erfassung der arthrogenen, muskulären Läsion. Ist das Segment in Flexion oder Extension, Rotation oder Sidebending eingeschränkt? Techniken der Lösung von muskulär bedingten Dysfunktionen sind u.a. Triggerpunktbehandlung und An- und Entspannungstechniken. Gelenkbehandlungen gehen von Verbesserung des Gelenkspiels durch Gleit- und Traktionstechniken bis zum HVLA (high velocity, low amplitude) Trust.
- b) Der Beckenboden ist zu entlasten, indem die Viscera gehoben werden. Die thorakale Beweglichkeit ist zu verbessern, sowie die diaphragmale Bewegung, um die Adhäsionskräfte zu optimieren. Die Verbesserung der Beweglichkeit des muskuloskelettalen Systems im Thorax-WS-Rippen-Bereich wird wie in a) beschrieben erreicht. Um die Funktion und Beweglichkeit des Diaphragmas zu verbessern, werden Techniken wie Anheben, Querruktion und Mobilisierung des Ursprungs

und der Ansatzpunkte des Diaphragmas angewandt. Hier kommt eine Behandlung des Wirbelsäulenabschnittes C3-5 hinzu, um den nervalen Einfluss (N. phrenicus) zu optimieren. Der sternosymphysale, fasciale und muskuläre Zug ist zu entlasten, um so die abdominalen Verhältnisse zu verbessern.

- c) Die Durchblutung des Beckenbodens ist zu verbessern, indem das Beckenbodengewebe behandelt wird. In der Behandlung wird mit Druck auf die Narbe des Dammschnitts und die Verspannung in Richtung der verschiedenen Muskelverläufe gearbeitet.

Bereits nach drei Behandlungen ist das Feedback der Patientin positiv. Sie berichtet, dass es schon nach der ersten Behandlung zu einer deutlichen Verbesserung des Allgemeinbefindens gekommen sei und dass die Toilettengänge weniger wurden. Nach drei Behandlungen liegt die Anzahl der Toilettengänge nur noch bei zwei bis drei mal pro Tag. Die Patientin lässt sich weiterhin im Rhythmus von vier bis fünf Wochen je 40 Minuten behandeln. Dies führt zu einer Stabilisierung des erreichten Ergebnisses.

Dieses Beispiel zeigt, dass die osteopathische Behandlung gemäß der aufgestellten Arbeitshypothesen

- a. die Verbesserung der neurologischen Versorgung des Darmgebietes
- b. die Normalisierung der intraabdominalen Kräfte
- c. sowie die Mobilisation der Narben eine deutliche Verbesserung der Darmfunktion erbracht hat. Der Aufwand betrug drei Behandlungen à 40 Minuten. Der Patientin werden weitere Behandlungen im Abstand von vier bis fünf Wochen empfohlen.

Urologie (funktionelle Aspekte des Beckenbodens)

Der menschliche Beckenboden ist eine komplexe anatomisch-funktionelle Struktur und wird während des Lebens enorm beansprucht. Neuere Erkenntnisse in der funktionellen Anatomie des Beckenbodens haben ein viel besseres Verständnis erbracht, was letzten Endes zu einer massiven Verbesserung in den therapeutischen Optionen geführt hat. Einer der wichtigsten Befunde der letzten Jahre war die Erkenntnis, dass Störungen der muskulären Funktion des Beckenbodens sich negativ auf die physiologischen Funktionen der Beckenorgane, wie Harnblase und Rek-

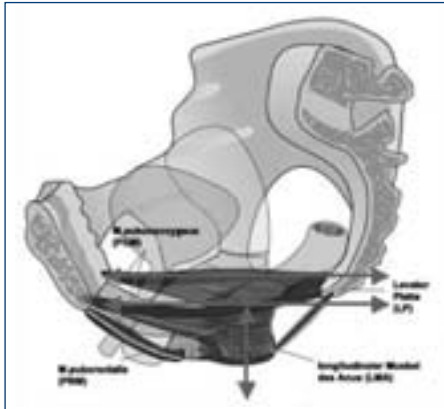


Abbildung 5: Darstellung der Muskeln des Beckenbodens und deren Zugvektoren (M. pubococcygeus (PCM), Levatorplatte (LP), M. puborectalis (PRM), longitudinaler Muskel des Anus (LMA): anteriore Zugrichtung (PCM und PRM), posteriore Zugrichtung (LP), cranio-caudale Zugrichtung (LMA). Diese vier essentiellen Beckenbodenmuskeln resultieren in drei Hauptmuskelzugrichtungen:

1. Anteriore Muskelzugkraft in Richtung der Symphyse, vermittelt durch den anterioren Anteil des PCM. Ein zusätzlicher anteriorer Zug wird durch den PRM ausgeübt.
2. Posteriore Muskelzugkraft in Richtung des Os sacrum, vermittelt durch die LP.
3. Cranio-caudale Muskelzugkraft, vermittelt durch den LMA.

tum auswirken. Die Beckenbodenaktivität wird durch drei Hauptmuskelzugrichtungen reguliert, welche die Vagina zu jeder Zeit im kleinen Becken aufspannen und

damit die Organe Harnblase, Uterus und Enddarm unterstützen und in ihrer Funktion modulieren (Abb. 5). Die Beckenorgane Urethra, Harnblase, Vagina, Uterus und Rektum werden erst durch die synergistische Aktion des Muskelbandapparates in ihre Form und Funktion gebracht. Bei anatomisch korrekter bindegewebiger Einfassung der Beckenbodenmuskeln können diese normal funktionieren, eine dislozierte ligamentäre Verbindung schwächt bzw. verhindert die Muskelaktionen. Z.B. wird die Harnkontinenz durch eine dorso-caudale Rotation der Harnblase und proximalen Urethra um das Lig. Pubo-urethrale unterstützt, da sich hierdurch der Urethradurchmesser verringert und der transmurale Druck im Sphinkterbereich steigt (Abb. 6). Ein signifikanter Anteil der Beckenbodendysfunktionen wird somit durch Störungen dieser Vektorzugkräfte verursacht. Klinisch spielen hierbei die ligamentären Defekte eine weitaus größere Rolle, als muskuläre oder nervale Defekte. Aus unterschiedlichen Gründen kann es im Laufe des Lebens zu einer Lockerheit z.B. der Vagina und der unterstützen Ligamente kommen, was diese funk-

tionelle Anatomie signifikant verändert. Die Lockerheit des Beckenbodenbandapparates reduziert hierbei die effektive Muskelkraft, was letztendlich zur Beckenbodendysfunktion führt. Verschiedendste Symptome können dadurch entstehen, wie Harndrang- oder Belastungsinkontinenz, Blasenentleerungsstörungen, Stuhl-inkontinenz, Darmentleerungsstörungen oder fortgeleitete Beckenschmerzen. Somit können die häufig komplexen organischen Beschwerden im kleinen Becken häufig durch anatomische Läsionen des Beckenbodens erklärt werden. Folgerichtig wird eine operative Wiederherstellung der Anatomie zu einer Wiederherstellung von Physiologie und Funktion führen. Die operative exakte Rekonstruktion der Anatomie von Beckenbodendefekten ist deswegen ein rationaler Ansatz, Störungen der Beckenorgane zu behandeln. Die operative Rekonstruktion fokussiert sich hierbei überwiegend auf die Wiederherstellung der lockeren Bandstrukturen im kleinen Becken. Eine genaue präoperative Identifikation der anatomischen Defekte ist deswegen außerordentlich wichtig, um eine exakte anatomische Rekonstruktion im Hinblick auf die Muskelzugkräfte zu erreichen.

Operative Konsequenzen für die Rekonstruktion des Beckenbodens

Bei jeder Rekonstruktion des Beckenbodens müssen diese anatomischen und funktionellen Aspekte berücksichtigt werden. Diesbezüglich ist präoperativ eine exakte anatomische Lokalisation der defekten Bandstrukturen äußerst wichtig. Die Diagnostik sollte deswegen einem strukturierten Algorithmus folgen. Dieser umfasst einen standardisierten Fragebogen, welcher die Gesamtsymptomatik der Beckenbodendefekte abfragt. Weiterhin sollte eine strukturierte Untersuchung des Beckenbodens durchgeführt werden,

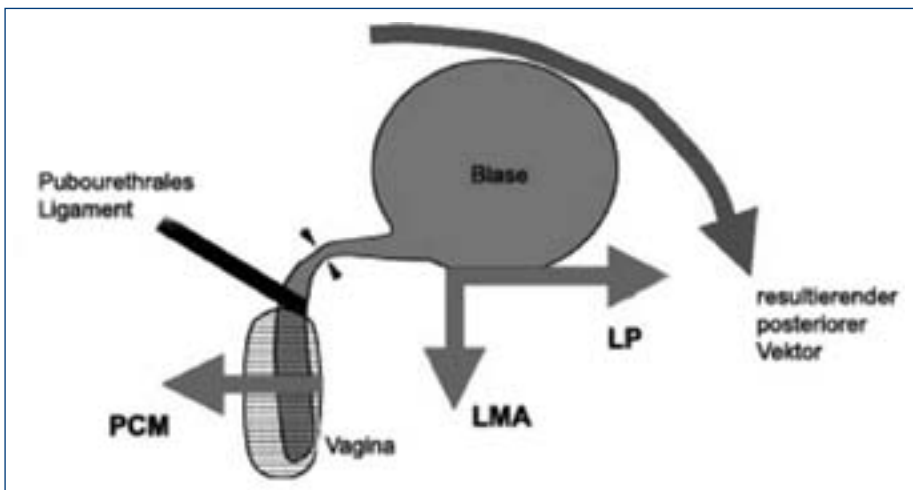


Abbildung 6: Mechanismus der Harnkontinenz: Der M. pubococcygeus (PCM) zieht die distale Urethra unter Vermittlung der suburethralen Vaginalwand nach ventral, die Levatorplatte (LP) zieht die proximale Urethra und Harnblase nach dorsal, der longitudinale Muskel des Anus (LMA) zieht nach caudal. Die Harnblase wird dadurch nach dorso-caudal rotiert und damit die proximale Urethra in einer Ebene um das Pubourethrale Ligament (PUL) ausgezogen und geknickt.

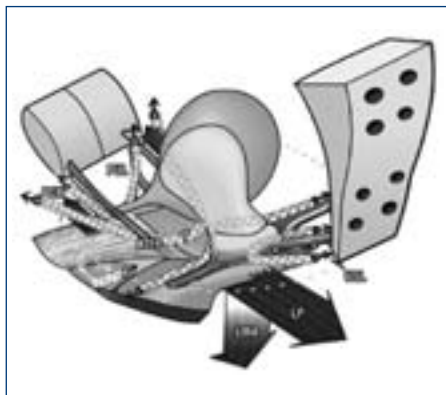


Abbildung 7: Minimal invasive Rekonstruktion der hauptsächlich beteiligten defekten Bandstrukturen im kleinen Becken mit alloplastischen Bändern, welche durch Gewbeanker im Bereich der ligamentären Strukturen verstärkt werden.
 Ligamentäre Strukturen: PUL-pubourethrales Ligament; ATPF-Arcus tendineus fasciae pelvis; CL-cardinales Ligament; USL-uterosakrales Ligament; PB-Perinealkörper.
 Muskeln: PCM-M. pubococcygeus, LP-Levatorplatte, LMA-longitudinaler Muskel des Anus.

welche neben einer Urinuntersuchung, eine Restharnuntersuchung, die Untersuchung sämtlicher anatomischer Strukturen (siehe unten) und gegebenenfalls eine perineale Sonographie zur Einschätzung der Mobilität des Blasenhalsses enthält. Weiterführende Untersuchungen sollten je nach Notwendigkeit mit eingeschlossen werden, wie z.B. zystomanometrische Untersuchungen, oder funktionelles MRT. Die derzeitigen Entwicklungen in der Therapie der Beckenbodendefekte in der Urologie weisen auf eine minimal invasive, exakte Rekonstruktion der defekten Bandstrukturen mit alloplastischem Material hin, das z.B. mit Gewbeankern platziert werden kann (Abb. 7). Die Beseitigung auch komplexer Symptomaten im Becken ist hierdurch minimal invasiv mit großem Erfolg möglich geworden.

Gynäkologie (Genitaldeszensus als Problem der Beckenbodeninsuffizienz)

Aufgrund der Insuffizienz des Halteapparates des Uterus, der Beckenbodenmus-

kulatur, des Beckenbodentonus kommt es zu unterschiedlichen Ausprägungen des Genitaldeszensus. Prädisponierende Faktoren sind hierfür u.a. vaginale und vaginal-operative Entbindungen, Multiparität, Dammrisse III. und IV. Grades, konstitutionelle Bindegewebsschwächen, Übergewicht, chronische Obstipation und chronischer Husten sowie schwere körperliche Arbeit.

Als Genitaldeszensus der Frau wird die Lageveränderung von Uterus und Vagina mit bzw. ohne Einbeziehung der unteren Harnwege, des Dünn- und Enddarmes bezeichnet. Aufgrund der verschiedenen Kompartimente, die dabei betroffen sind, können neben dem eigentlichen Deszensus uteri zusätzliche Beschwerden des unteren Harntraktes und der Stuhlentleerung vorliegen, entweder einzeln und in Kombination und in verschieden stark ausgeprägten Abstufungen. Häufig stellen sich die Frauen nur wegen des Deszensus vor ohne dass gleichzeitig vorliegende Probleme, wie die Harninkontinenz oder auch die mehr oder minder stark ausgeprägte Problematik der Stuhlentleerung bzw. Stuhlinkontinenz geäußert werden, welche das eigentlich größere Problem im sozialen Leben bedeutet.

Die klinischen Beschwerden sind vielfältig. Ein Genitaldeszensus kann völlig asymptomatisch sein, er kann u.a. ein Fremdkörpergefühl im Bereich der Vagina hervorrufen, Beschwerden bei der Körperhygiene und verschiedenartige Ausprägungen von Inkontinenzproblemen können vorhanden sein. Auch die Vita sexualis kann beeinträchtigt sein. Je nach Ausprägung des Deszensus kann eine Harninkontinenz auch maskiert sein. Zur Klassifizierung des Ausmaßes eines Genitaldeszensus müssen bei der klinischen Speculumuntersuchung die drei verschiedenen

Kompartimente des inneren Genitales betrachtet werden,

- vorderes Kompartiment (Abschnitt der vorderen Vaginalwand, der Harnblase und Urethra)
- zentrales Kompartiment (Apex vaginae mit vorderem und hinterem Vaginalgewölbe, Uterus und Zervix)
- hinteres Kompartiment (hintere Vaginalwand, Rektum und Perineum).

Die Einteilung des Deszensus sollte nach dem System der International Continence Society (ICS) erfolgen, bei dem u.a. der Hymenalsaum als Bezugspunkt dient.

Deszensus-Klassifikation nach Bump et al., 1996

Stadium	Definition
Grad 0	kein Deszensus
Grad I	Distalste Punkt des Deszensus mind. 1 cm über dem Hymenalsaum
Grad II	Distalste Punkt des Deszensus + 1 cm ober- bzw. unterhalb des Hymenalsaumes
Grad III	Distalste Punkt des Deszensus > 1cm unter dem Hymenalsaum, prolapiert nicht mehr als 2 cm weniger als die komplette Scheidenlänge
Grad IV	Totalprolaps des Uterus, bzw. bei Z. n. UE der Scheide

Als therapeutische Ansätze stehen das konservative Management (Beobachtung, Beckenbodengymnastik, Pessartherapie u.a.), die klassischen vaginalen operativen Verfahren, der Einsatz von alloplastischem Material und laparoskopisch-minimal-invasive operative Eingriffe zur Verfügung. Netzimplantate, welche immer stärker auf den Markt drängen, werden allerdings sehr kontrovers diskutiert. Die Therapiewahl orientiert sich am Schweregrad der Deszensus-Symptome, an den Wünschen der Patientin und dem Lebensalter.

Ziel der therapeutischen Ansätze ist die dauerhafte Wiederherstellung eines fixierten vaginalen Apex mit Erhalt der normalen Vagina. Die Komplexität des Beckenbodens mit seinen verschiedenen Kompartimenten und den unterschiedlichsten Störungsmöglichkeiten erfordert deshalb eine exakte interdisziplinäre Diagnostik. Die Betrachtung des Beckenbodens als Ganzes und als komplexe Einheit ist dafür erforderlich.

Chirurgie (Anale Inkontinenz: neue Evidenz mit neuer konservativer Kombinations-therapie)

Ein großes Problem des Beckenbodens stellt die anale Inkontinenz dar. Etwa 1 % der Erwachsenen Bevölkerung ist so stark von unkontrollierbarem Stuhlverlust betroffen, dass ihr alltägliches Leben eingeschränkt wird. Zur Therapie steht heute ein breites Spektrum an chirurgischen und konservativen Optionen zur Verfügung. Die konservativen Verfahren unterteilen sich in drei Formen: Rektales Sensitivitäts-Training, Kraft- und Koordinationstraining. Rektales Sensitivitätstraining wird in Deutschland nur selten durchgeführt, weil die Technik in der Regel nur in Kliniken vorhanden ist. Die Behandlung außerhalb

der Klinik beinhaltet meist Übungen zur Körperkontrolle oder Kräftigung unter physiotherapeutischer Anleitung, sowie Training in der häuslichen Umgebung mit Unterstützung eines Biofeedback- oder elektrischen Stimulationsgerätes. Zur Evidenzlage der konservativen Methoden bestehen bislang konträre Meinungen. So kamen die systematischen Reviews zu dem Ergebnis, dass die begrenzte Anzahl der Studien zusammen mit ihren methodischen Schwächen keine definitive Beurteilung der möglichen Rolle von analem Sphinktertraining und Biofeedback-Therapie beim Management von Patienten mit fäkaler Inkontinenz erlauben.

Aus anatomischen Gründen ist es jedoch nicht möglich, alle wichtigen Strukturen des Beckenbodens und der Schließmuskeln alleine mit gymnastischen Übungen zu kräftigen. Der interne Schließmuskel besteht aus glatter Muskulatur und ist willkürlichen Übungen nicht zugänglich. Aber auch die quergestreiften Muskelanteile sind nur schwer mit Übungen zu erreichen, weil sie zu etwa 75 % aus langsamen Typ I Fasern bestehen. Bewegungsübungen kräftigen vor allem die schnellen Fasertypen IIa und IIb, so dass es physiologisch Sinn macht, die glatten und

langsamen Muskelanteile mit Strom zu stimulieren.

Bis heute besteht kein Konsens, welche Stromform sich für Behandlungen des Beckenbodens und der Schließmuskeln am besten eignet, wobei die fundamentalen Unterschiede zwischen nieder- und mittelfrequenten Formen häufig nicht bekannt sind. Die neuromuskuläre Behandlung mit niederfrequenten Strömen (10 – 50 Hz) ist in der Medizin weit verbreitet, insbesondere bei orthopädischen Indikationen mit großen Muskelmassen am Rumpf oder den Extremitäten. Die erforderlichen Stromstärken, um damit die langsamen Typ I Fasern am Beckenboden zu erreichen, können jedoch sehr schmerzhaft sein.

Die natürliche Rekrutierung beginnt mit langsamen Muskelfasern und erreicht die schnellen zuletzt. Bei der Aktivierung durch niederfrequenten Strom ist die Reihenfolge umgekehrt; die langsamen Fasern werden deshalb erst zuletzt bei hohen Stromstärken erreicht. Weil das therapeutische Fenster zwischen motorischen und Schmerznerven in nervenreichen Gebieten wie dem Beckenboden sehr klein ist, tolerieren viele Patienten die erforderlichen Stromstärken nicht. Die Kontraktionsstärke der Schließmuskeln hat nicht nur für die Trophik der Muskelfasern Bedeutung, sondern beeinflusst auch die corticale Steuerung und Repräsentation. Die Reizung mit mittelfrequenten Wechselströmen (MF > 1000 Hz) hat diesen Nachteil nicht, weil sich ihre biologische Wirkung grundlegend von dem „alles oder nichts“ Prinzip der Niederfrequenz unterscheidet. Ein Einzelimpuls ist zu schwach, um eine Depolarisation an der Membran auszulösen. Die Wirkung entsteht durch Aufsummierung, tendiert in eine asynchrone Richtung und ist dadurch näher an der na-

türlichen Erregung. Der Widerstand fällt bei höheren Frequenzen stark ab, so dass weniger Schmerznerven gereizt werden. Aufgrund einer Dissoziation der Schwellen entsteht ein größeres therapeutisches Fenster. Einfach anwendbare Geräte mit Amplitudenmodulation (AM-MF) und Plug-Elektroden stehen erst seit wenigen Jahren zur Verfügung.

Ziel war es, in einer Multicenterstudie, die randomisiert durchgeführt wurde, die Überlegenheit eines neuen Therapiekonzeptes, nämlich einer Kombination aus amplitudenmodulierter Mittelfrequenzstimulation (AM-MF) mit Elektromyographie (EMG)-Biofeedback gegen alleiniges Biofeedback bei einer Behandlungszeit von neun Monaten aufzuzeigen zur konservativen Behandlung der Inkontinenz. Von den Patienten mit einer Behandlungszeit von drei bis neun Monaten wurden mit der Kombinationstherapie 50 % kontinent, doppelt so viele wie im Kontrollarm mit nur alleinigem EMG-Biofeedback. Weitere 22,7 % verbesserten ihre Inkontinenz erheblich von Grad II oder III in Grad I. Insgesamt erreichte die Kombinationstherapie eine funktionelle Erfolgsrate von 72,7 %.

So haben wir bei analer Inkontinenz für unser Beckenbodenzentrum einen Algorithmus aufgestellt nach dem wir vorgehen (Abb. 8).

Ist nach versagter konservativer Therapie mit der Kombinationsbehandlung keine Besserung erreicht, so werden dann in unserem Zentrum operative Therapiemöglichkeiten, wie z.B. die sakrale Nervenstimulation (SNS) angewendet (Abb. 9).

Zusammenfassung

Um das richtige Therapiekonzept bei den Patient/innen aufstellen zu können, muss im Vorfeld eine umfassende Untersuchung

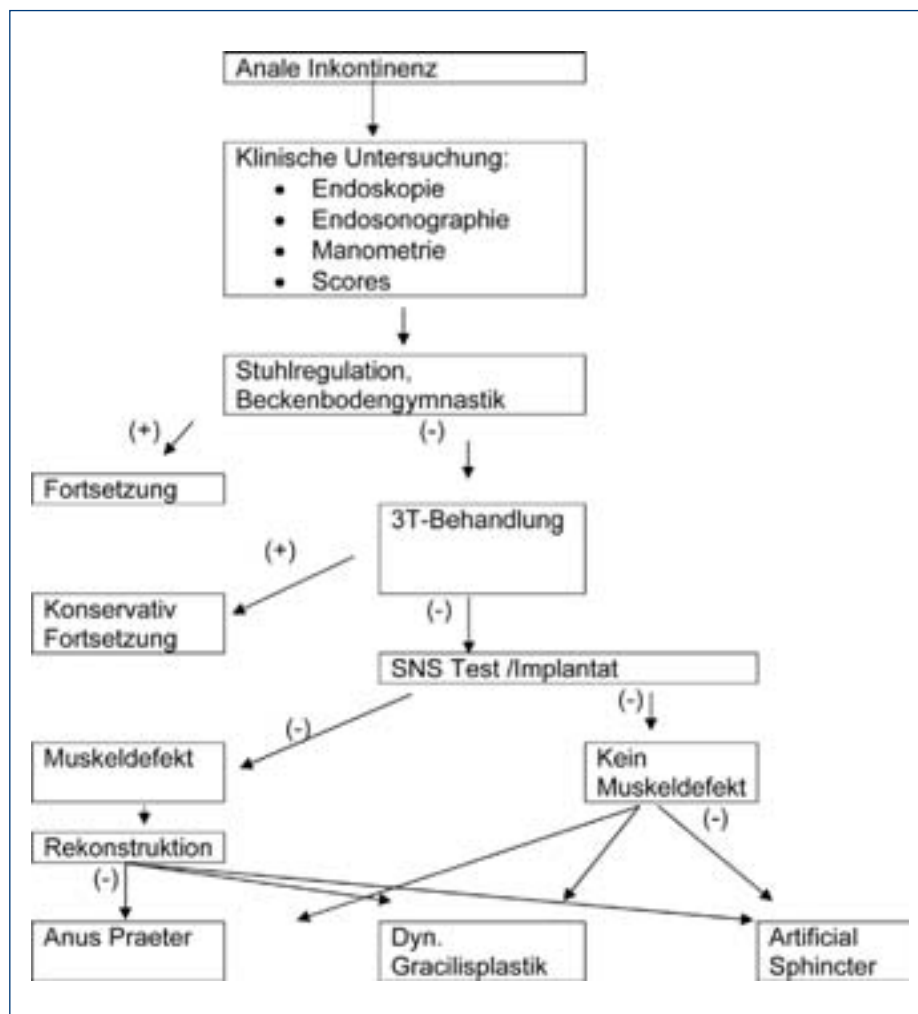


Abbildung 8: Behandlungsalgorithmus bei analer Inkontinenz

und Besprechung stattfinden. Diese Untersuchungen erfassen in der Regel verschiedene Faktoren der Erkrankung, wie anatomische und funktionelle Veränderungen. Die medizinischen Aspekte werden in gleicher Weise wie kosmetische und patientenspezifische Wünsche in das

individuelle Therapiekonzept mit eingearbeitet. Die Patient/innen sollen so jederzeit und sofort in den Befund- und Entscheidungsprozess integriert sein.

Die bedeutenden Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Beckenboden-

ANZEIGE

Sonja Winkler
Rechtsanwältin

Schwerpunkte:
• Medizinrecht • Familienrecht • Arbeitsrecht •

Wilhelmstraße 5
64646 Heppenheim
Telefon 06252 674 604
Telefax 06252 674 607
www.winklerrecht.de



Abbildung 9: Modell der sakralen Nervenstimulation

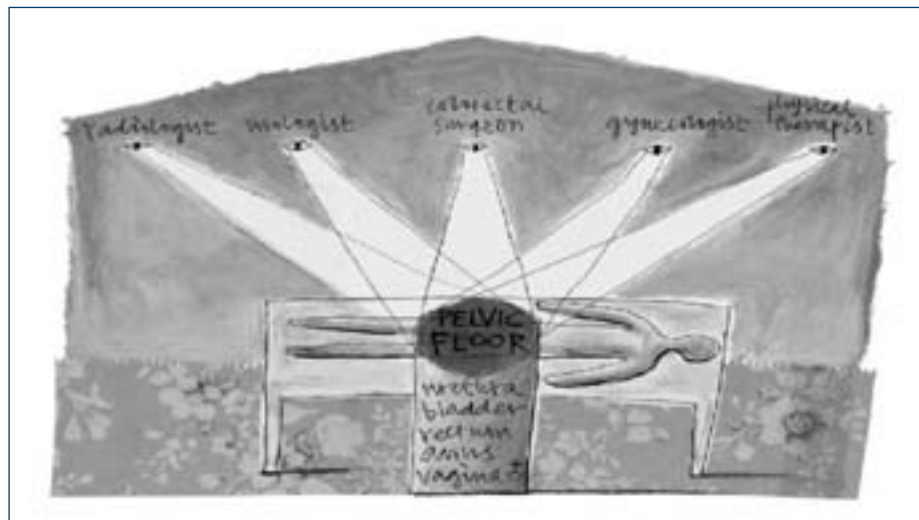


Abbildung 10: Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum

funktionsstörungen haben es heutzutage ermöglicht einer großen Zahl von Patienten zu helfen. Am besten wird dies durch einen interdisziplinären Ansatz erreicht, wie er in einem interdisziplinären Beckenbodenzentrum dargestellt wird (Abb. 10).

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. F. M. E. Wagenlehner

Klinik für Urologie

Kinderurologie und Andrologie

Justus-Liebig-Universität Gießen

Rudolf-Buchheim-Straße 7

35385 Gießen

Fon: 0641 99-44518

Fax: 0641 99-44509

E-Mail: Wagenlehner@AOL.com

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. Juli 2010

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Das dynamische Beckenboden-MRT ermöglicht nicht

1. die pathologischen Vorgänge bei der Defäkation direkt zu visualisieren.
2. den Aufbau der Beckenorgane, -muskulatur und Haltebänder darzustellen.
3. gestörte Funktionsabläufe des Defäkationsvorganges, unvollständige Darmentleerung und Insuffizienzen des Beckenbodenhalteapparates zu beurteilen.
4. Vorfälle von Organstrukturen durch die Beckenbodenmuskulatur aufzudecken.

5. die Colon-Transitzeit zu beurteilen.

? 2.) Welche Aussage zum dynamischen Beckenboden-MRT ist falsch:

1. Als objektive Parameter für eine Beckenbodeninsuffizienz werden in der MRT die H-Linie und die M-Linie verwendet.
2. Die Darstellung des kleinen Beckens in sagittaler, transversaler und coronarer Schichtführung erfolgt mittels T2-gewichteter Turbo-Spinecho-Sequenzen.
3. Der Defäkationsvorgang wird durch eine, an den Verlauf des Analkanals

angepasste Cine-Sequenz (ballanced Fast-Field-Echo), beurteilt.

4. Die zeitliche Auflösung bei der dynamischen MRT beträgt etwa 1 s pro Bild, die Messzeit etwa 100 s.
5. Die objektive Interobserver Reliabilität wird im Stargate erzielt.

? 3.) Welche Aussage zur funktionellen Anatomie des Beckenbodens der Frau ist falsch:

1. Die anteriore Muskelzugkraft in Richtung der Symphyse, wird durch den antero-

ren Anteil des M. pubo-coccygeus vermittelt.

2. Eine posteriore Muskelzugkraft in Richtung des Os sacrum, wird durch die Levatorplatte vermittelt.
3. Eine posteriore Muskelzugkraft wird durch die Puborektalisschlinge vermittelt.
4. Eine cranio-caudale Muskelzugkraft wird durch den longitudinalen M. des Anus vermittelt.
5. Eine anteriore Muskelkraft wird durch die Puborektalisschlinge vermittelt.

? 4.) Der Mechanismus der Harninkontinenz bei der Frau ist wie folgt. Welche Aussage ist falsch:

1. Die Harnkontinenz wird allein durch den urethralen Sphinkter vermittelt.
2. Die Harnblase wird nach dorso-caudal rotiert und damit die proximale Urethra in einer Ebene um das Pubourethrale Ligament ausgezogen und geknickt.
3. Die Beckenbodenmuskulatur hat einen signifikanten Anteil an der Harnkontinenz.
4. Bei der Harnkontinenz zieht der M. pubococcygeus die distale Urethra unter Vermittlung der suburethralen Vaginalwand nach ventral, die Levatorplatte zieht die proximale Urethra und Harnblase nach dorsal, der longitudinale Muskel des Anus zieht nach caudal.
5. Durch die Verknickung der Harnblase nach dorso-caudal wird der Urethradurchmesser reduziert und damit die Resistance erhöht.

? 5.) Eine Diagnostik von Beckenboden-defekten kann welche der folgenden Untersuchungen umfassen:

1. Eine strukturierte Untersuchung des Beckenbodens.
2. Die perineale Sonographie zur Einschätzung der Mobilität des Blasenhalsses.

3. Eine zystomanometrische Untersuchung.
4. Ein funktionelles MRT.
5. Alle angegebenen Untersuchungen.

? 6.) Welche Aussage zur operativen Therapie von Beckenbodendefekten ist falsch:

1. die ligamentären Defekte des Beckenbodens spielen eine weitaus größere Rolle, als muskuläre oder nervale Defekte.
2. eine minimal invasive Rekonstruktion der hauptsächlich beteiligten defekten Bandstrukturen im kleinen Becken mit alloplastischen Bändern ist möglich.
3. das pubourethrale Ligament, der Arcus tendineus fasciae pelvis, das cardinale Ligament, das uterosakrale Ligament, der Perinealkörper können rekonstruiert werden.
4. eine Hysterektomie ist immer notwendig.
5. die ligamentären Defekte können gut mit alloplastischem Material rekonstruiert werden, da bei vielen Patientinnen Bindegewebsschwächen vorliegen.

? 7.) Welche Aussage zur konservativen Therapie der Analinkontinenz ist falsch:

1. Der interne Schließmuskel besteht aus glatter Muskulatur und ist willkürlichen Übungen nicht zugänglich.
2. Bewegungsübungen kräftigen vor allem die schnelleren Muskelfasertypen IIa und IIb.
3. die quergestreiften Muskelanteile des Schließmuskelapparates sind nur schwer mit Übungen zu erreichen, weil sie zu etwa 75 % aus langsamen Typ I Fasern bestehen.
4. Die konservative Therapie macht bei der Analinkontinenz keinen Sinn.
5. Die Biofeedbacktherapie kann bei der Analinkontinenz eine Erfolgsrate von über 70 % aufweisen.

? 8.) Welche Aussage zur Deszensus-Klassifikation nach Bump ist falsch:

1. Grad 2: Distalste Punkt des Deszensus + 1 cm ober- bzw. unterhalb des Hymenalsaum.
2. Grad 0: kein Deszensus.
3. Grad 3: Distalste Punkt des Deszensus > 1cm unter dem Hymenalsaum, prolapiert nicht mehr als 2 cm weniger als die komplette Scheidenlänge.
4. Grad 5: Totalprolaps des Uterus mit Erosionsblutungen.
5. Grad 1: Distalste Punkt des Deszensus mind. 1 cm über dem Hymenalsaum.

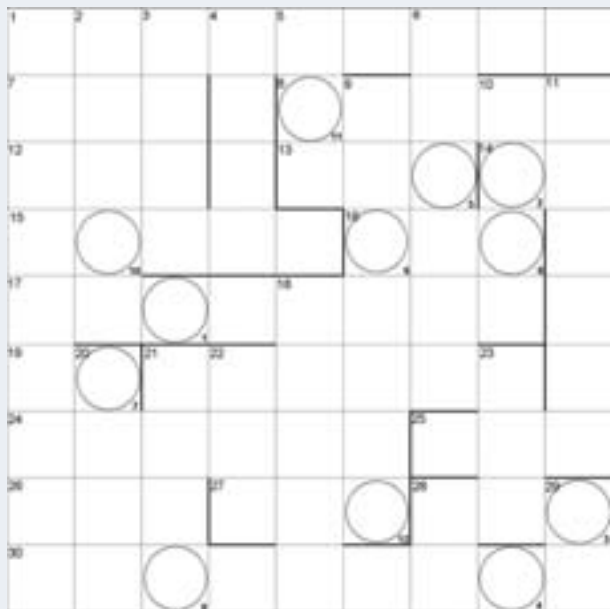
? 9.) Welche Aussage ist richtig:

1. Jede vierte Frau und jeder achte Mann erkranken im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Inkontinenz.
2. Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz in der erwachsenen Bevölkerung ist ca. 10 %.
3. Urin- und Stuhlinkontinenz tritt immer zusammen auf.
4. Eine erfolgversprechende Therapie der Urininkontinenz nach dem 80. Lebensjahr ist nicht mehr möglich.
5. Urin- und Stuhlinkontinenz sind in der Regel nicht psychisch belastend.

? 10.) Welche Aussage zur Therapie der Beckenbodenfunktionsstörungen ist richtig:

1. Eine operative Therapie kann ohne Diagnostik erfolgen.
2. Zu den konservativen Behandlungsformen zählen die physikalische Beckenbodenregeneration, Lebensstil-, Diät- und Sexualberatung.
3. Es gibt keine medikamentöse Therapieoptionen.
4. Eine operative Therapie ist nicht erfolgversprechend.
5. Die Beckenbodenmuskulatur ist einer Therapie mit Strom nicht zugänglich.

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Waagrecht

1 Gott der Heilkunst in der griechischen Mythologie • 7 Stammesgeschichtlich jüngster Teil der Großhirnrinde: ...cortex • 8 Ductus (dtsh.) • 12 Stadieneinteilung der Lymphogranulomatose: ...-Arbor-Klassifikation • 13 Abk. für Transkranielle Magnetstimulation • 14 Edelgas (Chem. Elementsymbol) • 15 Biologe, der durch Klassifikation von Pflanzen Berühmtheit erlangte • 16 Eiter (lat.) • 17 Drüse (lat.) • 19 Abk. für Enteroanastomose • 21 Krankheit, bei der es bei erniedrigter Umgebungstemperatur zu einer Hämolyse kommt: ...-Agglutinin-Krankheit • 24 Auskultatorisch frühdiastolisches Decrescendogeräusch bei Pulmonalklappeninsuffizienz: Graham-...-Geräusch (Eponym) • 25 Brachium • 26 Geladenes Teilchen • 27 Weiche Hirnhaut: ... mater • 28 Disseminierte Form der Langerhanszell-Histiozytose: Morbus ...-Letterer-Siwe (Eponym) • 30 Darm-entzündung

Senkrecht

1 Aufhebung der Schmerzempfindung • 2 Greisenhaft • 3 Hyperaldosteronismus (Syndrom; Eponym) • 4 Einteilung ventrikulärer Arrhythmien (Eponym) • 5 Abk. für Elektrokrampftherapie • 6 Schlaganfall • 9 Erweiterter Abschnitt des Mastdarms: ... recti • 10 Nervenschlinge als Teil des Halsnervengeflechtes: ... cervicalis • 11 Weiße Hornhautnarbe • 18 Komplikation des Alkoholentzuges • 20 Erschlafft, ohne Spannung • 21 Akzessorisches Leitungsbündel zwischen Vorhof und Kammer bei Präexzitationssyndrom am Herzen (Eponym) • 22 Abk. für Akustisch-Evozierte Potentiale • 23 Obere Armplexuslähmung ...-Duchenne (Eponym) • 28 Abk. für Antithrombin • 29 Abk. für Trikuspidalklappenstenose

Sagen Sie uns Ihre Meinung zum Hessischen Ärzteblatt:

Terminverlängerung der Leserbefragung bis 15. Juli 2010!

Sie haben den Befragungsbogen (Beilage Hessisches Ärzteblatt 6/2010) zu unserer Leserbefragung noch nicht abgeschickt? Kein Problem! Um Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich noch an der Befragung zu beteiligen, haben wir den Einsendeschluss bis zum 15. Juli 2010 verlängert.

Gerne können Sie den Bogen auch an die Fax-Nummer 069 97672-224 zurücksenden.



I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Montag, 01. – Freitag, 05. Nov. 2010

Leitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen
Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 495 (Akademiemitgl. € 445),
Tage auch einzeln buchbar: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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

Herausforderung Demenz: Medizin und Pflege im Dialog

In Kooperation mit der Städt. Klinik für Psychiatrie Offenbach.

Achtung Terminverlegung!

Mittwoch, 25. Aug. 2010, 16:00 Uhr – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Ansgar Klimke, Offenbach

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Kreishaus, Dietzenbach

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: -220,
E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Facetten der Palliativmedizin in der ärztlich-therapeutischen Zusammenarbeit

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten.

Themen: Palliativmedizin, Onkologie; Kommunikation

Samstag, 28. Aug. 2010, 10:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. A. Henneberg, Frankfurt a. M.
H.-Y. Massuger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Organspende – eine Aufgabe für alle!

Fortbildung für Klinik- und Hausärzte.

Themen: Stand der Organspende in Deutschland; Entwicklung und gesetzliche Grundlagen; Hirntod und Hirntoddiagnostik; Akutsituation Organspende; Patientenvorstellung.

Mittwoch, 08. Sep. 2010, 15:00 – 19:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (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.floeren-benachib@laekh.de

Kleine Lösung, große Wirkung: Menschen mit Behinderung in der medizinischen Versorgung

In Kooperation mit dem Hess. Landesbehindertenbeauftragten, dem Hess. Landesamt für Versorgung und Soziales, RP Gießen, dem Hess. Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Referat: Teilhabe Menschen mit Behinderung und dem Hess. Koordinationsbüro für behinderte Frauen.

Samstag, 25. Sep. 2010

Leitung: Prof. Dr. med. K. R. Genth, Bad Homburg

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

Qualitätsmanagement

Dokumentation eines QM-Systems, Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs.

Donnerstag, 16. Sep. 2010, 9:00 – 17:00 Uhr

Leitung: N. Walter, Frankfurt a. M.

C. Welz-Spiegel, Glashütten

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

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

23. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin / Pneumologie des Klinikums der J. W. Goethe-Universität und dem Fachbereich Pneumologie der Deutschen Klinik für Diagnostik.

Montag, 27. Sep. – Freitag, 01. Okt. 2010, 08:30 – 17:30 Uhr

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

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

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

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





Risikomanagement

Samstag, 30. Okt. 2010 **8 P**

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

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

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 13. Nov. 2010, 09:00 c.t. – 16:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitglieder € 135)

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

Wiedereingliederungskurs: Zurück in den Arztberuf

Freitag, 03. Dez. – Sonntag, 05. Dez. 2010

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

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

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 29. Sept. 2010, 15:00 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Leitung: Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. Regine Becker, Kassel

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: 01. Dez.

Gastroenterologisches Fallseminar

Mittwoch, 06. Okt. 2010 **3 P**

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M.

Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Priorisierung in der Medikation – Therapien bei Multimorbidität

Fachgebietsveranstaltung Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Pharmakologie

Mittwoch, 10. Nov. 2010, 15:00 – 18:15 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitglieder kostenfrei)

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

Repetitorium Innere Medizin 2010

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

Montag, 22. – Samstag, 27. Nov. 2010 **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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 18. – Sonntag, 19. Juni 2011, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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





II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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 Std.)

Mittwoch, 30. Juni – Sonntag, 04. Juli 2010	G15-G19
Freitag, 10. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	G16-G18
Freitag, 01. Okt. – Sonntag, 03. Okt. 2010	G13-G15
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

Multiresistente Keime in der Praxis – Was tun?

Mittwoch, 01. Sep. 2010, 14:00 – 18:00 Uhr **6 P**

Leitung: PD Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt a. M.

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

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs B	10./11. Sep. 2010	20 Std.	20 P
Kurs C1	05. Feb. 2011	8 Std.	
Kurs C2	07. Mai 2011	6 Std.	
Kurs A	27./28. Mai 2011	20 Std.	
Kurs B	09./10. Sep. 2011	20 Std.	

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Block 17 Kurs B wird anerkannt

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

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul III: **Freitag, 02. – Samstag, 03. Juli 2010** **16 P**

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

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

Interventionen an Becken- und Beingefäßen (Simulatortraining)

Mittwoch, 06. Okt. 2010, 08:00 – 17:45 Uhr **13 P**

Leitung: Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

max. Teilnehmerzahl: 6

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

Didaktik

Moderatorentaining **20 P**

Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken und -methoden für Qualitätszirkel

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010, Bad Nauheim

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.

Freitag, 12. Nov. – Samstag, 13. Nov. 2010, Fulda

Leitung: Fulda: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Bad Nauheim: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Rhetorik

Effektives Kommunizieren im ärztlichen Umfeld

Freitag, 29. Okt. 2010 – Samstag, 30. Okt. 2010

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





Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 **Samstag, 11. Sep. – Samstag, 18. Sep. 2010** 60 P
 Aufbaukurs B2 **Samstag, 30. Okt. – Samstag, 06. Nov. 2010** 60 P
 Aufbaukurs C2 **Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 2010** 60 P
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

Leichter durch den Praxisalltag – Kommunikation, Stimm- bildung und Stressbewältigung für Ärztinnen und Ärzte

Freitag, 17. Sep. 2010, 15:00 – 19:00 Uhr
Samstag, 18. Sep. 2010, 09:00 – 17:00 Uhr
Leitung: Julia Flöricke,
 Institut für Atmung, Sprache und Stimme, Erfurt
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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Termine in Planung

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

Palliativmedizin

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
 Fallseminar Modul III **24. – 28. Nov. 2010**
 – in Zusammenarbeit mit A. N. R. Lahn-Dill-Kreis e. V.
Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630)
Tagungsort: Wetzlar, Hospiz- und Palliativakademie Mittelhessen,
 Charlotte-Bamberg-Straße 14

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

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 27 P
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

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 13. – Dienstag, 16. Nov. 2010 Kassel

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 30. Okt. 2010 Kassel

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs

„Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“ 80 P

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

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

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 09. Okt. 2010

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

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

Teilnahmebeitrag: € 630 (Akademiemitgl. € 575) incl. 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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 08. Sep. 2010, 14:00 – 19:30 Uhr (siehe Seite 455)

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Vilbel

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99), max. TNZ: 25

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

Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,
 Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Für Teilnehmer, die bereits an der curriculären Fortbildung Organ-
 spende vom 06. – 07. Mai in Rauschholzhausen teilgenommen
 haben.

Termin für das Kriseninterventionsseminar (8 Std.): 25. Aug. 2010

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

Dr. med. T. Breidenbach, Mainz

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



**Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)****16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

(s. HÄBL. 1/2010)

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.flloeren-benachib@laekh.de**33. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2010****Theorie und Praxis:** (s. HÄBL. 1/2010)**Block 3: Freitag, 23. – Sonntag, 25. Juli 2010****Block 4: Sonntag, 11. Sep. 2010**

jeweils von 09:15 bis 19:00 Uhr

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

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. der Weiterbildungsordnung der LÄKH.

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

Telelernphase: **Terminänderung!****Freitag, 17. Sep. – Freitag, 12. Nov. 2010****Block II b: Freitag, 17. Sep. – Sonntag, 19. Sep. 2010****Teilnahmebeitrag:** inkl. Telelernphase:

€ 1.680 (Akademiemitgl. € 1.512)

Block III Montag, 08. Nov. – Freitag, 12. Nov. 2010**Teilnahmebeitrag:** € 1.150 (Akademiemitgl. € 1.035)**Leitung:** Dr. med. H. Herholz / 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**Medizinische Rehabilitation**

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)

Samstag, 18. Sept. 2010**21 P****Leitung:** Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)**Tagungsort:** Bad Nauheim, Rehaklinik der DRV-Bund
Klinik Wetterau, Zanderstr. 30-32**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de**Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)**

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

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

(s. HÄBL.

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010

Juniheft, S. 362)

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**Sozialmedizin (insg. 320 Std.)****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 C 11./12. Sep. 2010 in Wiesbaden**20 P**

„Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen“

Leitung: Prof. Dr. med. W. Jost, Wiesbaden**Block B 06./07. Nov. 2010 in Kassel****20 P****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****13 P**

(theoretische u. praktische Unterweisung – auch einzeln buchbar!)

Samstag, 21. August 2010

Theoret. Unterw. ab 09:00 Uhr; Prakt. Unterw.* ab 13:15 Uhr.

*Die Teilnehmerzahl ist auf 36 begrenzt.

Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademiemitgl. € 126)**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV 9 P****Samstag, 04. Dez. 2010, 9:00 bis 16:15 Uhr****Teilnahmebeitrag:** € 120 (Akademiemitgl. € 108)**Spezialkurs Computertomografie****Samstag, 11. Sep. 2010, vormittags****Spezialkurs Interventionsradiologie****Samstag, 11. Sep. 2010, nachmittags****Teilnahmebeitrag:** je € 100 (Akademiemitgl. € 90)**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.**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**Weitere 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.

Herbst 2010 Rheinland-Pfalz

Modul I **Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010 in Frankfurt a. M.**

Modul II **Freitag, 12. Nov. – 13. Nov. 2010 in Landau**

Modul III/IV **Freitag, 10. Dez. – Samstag, 11. Dez. 2010 in Lustadt**

Modul V **Freitag, 21. Dez. – Samstag, 22. Dez. 2010 in Lustadt**

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

Frühjahr 2011 Hessen

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Freitag, 26. Aug. – Samstag, 27. Aug. 2011

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Abschlusskurs

29 P

Samstag, 06. Nov. 2010 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof

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

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: 22. Okt. 2010

insg. 20 P

Telelernphase: 22. Okt. – 03. Dez. 2010

Präsenzphase: 04. Dez. 2010

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. phil. nat. W. Köhler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@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 Medizin 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 782-230, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie: Die Ärztin / der Arzt 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.

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.

Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung.



**Patientenbetreuung / Praxisorganisation****Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)**

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

Termin Kassel: Freitag, 03.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Die Fortbildung findet in der Kassenärztlichen Vereinigung Kassel statt.

Teilnahmegebühr: € 95

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 Kassel: Samstag, 04.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Die Fortbildung findet in der Kassenärztlichen Vereinigung Kassel statt.

Teilnahmegebühr: € 95

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, 26.08.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, Disease Management Programme, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Einbeziehung und Unterstützung von sozialen Netzwerken für Patienten und deren Angehörigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen.

Termin: Freitag, 27.08., 10:00 bis Samstag, 28.08.2010, 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Moderation (PAT 3)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Freitag, 18.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

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

Termin: 21.08. + 28.08. + 11.09. + 18.09.2010, 10:00 – 14:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 280

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, 30.10.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 06.11.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Patientenbetreuung / Praxisorganisation**Erfolgreich auftreten im Beruf (PAT 9)**

Inhalte: Das kleine Rhetorik-ABC, was die Kopf- und Körperhaltung verrät, die Sprache der Augen, was der Händedruck „sagen kann“, die Signale unseres Outfits

Termin: Interessentenliste, 1x mittwochs, 15:00 – 19:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Supervision „Tabuzonen in der Kommunikation (PAT 11)

Inhalte: Umgang mit ängstlichen Patienten, u.a. bedingt durch Schamgefühl, das verschiedene Ursachen haben kann. Der Umgang mit solchen Situationen ist oft schwierig und löst Vermeidungsverhalten aus. Daraus entstehen „Tabuzonen in der Kommunikation“. Anhand von Fallbeispielen werden Handlungsmöglichkeiten erarbeitet.

Termin: Interessentenliste, 2x mittwochs, 15:00 – 18:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 12)

Inhalte: Besonderheiten der Telefonkommunikation, positive Gesprächs Atmosphäre herstellen, Tipps zu Sprache und Stimme, positives und zielorientiertes Verhalten am Telefon, professioneller Umgang mit Konflikten und Beschwerden, Gesprächsführung mit „ungeduldigen“, „dominanten“, „stillen“, „Vielredner“-Patienten.

Termin: Samstag, 13.11.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Güntherth, Fon: 06032 782-132

Schwerpunkt Medizin**EKG Grundlagen (MED 3)**

Inhalte: Anatomie und Physiologie des Herzens, Maßnahmen der Patientenbetreuung, praktische Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Ruhe-EKGs, Fehlermöglichkeiten, Gerätewartung

Termin: Interessentenliste, 1x samstags, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Ruhe- und Belastungs-EKG für Fortgeschrittene Teil 1 (MED 4)

Inhalte: Erkennung von technischen (Anwendungs-)Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie (Ruhe-EKG), Notfallausstattung und Gerätewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Praktische Durchführung (inkl. Monitoring) und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs.

Termin: Interessentenliste, samstags, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement im Praxisteam (MED 8)

Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik mit erweiterten Möglichkeiten, Ausstattung und Aufteilung des Notfallequipments, Vorbereiten, Kontrollieren, Anreichen, Training

Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Medizinproduktebücher und Bestandsverzeichnisse in der Praxis (MED 10)

Inhalte: Mit dieser Veranstaltung soll Licht in das Dunkel des Medizinprodukterechts gebracht werden und kurz und übersichtlich sowohl eine Einführung in die Regelwerke als auch praktische Hinweise zur Umsetzung in der Praxis gegeben werden. Einen Schwerpunkt bilden die Führung von Bestandsverzeichnis und Gerätebüchern sowie die interne Organisation der Umsetzung.

Termin: Interessentenliste, mittwochs, 14:30 – 18:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184





Schwerpunkt Medizin

Impfungen (MED 12)

Inhalte: Impfkalendar der STIKO / Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, 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, 15.09.2010, 09:00 – 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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, Schwerstkranken und Palliativpatienten begleiten

Termin: Freitag, 10.09.2010, 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: Samstag, 11.09.2010, 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: Mittwoch, 08.09.2010, 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, Hebe- und Lagerungstechniken anwenden

Termin: Donnerstag, 09.09.2010, ab 9:30 Uhr und Freitag, 10.09.2010, 9:30 – 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, 08.09.2010, 09:30 – 12:45 Uhr (4 Std.)

Teilnahmegebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

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

Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen

Termin: Montag, 13.09.2010, 13:00 Uhr bis Donnerstag, 16.09.2010, 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, 17.09.2010, 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, 18.09.2010, 8:30 – 14:00 Uhr (6 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Klinikassistentz (120 Stunden)

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

Termin: auf Anfrage

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187

Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung erwirbt durch ihre Ausbildung die Kompetenzen, spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Team des niedergelassenen Arztes oder anderer ambulanter Einrichtungen der medizinischen Versorgung zu übernehmen. Sie ist sowohl Fachkraft für administrative-verwaltungsbezogene Bereiche wie auch für medizinische Bereiche, die sie im Rahmen der Delegation durch den verantwortlichen Arzt bzw. der verantwortlichen Ärztin eigenständig durchführt. Die Fortbildung umfasst insgesamt 420 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Pflichtteil von 300 Unterrichtsstunden und in einen medizinischen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

Beginn Pflichtteil: Frühjahr 2011

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 150

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. 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: Im Gästehaus der LÄKH können wir 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



Das Schweizer Votum für einen Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen – anders als der deutsche Weg

Tanja Krones

Die Diskussionen um die Regulierung der Forschung am Menschen auf nationaler und internationaler Ebene haben eine lange Geschichte in Deutschland und anderen Ländern Europas. In Deutschland sind aktuell die Bemühungen um ein umfassendes Gesetz zur Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz), die von der damaligen Enquetekommission „Ethik und Recht der Modernen Medizin“ im Jahr 2003 angestoßen wurden [1], abgeebbt bzw. schlagen sich nun in einzelnen Gesetzen zur Regulierung spezifischer Bereiche wie in der Stammzellforschung oder der Forschung mit genetischem Material nieder. Ob die Regulierung der Forschung durch ein spezifisches Gesetz zur Forschung am Menschen nötig ist, oder ob die bisherigen Gesetze, wie das Arzneimittel- oder Medizinproduktegesetz und die berufsrechtlichen Richtlinien zur Forschung am Menschen ausreichend sind, ist weiter umstritten. Einer der Gründe dafür, dass ein umfassenderes Gesetz in Deutschland bislang nicht auf den Weg gebracht wurde, dürfte darin liegen, dass Deutschland das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates, auch als Konvention von Oviedo oder „Bioethikkonvention“ bekannt [2] inklusive des Zusatzprotokolls zur biomedizinischen Forschung [3] nicht ratifiziert hat. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Die Kritik, die in Deutschland besonders heftig geäußert wurde¹ und die zur bis dato bestehenden Nicht-Ratifizierung der Konvention führten, richtete sich neben den Bestimmungen zur Forschung an Embryonen gegen die unter bestimmten Voraussetzungen mögliche fremd- bzw. gruppen-

nützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen (Artikel 6, 17 und 20 der Bioethikkonvention, Kapitel V des Zusatzprotokolls der Bioethikkonvention).

Ratifizierung der Bioethikkonvention durch die Schweiz

Dagegen hat die Schweiz das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin in Verbindung mit dem Zusatzprotokoll ratifiziert, dieses ist am 1. November 2008 in Kraft getreten. Darüber hinaus wurde – international einzigartig – vom Schweizer Stimmvolk am 7. März 2010 erstmals direkt über einen Verfassungsartikel entschieden, welcher die Legislative verpflichtet, gesetzliche Vorschriften über die Forschung am Menschen zu verfassen, sofern der Schutz der Würde und Persönlichkeit dies erfordert. Die Initiative zur Verfassungsänderung und gesetzlichen Regelung geht auf erste Vorstöße Ende der 1990er Jahre zurück, die Vorbereitungen wurden jedoch unterbrochen, da es zunächst – ähnlich wie im deutschen biopolitischen Diskurs – als dringlicher angesehen wurde, die Forschung an embryonalen Stammzellen zu regeln.

Die Bürger der Schweiz haben dem Verfassungszusatz bei der Volksabstimmung mit einer klaren Mehrheit von 77,2 % der Stimmen zugestimmt. Gemäß der Schweizer Bundesverfassung, (neu Artikel 118b) Forschung am Menschen gelten demnach nun folgende Grundsätze:

„a) Jedes Forschungsvorhaben setzt voraus, dass die teilnehmenden oder gemäß Gesetz berechtigten Personen nach hinreichender Aufklärung ihre Einwilligung

erteilt haben. Das Gesetz kann Ausnahmen vorsehen. Eine Ablehnung ist in jedem Fall verbindlich.

b) Die Risiken und Belastungen für die teilnehmenden Personen dürfen nicht in einem Missverhältnis zum Nutzen des Forschungsvorhabens stehen.

c) Mit urteilsunfähigen² Personen darf ein Forschungsvorhaben nur durchgeführt werden, wenn gleichwertige Erkenntnisse nicht mit urteilsfähigen Personen gewonnen werden können. Lässt das Forschungsvorhaben keinen unmittelbaren Nutzen für die urteilsunfähigen Personen erwarten, so dürfen die Risiken und Belastungen nur minimal sein.

d) Eine unabhängige Überprüfung des Forschungsvorhabens muss ergeben haben, dass der Schutz der teilnehmenden Personen gewährleistet ist.“

Damit ist die Basis für die Erstellung eines umfassenden Humanforschungsgesetzes gelegt, welches im Verabschiedungsprozess bereits weit gediehen ist, wobei jedoch aktuell durchaus noch zentrale Änderungen vorgenommen werden.

Umfangreiches Verständnis der Forschung am Menschen

Die Formulierung des verabschiedeten Verfassungsgrundsatzes und die jetzige Fassung des Humanforschungsgesetzes [7] lehnen sich eng an die Auffassung der Bioethikkonvention des Europarates an. Forschung wird jedoch umfassender verstanden und schließt auch psychologische und sozialwissenschaftliche Forschung am Menschen mit ein. Eine Einwilligung der Versuchsperson nach hinreichender

¹ Siehe für eine Darstellung der Sachlage Doppelfeld [4], sowie zur kritischen Debatte Braun [5].

² Der Schweizer Begriff „Urteilsunfähigkeit“ entspricht der Definition der „Einwilligungsunfähigkeit“ in der deutschen Gesetzgebung.

Aufklärung ist demnach, außer in Ausnahmefällen, Voraussetzung für die Durchführung des Forschungsvorhabens. Ausnahmefälle bilden zum einen Versuche wie in der Psychologie, vor welchen, um den Effekt der Forschung nicht zunichte zu machen, vor der Durchführung des Versuches nur unvollständig aufgeklärt werden kann (wobei die Aufklärung nachgeholt werden muss). Zum anderen betrifft dies Forschung an nicht urteilsfähigen Personen, von welchen eine Mitzustimmung eingeholt werden muss, für die jedoch ein Stellvertreter (Eltern oder gesetzlicher Vertreter bei urteilsunfähigen Kindern und Jugendlichen, gesetzlicher Vertreter, Angehörige oder Bezugsperson bei urteilsunfähigen Erwachsenen) die Einwilligung erteilen muss, sowie Forschung an Notfallpatienten, bei denen die Einwilligung ebenfalls nachgeholt werden muss.

Berücksichtigung der Einwilligung bei Kindern und Jugendlichen

Beachtlich ist – im Vergleich zur Deutschen Rechtslage – dass auch Kinder unter 14 Jahren bisher ohne definierte klare Altersbegrenzung nach unten als urteilsfähig gelten können, und explizit einem Forschungsvorhaben rechtlich gültig zustimmen müssen, wobei die gleichzeitige Zustimmung der Eltern erforderlich ist. Dies gilt im Schweizer Recht analog auch für das Verfassen einer Patientenverfügung, die bislang in Deutschland nur bei mündigen (d.h. über 18-jährigen) Personen im Sinne des Gesetzes als rechtskräftig erstellbar gilt. Bei urteilsfähigen Jugendlichen über 14 Jahren muss laut aktueller Fassung des Schweizer Humanforschungsgesetzes nur

dann eine Einwilligung der Eltern/Stellvertreter erfolgen, wenn die Belastung bei Forschung mit direktem Nutzen mit einem mehr als minimalen Risiko verbunden ist.

Ablehnung von Forschung in jeder Situation beachten

Eine Ablehnung eines Forschungsvorhabens ist dagegen immer beachtlich; d.h. sowohl bei Forschung, die einen direkten Nutzen erwarten lässt, als auch bei Forschung ohne direkten erwartbaren Nutzen³ muss nach jetziger Fassung des Humanforschungsgesetzes eine Forschungshandlung abgebrochen werden, wenn die urteilsunfähige Person diese erkennbar ablehnt. Dies gilt für urteilsunfähige Kinder jeglichen Alters ebenso wie für urteilsunfähige Jugendliche und Erwachsene. In früheren Versionen ging das Humanforschungsgesetz – entgegen der Bioethikkonvention – noch davon aus, dass eine Ablehnung einer urteilsunfähigen Person bei Forschung mit direktem erwartbaren Nutzen nicht grundsätzlich beachtlich sein muss. Hierbei wurde in den Interpretationen des Gesetzes davon ausgegangen, dass eine Forschung mit erkennbarem Nutzen dem „objektiven Interesse der Person“ dient, und eine Ablehnung einer urteilsunfähigen Person daher weniger zu gewichten ist als die Einwilligung der Stellvertreter der Person. Im Gesetzgebungsprozess wurde nun jedoch unter anderem die Forschungstätigkeit klarer als Tätigkeit definiert, die eben nicht primär ein therapeutisches Ziel hat, sondern „eine methodengeleitete Suche nach verallgemeinerbaren Erkenntnissen“ darstellt [7]. So wurde dem so genannten – und in der medizinischen Forschung vielfach verbreit-

teten – „therapeutischen Missverständnis“ entgegen getreten. Dieses vermischt gerade die ethischen Grundlagen individueller Therapien in der Arzt-Patient-Beziehung mit denjenigen der ethischen Grundlagen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns [8].

Forschung ohne direkt erwartbaren Nutzen bei Einwilligungsunfähigen nicht ausgeschlossen

Analog zur Bioethikkonvention wird auch Forschung ohne direkt erwartbaren Nutzen an nicht-urteilsfähigen Personen nicht grundsätzlich ausgeschlossen, sondern – neben einer Einwilligung durch einen Stellvertreter und einer nicht erkennbaren Ablehnung der Versuchsperson – an die Prinzipien des „minimal risk“ und „minimal burden“ sowie zudem daran gebunden, dass sich durch die Forschung „wesentliche Erkenntnisse erwarten (lassen) die Personen mit derselben Erkrankung oder in demselben Zustand längerfristig einen Nutzen bringen“. Genannt werden diagnostische Verfahren oder epidemiologische Studien, die zum Verständnis der Erkrankung beitragen können. Anders als in der Bioethikkonvention werden die Begriffe jedoch bislang nicht genauer definiert. Gemäß Bioethikkonvention beschreibt der minimal risk ein objektiv beschreibbares Risiko, welches die Alltagsrisiken nicht überschreitet (z.B. eine Blutentnahme). Dagegen ist der „minimal burden“ auf die Reaktion und Situation der je individuellen Versuchsperson bezogen. Eine starke Angstreaktion einer dementen Person auf eine Blutentnahme könnte zum Beispiel eine Belastung darstellen, die als mehr als minimal interpretiert werden muss und daher zum Abbruch des Versuches führen

³ Die Unterscheidung von Forschung ohne erwartbaren versus Forschung mit erwartbarem Nutzen, die in den meisten zentralen forschungsethisch relevanten Dokumenten getroffen wird, ist zwar intuitiv einleuchtend, birgt aber das Risiko einer Erhöhung des so genannten „therapeutischen Missverständnisses“ (engl. therapeutic misconception) von Forschungszielen bei Ärzten wie bei Patienten. Von keiner Forschung, auch nicht einer großen Phase III Arzneimittelstudie, kann prinzipiell ausgegangen werden, dass diese den Teilnehmern sicher nützt – ansonsten wäre es keine Forschung, sondern Therapie (vgl. hierzu weiter unten sowie [8]).

kann. Auch wird die Aufgabe der Stellvertreter eines urteilunfähigen Erwachsenen nicht klar an die Interpretation des mutmaßlichen Willens, der (anders als bei kleinen Kindern oder nie urteilsfähigen Personen) ermittelt werden kann, sondern an dessen „Interessen“ gebunden, was eine eher als objektivierend interpretierte Basis der Stellvertreter-Einwilligung impliziert.

Im Schweizer Recht

Wie bereits oben geschildert, ist das konkrete Gesetzgebungsverfahren zum Humanforschungsgesetz noch im Fluss. Es folgen noch mehrere Anhörungen und Durchläufe des Gesetzes in verschiedenen Gremien. Die Volksabstimmung zum Verfassungszusatz und das laufende Gesetzgebungsverfahren in der Schweiz verdeutlichen jedoch, dass eine Auseinandersetzung mit der Frage einer Regelung des gesamten Gebietes der Forschung an Menschen zu einer differenzierten gesellschaftlichen Debatte führen kann, die in Deutschland zur Zeit nicht sichtbar scheint.

Anstoß zur Debatte in Deutschland?

Es fehlt damit bislang in Deutschland eine national einheitliche gesetzliche Regelung zu Forschungsvorhaben außerhalb der Medizin, zur Forschung außerhalb der Regelungsbereiche der Arzneimittel-, Medizinprodukte-, Stammzellforschungs- und Gentforschungsgesetze und zur Forschung an Kindern, Jugendlichen, nicht einwilligungsfähigen und anderen vulnerablen Personengruppen, wie z.B. Strafgefangenen. Bislang verlässt man sich hier auf die Regelungen der Forschung durch die Ethikkommissionen, die sich in der Beurteilung ethisch primär auf die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes stützen.

die Ausführungen nicht teilen muss, so zeigt sich hier ein Regelungs- und Harmonisierungsbedarf, der augenscheinlich auch von den Schweizer Bürgerinnen und Bürgern gesehen wurde. Vielleicht ist das Schweizer Vorgehen doch ein Anlass, die Debatte um eine umfassende Regelung der Forschung am Menschen in Deutschland – unter breiter Beteiligung der Bevölkerung – wieder aufzugreifen.

Literatur

1. Deutscher Bundestag (2005) Drucksache 15/5980, 15. Wahlperiode. Online unter: http://www.webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0206/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_med/berichte_stellg/05_09_06_schlussbericht__vorabfassung.pdf
2. Council of Europe (1997): *Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human rights and Biomedicine (Bioethikkonvention)*. Oviedo, 4.4.1997, European Treaty Series-No. 264, Strasbourg online: <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/html/164.htm>
3. Council of Europe (2005): *Additional protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine Concerning Biomedical research*, Strasbourg, 25.1.2005, Council of Europe Treaty Series-No. 195, Strasbourg (Zusatzprotokoll zur biomedizinischen Forschung) Online <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/html/195.htm>
4. Doppelfeld, Elmar (2007) *Regelungen des Europarates für die medizinische Forschung. Harmonisierte Standards auf internationaler Ebene*. In: Frewer, Andreas / Schmidt, Ulf (Hrsg.)

Standards der Forschung. Historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien. Peter Lang Verlag, Frankfurt a.M.

5. Braun, Kathrin (2000) *Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik*. Campus Verlag, Frankfurt a. M.
6. Bundesbeschluss zu einem Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen vom 25. September 2009. online: <http://www.admin.ch/ch/d/as/2010/1569.pdf>
7. Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG). Entwurf, Fassung vom 7.12.2009. online: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/07558/index.html?lang=de>
8. Miller, Franklin G, Brody, Howard (2003) *A Critique of Clinical Equipoise: Therapeutic misconception in the Ethics of Clinical Trials*. Hastings Center Report, 33 (3): 19-28.

Anschrift der Verfasserin

PD Dr. med. Tanja Krones
Leitende Ärztin Klinische Ethik
Universitätsspital Zürich/
Universität Zürich DERM C 18
Gloriastraße 31, CH-8091 Zürich

Verantwortlich für die Rubrik Medizinethik aktuell ist: Dr. med. Gisela Bockenheimer Lucius, Lehrbeauftragte für Ethik in der Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt a.M., Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt

Auch wenn der Prozess in der Schweiz noch nicht abgeschlossen ist, und man

Berufsrecht: Weitere Liberalisierung ärztlicher Werbemöglichkeiten

Thomas K. Heinz

Werbung in eigener Sache ist für die Ärzteschaft heute notwendiger denn je, um sich im harten Wettbewerb behaupten zu können. Hierbei zielen die werblichen Maßnahmen regelmäßig in zwei Richtungen: Auf den Patienten und auf den Kollegen, sei er in eigener Praxis oder Klinik tätig. In den letzten zehn Jahren hat sich das ärztliche Werbeverbot bekanntlich deutlich entspannt, mit der Tendenz zunehmender Lockerung. Ein weiterer bedeutsamer Schritt der Entspannung findet sich im Urteil des BVerwG vom 24. September 2009 (Az. 3 C 4.09). In dieser Entscheidung stellt der Senat klar, dass es mit dem Grundrecht der freien Berufsausübung nicht vereinbar ist, einem niedergelassenen (Zahn-)Arzt die Verwendung eines Logos zu untersagen, mit dem schlagwortartig auf die Einhaltung geprüfter Qualitätsstandards eines Franchise-Unternehmens hingewiesen und zugleich eine Internetadresse angegeben wird, die nähere Informationen über die Standards und ihre Kontrolle enthält. Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zu Grunde:

(1) Sachverhalt

Die Kläger sind niedergelassene Zahnärzte. Als Zusatz zum Praxisschild verwenden sie im Geschäftsverkehr ein grafisch gestaltetes Wortzeichen (Logo) in der Form eines Qualitätssiegels, bestehend aus dem Schriftzug „MacDent“ auf blauem Untergrund, umrandet von einem rot unterlegten Schriftzug „geprüfte Qualitätsstandards“. Unter dem Logo ist die Internetadresse www.macdent.de angegeben. Hinter dem Logo steht ein Franchise-Unternehmen, das Qualitätssicherung für Zahnarztpraxen anbietet. Die teilnehmenden Zahnärzte müssen in ihrer Praxis ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem bereits eingeführt haben oder einführen und bestimmte in einem Systemhandbuch

und auf den Internetseiten des Unternehmens beschriebene Anforderungen im Bereich der Fortbildung, Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, Praxisführung, Garantieleistungen bei Zahnersatz und Schlichtungsverfahren erfüllen. Die Einhaltung dieser Standards wird jährlich durch Zahnärzte des Franchise-Unternehmens kontrolliert. Im Gegenzug dürfen die teilnehmenden Zahnärzte das Logo verwenden.

Die beklagte Heilberufekammer hat den Ärzten untersagt das Logo in jeder Form der Ankündigung, insbesondere auf Briefbögen, Praxisschildern, Vordrucken, Stempeln sowie auf der Homepage, zu führen, mit der Begründung, es stelle eine berufswidrige Werbung dar, weil damit keine interessengerechte, sachangemessene Information verbunden sei. Es handele sich um einen bloßen Blickfang mit schlagwortartigen plakativen und letztlich nichtssagenden Angaben. Bei den Patienten könne die falsche Erwartung einer besonders kostengünstigen Behandlung erweckt werden. Das Logo sei zudem irreführend, weil es den Eindruck hervorrufe, die Qualitätsstandards bezögen sich auf die zahnärztliche Leistung. Tatsächlich beziehe sich die Zertifizierung aber auf ein Qualitätsmanagementsystem, das im Wesentlichen nur den Betriebsablauf betreffe.

Den Widerspruch der Ärzte gegen den Bescheid der Heilberufskammer wies die Beklagte zurück. Die hiergegen gerichtete Klage vor dem VG wurde abgewiesen, die dagegen eingelegte Berufung zum OVG zurückgewiesen. Das BVerwG hat die Revision für begründet erachtet und das Berufungsurteil aufgehoben mit der Begründung, die Annahme der Vordergerichte, der Hinweis auf geprüfte Qualitätsstandards in der Form des verwendeten Logos sei als berufswidrige Werbung rechtswid-

rig, verletze Bundesrecht und sei mit der grundrechtlichen Gewährleistung der Berufsfreiheit durch Artikel 12 Abs. 1 GG nicht zu vereinbaren.

(2) Entscheidungsgründe

Die Heilberufskammer hatte ihre Entscheidung auf § 21 der Berufsordnung-NRW gestützt. Danach sind sachliche Informationen über die Berufstätigkeit gestattet, eine berufswidrige Werbung, insbesondere eine anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung hingegen untersagt. Außerdem ist dem Zahnarzt untersagt, seine zahnärztliche Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke zu verwenden (so genanntes Fremdwerbungsverbot).

Es verstoße – so das BVerwG – gegen Art. 12 Absatz 1 GG die Verwendung des Logos im Geschäftsverkehr zu verbieten, weil kein Gemeinwohlbelang zu erkennen sei, der die Beschränkung der Berufsfreiheit rechtfertigen könne. Wörtlich führt das Bundesverwaltungsgericht hierzu aus: „...In der höchstrichterlichen Rechtssprechung ist anerkannt, dass das Schutzgut der Volksgesundheit es rechtfertigt, den Ärzten Werbebeschränkungen aufzuerlegen. Sie können einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes vorbeugen und eine Verfälschung des ärztlichen Berufsbildes verhindern. Berufswidrig ist insbesondere solche Werbung, die zu Irrtümern und damit zu einer Verunsicherung der Kranken führen würde, weil sie das Vertrauen in den Arztberuf untergraben und langfristig negative Rückwirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben könnte. Für interessengerechte und sachangemessene Informationen, die keinen Irrtum erregen, muss im rechtlichen und geschäftlichen Verkehr jedoch Raum bleiben....“

a) Sachangemessene Information

Nach diesem Maßstab war der Hinweis auf geprüfte Qualitätsstandards in Form des hier verwendeten Logos eine sachangemessene Information des Publikums, die nicht geeignet war einen Irrtum zu erregen.

Der Senat führt fort: „... Dem Logo kann eine Vermittlung sachlicher Informationen nicht deshalb abgesprochen werden, weil es nur schlagwortartige Angaben enthält und für weitere Informationen auf die angegebene Internetadresse des Franchise-Unternehmens verweist. Die dortigen Informationen sind ein Teil der Werbung; sie stehen in einem gewollten Zusammenhang mit dem Logo und können deshalb bei der Beurteilung, ob die Werbung zu Irrtümern und einer Verunsicherung der Patienten führt, nicht ausgeblendet werden. Das Herausstellen der Hauptinformation durch eine prägnante Kurzanzeige oder ein Schlagwort, verbunden mit einem Verweis auf leicht zugängliche weiterführende Informationen, ist ein probates Mittel, um über Umstände zu unterrichten, die ihre Gesamtheit auf der ersten Kontaktebene – etwa dem Praxisschild – nicht dargestellt werden können. Gerade das Praxisschild hat weiterhin eine hohe Bedeutung für den Erstkontakt zum Patienten. Ein Verbot schlagwortartiger Hinweise auf Praxisbesonderheiten, wie die Beachtung bestimmter Qualitätsstandards, würde die Informationsmöglichkeiten erheblich einschränken, obwohl von dieser Art der Informationsdarbietung greifbare Gefahren für die Volksgesundheit nicht ausgehen (so schon BGH, Urt. v. 26. Februar 2009, Az. I ZR 222/06). Gerade Hinweise auf die Einhaltung bestimmter Qualitätsanforderungen bei Waren oder Dienstleistungen erfolgen verbreitet in Form von Logos und Gütesiegeln. Das gilt auch für

Hinweise auf Qualitätsmanagementsysteme und ihre Zertifizierung. Diese Methode der Information ist für Verbraucher bzw. Patienten geläufig. Sie kann nicht deshalb verunsichern, weil die Ankündigungen noch nicht erschöpfend über alle Details unterrichtet, sondern dafür auf eine weitere Informationsebene verweist. Als schlagwortartige Information ist das Logo nicht zu beanstanden. Ihm lässt sich die Aussage entnehmen, dass die Praxis bestimmte, nicht näher bezeichnete Qualitätsstandards einhält und deren Einhaltung überprüfen lässt. Diese Angaben weisen darauf hin, dass die Zahnarztpraxis überhaupt eine Form der Qualitätssicherung betreibt, über deren nähere Ausgestaltung die Patienten sich bei Interesse genauer unterrichten können. Eine Herabsetzung anderer Zahnarztpraxen ist damit nicht verbunden. Vielmehr wird eine für das Publikum nützliche Information geboten, deren Inhalt nicht anpreisend oder marktschreierisch ist. Das gilt auch in Verbindung mit dem Namen des Franchise-Unternehmens. ...“

b) Keine irreführende Werbung

Die Beklagte und auch das Berufungsgericht haben weiter angenommen, dass die Werbung irreführend sei, weil die Maßnahmen zu denen sich die Ärzte verpflichtet haben, eine Bereicherung als geprüfte Qualitätsstandards objektiv nicht verdienen. Dem tritt der Senat entgegen mit der Begründung, die Standards, auf die die Ärzte mit ihrem Logo verweisen, könnten ohne Irreführung der Patienten als „Qualitätsstandards“ bezeichnet werden. Zahnärzte sind berufsrechtlich und, sofern sie im System der gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungen erbringen, auch sozialrechtlich zur Maßnahme der Qualitätssicherung verpflichtet. Es stelle deshalb für den Patienten eine nützliche Information dar zu erfahren, in welcher Weise und in welchem Umfang ein Zahnarzt diese Verpflichtungen erfüllt. Die von den Klägern beworbenen Standards sind im Streitfall in wesentlichen Teilen über das gesetzlich geforderte hinausgegangen ... (wird ausgeführt).

(3) Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist zudem die Übernahme eines bestimmten Qualitätsmanagementsystems und eine Zertifizierung ausdrücklich nicht gefordert. Den Zahnärzten steht es damit frei, ein auf dem Markt angebotenes System einzuführen oder ein eigenes Konzept zu entwickeln. Eine Kontrolle wird erst ab dem Jahr 2011 stichprobenartig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.

Das BVerwG sieht auch keine Irreführung der Patienten darin, dass die Qualitätsstandards als „geprüft“ angekündigt werden. Die Ankündigung weise zutreffend darauf hin, dass die Einhaltung des Standards durch einen Dritten kontrolliert werde. Dass es sich dabei nicht um die Kon-

trolle durch die Kassenärztliche Vereinigung oder sonst eine öffentliche Stelle handelt, wird bereits durch den im Logo angegebenen Namen des Franchise-Unternehmens verdeutlicht, der weit davon entfernt ist, einen „amtlichen“ Eindruck zu erwecken. Im Übrigen handele es sich bei der vierteljährlichen Kontrolle des Franchise-Unternehmens um eine Prüfung der Praxis durch einen Dritten.

c) Kein Verstoß gegen Heilmittelwerbe-gesetz

Schließlich scheide auch ein Verstoß gegen das Heilmittelwerbe-gesetz aus. Für die Werbeverbote des Heilmittelwerbe-gesetzes gelte nichts anderes, als für die Werbeverbote der Berufsordnung. Sie schränken die Berufsfreiheit ein und sind

deshalb so auszulegen, dass nur solche Werbung verboten ist, die zu einer unmittelbaren oder zumindest mittelbaren Gesundheitsgefährdung führen kann. Sachangemessene Informationen, die den Patienten nicht verunsichern, sondern ihn als mündigen Menschen befähigen, von der freien Arztwahl sinnvoll Gebrauch zu machen, werden vom Heilmittelwerbe-gesetz nicht erfasst (vgl. BVerfG NJW 2004, 2660, 2266).

Anschrift des Verfassers

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

Halbzeit beim RKI-Gesundheitssurvey DEGS

Seit November 2008 führt das Robert Koch-Institut (RKI) die Feldarbeit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) durch. Insgesamt 7.500 Erwachsene in 180 Orten Deutschlands sollen innerhalb der dreijährigen Studienlaufzeit befragt und körperlich untersucht werden, 12 Untersuchungsorte in Hessen nehmen teil. Im Mai 2010 war „Halbzeit“ – planmäßig wurde die Hälfte der vorgesehenen Untersuchungsorte besucht. Im Folgenden wird näher auf die Teilnahmebereitschaft in den ersten eineinhalb Studienjahren und auf die umfangreichen Laboranalysen eingegangen. Diesen kommt in der Studie eine besondere Bedeutung zu, sowohl epidemiologisch-inhaltlich als auch für die Teilnehmeraten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Laboruntersuchungen für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen wichtigen Mehrwert der Studienteilnahme darstellen.

Die ausführliche Studie finden Sie auf unserer Homepage unter www.laekh.de unter „Ärzte“

11. Deutscher Medizinrechtstag

**„Medizin in der Zwangsjacke:
Dokumentation – Regelleistungsvolumina – Haftung“**

**17. und 18. September 2010
Göttingen**

Einige Akzente des diesjährigen Medizinrechtstags: • Regelleistungsvolumen – Rechtsprechung, Praxis, Fallbeispiele • Medizinproduktehaftung • Dokumentation – Software – Haftung, in Klinik, Praxis und sektorenübergreifender Versorgung

Der jährliche Medizinrechtstag ist das interdisziplinäre Symposium von Medizinrechtsanwälten und Ärzten. Referenten aus Justiz, Wissenschaft, Praxis, Verbänden und Politik beleuchten im Rahmen der Veranstaltung einen Themenkreis aus unterschiedlichen Perspektiven.

Das Symposium wird von der Stiftung Gesundheit und dem Medizinrechtsanwälte e.V. veranstaltet.

Das komplette Programm können Sie hier herunterladen: www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medizinrechtstag/

Seminar „Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen“ (AbBA)

am 8. September 2010

(siehe Seite 444)

Ort: Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

14:00 Uhr Begrüßung durch den Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Wiesbaden
Dr. med. H. Christian Piper
 Vorstellung der Referenten

14:05 Uhr Einführung / Allgemeines
 Verantwortung des Unternehmers für Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz – Bedeutung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen – Arbeitsschutznormen – Berufsbilder und Aufgabenverteilung im Arbeitsschutz – alternative bedarfsorientierte Betreuung – Umgang mit den Schulungsunterlagen
Rainer Demare

14:50 Uhr Arbeitsmedizin in der Arztpraxis
 Allgemeine Belastungen/Gefährdungen am Arbeitsplatz – grundlegende Arbeitsschutzmaßnahmen – typische Belastungen/Gefährdungen in Praxisbereichen – spezielle Gesundheits-/Arbeitsschutzmaßnahmen – Gefährdungsanalyse – arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen – Impfangebote – Nadelstichverletzungen – Erste Hilfe
Prof. Dr. Thomas Weber

16:20 Uhr Pause

16:45 Uhr Arbeitssicherheit in der Arztpraxis
 Gefährdungsbeurteilung – Elektrische Anlagen und Betriebsmittel – Brandschutz/Brandbekämpfung – Arbeitsstätten/Arbeitsmittel/Arbeitsstoffe
Manfred Speyer

18:15 Uhr Virtuelle Praxisbegehung/Gefährdungsanalyse
 Arbeitsstätte allgemein – Allgemeinpraxis – operative Tätigkeiten – Röntgenpraxis – Cytostatika
Prof. Dr. Thomas Weber, Manfred Speyer, Dr. Dieter Kobosil

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen

Das Arbeitssicherheitsgesetz verpflichtet jeden Arbeitgeber den Gesundheitsschutz der Mitarbeiter/innen in seinem Unternehmen sicher zu stellen.

Seit 2005 ist die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung in der BGV A2 neu geregelt. Die BGV A2 in der jetzigen Form wurde erlassen, um insbesondere in kleinen Unternehmen (bis 50 Mitarbeiter) eine Flexibilisierung der Form der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung zu ermöglichen. Der Unternehmer kann, abhängig von der Beschäftigtenzahl, zwischen verschiedenen Betreuungsmodellen wählen. Regelbetreuung/Alternativbetreuung/Grund- und Anlassbezogene Betreuung – Informationen hierzu können bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege eingesehen werden (www.bgw-online.de).

Eins dieser Betreuungsmodelle, die Alternativbetreuung (AbBA), wird jetzt über die Landesärztekammer Hessen angeboten. Die Alternativbetreuung kann gewählt werden, wenn Sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ihrer Arztpraxis gern selbst in die Hand nehmen. Sie gründet auf den Sachverstand des Praxisinhabers. Über Schulungsveranstaltungen wird vorrangig die Eigenverantwortlichkeit des Praxisinhabers für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit seiner Mitarbeiter/innen hergestellt. In einer kompakten Fortbildung (6 Lehreinheiten zu je 45 Minuten) wird der Praxisinhaber dahingehend geschult, als Arbeitgeber gesundheitliche Gefährdungen seiner Mitarbeiter zu erkennen und die erforderlichen Schutzmaßnahmen einzuleiten. Diese Aufgaben übernimmt er im Rahmen der Alternativbetreuung selbst. Bei bestimmten gesetzlich vorgeschriebenen Anlässen wie z.B. der Einführung neuer Arbeitsverfahren und bei weiterem Beratungsbedarf lässt er sich von einem Betriebsarzt oder einer Fachkraft für Arbeitssicherheit unterstützen.

Weitere Informationen erhalten Sie gerne unter folgender Telefonnummer: 0611 97748-0, (Durchwahl -12, Barbara Sebastian).

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

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.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „**Männliche Sexualstörungen – Diagnostik und Therapie, ein bio-psycho-sozialer Ansatz**“ in der Mai-Ausgabe, Seite 289

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Obermedizinalrat Dr. med. Joachim-Heinrich Balde, Zierenberg
* 26.8.1910 † 26.5.2008

Dr. med. Farroch Fanai, Wiesbaden
* 20.3.1936 † 3.5.2010

Dr. med. Heinz Haas, Limburg
* 17.8.1916 † 1.10.2009

Dr. med. Ortwin Hanke, Bad Orb
* 29.12.1919 † 14.3.2010

Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Heinz Karrasch, Kassel
* 30.12.1921 † 4.5.2010

Dr. med. Wolfgang Meyer, Roßdorf
* 8.1.1953 † 14.5.2010

Professor h.c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden
* 18.6.1933 † 27.4.2010

Dr. med. Gerhard Richard Rueff, Battenberg
* 9.12.1910 † 17.2.2010

Dr. med. Andreas Sachs, Roßdorf
* 8.11.1949 † 17.5.2010

Dr. med. Harald Schroeder, Melsungen
* 30.12.1911 † 19.2.2010

Obermedizinalrätin Dr. med. Ilse Sondermann, Gießen
* 4.8.1915 † 28.3.2010

Dr. med. / IMP Bukarest Aurel Tarachiu, Offenbach
* 26.9.1927 † 25.2.2010

Dr. med. Herbert Michael Ludwig Wilke, Frankfurt
* 3.9.1949 † 24.1.2010

Obermedizinalrat i.R. Dr. med. Theodor Wille, Wiesbaden
* 12.2.1922 † 22.3.2010

Dr. med. Georg Wisotzky, Kassel
* 15.4.1920 † 10.4.2010

Spendenauf Ruf zugunsten der Berufsschulen mit Klassen für Medizinische Fachangestellte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen eingerichtet sind, wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Geräte (z.B. EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die Sie in Ihrer Praxis nicht mehr benötigen, den Berufsschulen zur Verfügung stellen würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Als Kontaktpersonen stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der jeweils für Sie zuständigen Bezirksärztekammer zur Verfügung, die die Vermittlung übernehmen werden.

Darüber hinaus sind die Berufsschulen stets dankbar für Geldspenden. Da die öffentlichen Mittel immer knapper werden, müssen zunehmend Anschaffungen, die sinnvoll und für die Ausbildung vorteilhaft wären, unterbleiben!

Erkundigen Sie sich, ob Sie im Einzelfall eine Spendenquittung erhalten können.

Vor allem infolge der neu geordneten Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten müssen Berufsschulen nach Lernfeldern unterrichten, was im Endeffekt auch mehr Praxisbezug erfordert.

Ich danke Ihnen im Voraus.

Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt

Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses

MEDICA e. V. und Zeitschrift *klinikerzt* schreiben Förderpreis aus

Die MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V. und die Zeitschrift *klinikerzt* schreiben den mit 5.000 Euro dotierten Förderpreis für interdisziplinäre Projekte in der Medizin aus. Bewerben können sich alle Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Verliehen wird der Preis an praxisrelevante, klinische Projekte, die sich im laufenden Jahr entweder durch medizinische, strukturelle oder gesundheitspolitische Aspekte fachübergreifend verbinden.

Die MEDICA-Gesellschaft steht mit ihrem Namen und den handelnden Personen für Interdisziplinarität in der Medizin. Mit dem Preis soll der Gedanke fachübergreifenden Zusammenarbeit weiter gefördert werden, denn Interdisziplinarität als verbindende Klammer in der medizinischen Versorgung ist wichtiger denn je.

Einsendeschluss ist der **15. September 2010** (Datum des Poststempels).

Die Ausschreibungsunterlagen und Autorenrichtlinien finden Sie unter www.medica-ev.de oder MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V., Stuttgart, Tel.: 0711 7207120.

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis (ohne weiteren Angaben) für Dr. med. Dieter Arzt, Frankfurt, Arztausweis Nr. HS-W-476/2006, ausgestellt am 4.1.2006, für Ali Ibrahim Balloussa, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS-D-5157, ausgestellt am 2.8.2007, für Anne Dingler, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-F-10555, ausgestellt am 30.1.2002, für Dr. med. Ute Gralla, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-M35/2004, ausgestellt am 1.3.2004, für Dr. med. Frank Dietrich Hempel, Marburg,

Arztausweis Nr. HS-G-7922, ausgestellt am 1.8.2008, für Ulike Kalisch, Gießen,

Arztausweis Nr. HS-F-11764, ausgestellt am 10.12.2003, für Dr. med. Daniel Kiefl, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012496, ausgestellt am 27.4.2009, für Bettina Klauk, Gießen,

Arztausweis Nr. HS 7k- 8053, ausgestellt am 16.3.2005, für Dr. med. Jens Leferink, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-M-109/2002, ausgestellt am 17.9.2002, für Solveigh Reinecke, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-G-5145, ausgestellt am 2.5.2001, für Dr. med. Rafael Reuter, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13469, ausgestellt am 21.4.2006, für Ivan Selinski, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060016314, ausgestellt am 31.3.2010, für Dr. med. Klaus Steiner, Frankfurt.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Silke Wilberg, tätig bei E.-M. Martini-Weise, Kassel

Kerstin Pfeiffer, tätig bei Dr. med. C. Brunner und Dr. med. M. Schaar, Mörfelden-Walldorf

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

Judith Lotz, seit 20 Jahren tätig bei O. Sachse, Freigericht

Christel Göckel, seit 20 Jahren tätig bei Prof. Dr. med. U. Leuschner, Frankfurt

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

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

Ursula Bagus, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. H. C. Piper und Dr. med. P. Jensen, vormals Praxis Dres. med. B. und H. Angel, Wiesbaden

und zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Christl Stracke, tätig bei H. W. Habermehl und A. Langosch, vormals Praxis Dr. med. J. Driest, Herborn

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

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Angelika Huxhorn, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. C. Brunner und Dr. med. M. Schaar, Mörfelden-Walldorf

In Anerkennung Ihrer treuen Dienste wurde dieser Helferin eine Urkunde ausgehändigt.



Foto: Sebastian Bolesch

Infoabend am 17. August 2010, 19:00 Uhr

Klinikum Fulda, Hörsaal, Pacelliallee 4, 36043 Fulda

Sie interessieren sich für die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen und möchten mehr erfahren? Sie möchten uns aktiv unterstützen oder vielleicht sogar selbst in einem Hilfsprojekt mitarbeiten und haben Fragen dazu?

Ärzte ohne Grenzen lädt alle Interessierten zu einem Informationsabend ein, bei dem ein Projektmitarbeiter die Organisation vorstellt, Möglichkeiten der Mitarbeit aufzeigt und über seine persönlichen Erfahrungen berichtet. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmer diskutiert.

Für unsere Projekte suchen wir Ärzte, MTAs, Hebammen, Psychologen, OP- sowie Pflegepersonal, Apotheker, Epidemiologen und technisch und handwerklich begabte „Allrounder“ als Logistiker und Finanz-Administratoren. Sehr vorteilhaft sind Französischkenntnisse.

Weitere Informationen: Ärzte ohne Grenzen, Fon: 030 7001300
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am **15. August 2010**. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit **Mitte August (Ausnahme Berufsschule in Korbach)**.

Aus nachfolgender Aufstellung können Sie das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule entnehmen:

Bezirksärztekammer	Berufsschule / Einschulungstermine
Darmstadt	Martin-Behaim-Schule Alsfelder Str. 23 64289 Darmstadt 16. August 2010, 9:00 Uhr
	Karl Kübel Schule Berliner Ring 34 – 38 64625 Bensheim 16. August 2010, 9:15 Uhr
	Berufliche Schulen des Kreises Groß-Gerau Darmstädter Str. 90 64521 Groß-Gerau 16. August 2010, 8:00 Uhr
	Berufliche Schulen des Odenwaldkreises Erbacher Str. 50 64720 Michelstadt 16. August 2010, 9:00 Uhr, Turnhalle, Theodor-Litt-Schule
Frankfurt	Julius-Leber-Schule Seilerstr. 32 60313 Frankfurt 16. August 2010, 8:30 Uhr
	Kaufmännische Schulen I der Stadt Hanau Ameliast. 50 63452 Hanau 16. August 2010, 11:00 Uhr
	Kinzig-Schule Berufliche Schulen des Main-Kinzig-Kreises In den Sauren Wiesen 17 36381 Schlüchtern 16. August 2010, 8:15 Uhr
	Theodor-Heuss-Schule Buchhügelallee 86 63071 Offenbach 16. August 2010, 9:30 Uhr
	Konrad-Adenauer-Schule Auf der Hohlmauer 1 – 3 65830 Kriftel 17. August 2010, 8:00 Uhr.
	Max-Eyth-Schule Am Hirschsprung 63303 Dreieich 16. August 2010, 9:00 Uhr
Gießen	Willy-Brandt-Schule Karl-Franz-Str. 14 35392 Gießen/Lahn 16. August 2010, 9:30 Uhr
	Max-Eyth-Schule In der Krebsbach 8 36304 Alsfeld 17. August 2010, 8:30 Uhr
	Käthe-Kollwitz-Schule Frankfurter Str. 72 35578 Wetzlar 16. August 2010, 8:00 Uhr

Bezirksärztekammer	Berufsschule / Einschulungstermine
	Kaufmännische Berufsschule Am Gradierwerk 4 – 6 61231 Bad Nauheim 16. August 2010, 9:00 Uhr
Kassel	Willy-Brandt-Schule Brückenhofstr. 90 34132 Kassel 17. August 2010, 11:00 Uhr
*	Hans-Viessmann-Schule Stresemannstr. 12 34537 Bad Wildungen 17. August 2010, 7:45 Uhr, Raum 314
	Kreisberufs- und Berufsfachschule Waldeck-Nord Kasseler Str. 17 34497 Korbach 02. Juli 2010, 8:30 Uhr, Pausenhalle
	Eduard-Stieler-Schule Brüder-Grimm-Str. 5 36307 Fulda 16. August 2010, 8:00 Uhr, Eingangshalle
	Berufliche Schulen des Landkreises Hersfeld-Rotenburg Am Obersberg 36251 Bad Hersfeld 18. August 2010, 7:45 Uhr
	Berufliche Schulen des Werra-Meißner-Kreises Südring 35 37269 Eschwege 16. August 2010, 7:45 Uhr, Eingangshalle
Marburg	Kaufmännische Schulen der Stadt Marburg Leopold-Lucas-Str. 20 35037 Marburg 16. August 2010, 8:30 Uhr, Pausenhalle im Hauptgebäude
Wiesbaden	Louise-Schroeder-Schule Brunnhildenstr. 55 65189 Wiesbaden 17. August 2010, 9:00 Uhr
*	Adolf-Reichwein-Schule Heinrich-von-Kleist-Str. 65549 Limburg/Lahn 18. August 2010, 7:45 Uhr
*	Saalburg-Schule Wilhelm-Martin-Dienstbach-Str. 61250 Usingen 19. August 2010, 7:55 Uhr

An dieser Stelle möchten wir alle Ausbildungspraxen nochmals darum bitten, ihre neuen Auszubildenden immer **sofort** nach Vertragsabschluss zum Besuch der Berufsschule **anzumelden**. Den Berufsschulen wird hierdurch die Klassenbildung und Stundenplanung zu Beginn des Schuljahres erleichtert.

Auszubildende, die mit ihrer Ausbildung erst nach Beginn des Berufsschuljahres anfangen, **sollten** nach Möglichkeit von **Anfang an am Berufsschulunterricht teilnehmen**. Versicherungsschutz besteht.

Am Einschulungstag findet grundsätzlich kein Unterricht statt. Es erfolgt lediglich Zuweisung zu den Klassen, Vorstellen der Lehrer, Bekanntgabe des Stundenplans, Ausgabe der Bücher etc. Berufsschulen, an denen bereits am Einschulungstag Unterricht erteilt wird, sind mit * gekennzeichnet.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Häftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Pfungstadt	Anästhesistin/Anästhesist (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------	--

Planungsbereich Odenwaldkreis

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

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, BeratungsCenter Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Höchst	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Gallusviertel	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt am Main-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Häftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Hals-Nasen-Ohrenärztin/ Hals-Nasen-Ohrenarzt
Frankfurt am Main	Hals-Nasen-Ohrenärztin/ Hals-Nasen-Ohrenarzt (Häftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt am Main-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Urologin/Urologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Sachsenhausen	Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
-------------------	---

Main-Taunus-Kreis

Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Häftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main-Innenstadt	Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Häftiger Versorgungsauftrag)
Offenbach am Main-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Obertshausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Herborn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Häftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------	---

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

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

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Gudensberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
------------	---

Planungsbereich Vogelsbergkreis

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

Planungsbereich Wetteraukreis

Friedberg	Fachärztin/Facharzt für Diagnostische Radiologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Vilbel	Frauenärztin/Frauenarzt
Bad Vilbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld	Orthopädin/Orthopäde
Bebra	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel	Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Habichtswald	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Baunatal	Augenärztin/Augenarzt
Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt
Vellmar	Chirurgin/Chirurg

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-----------	--

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Schlangenbad	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
--------------	---

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

Aktuelles

Würdigung herausragender Leistungen: „Horst Bourmer* Preis“ 2010

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, ist zentraler Gedanke der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

Seit vielen Jahren bietet sie Arztkindern, deren Eltern infolge unerwarteter Schicksalsschläge in finanzielle Not geraten sind, sowie Waisen aus Arztfamilien finanzielle Unterstützung an. So soll den Hilfesuchenden der Weg in die berufliche Existenz ermöglicht werden.

Als weitere Motivation und Förderung dieser Kinder und Jugendlichen schreibt die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ zum dritten Mal den „Horst Bourmer Preis“ für besonders herausragende Leistungen in den Kategorien:

- **Schul Ausbildung**
- **Berufsausbildung** und
- **Studienausbildung** aus.

Der Preis ist mit jeweils 1.000 Euro dotiert und wird im Rahmen der jährlichen Hauptversammlung des Hartmannbundes verliehen. Bewerbungen können sich Kinder und Jugendliche zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr, die zu dem Personenkreis bedürftiger Arztkinder gehören. Einsendeschluss ist der **20. August 2010**.

Neben den herausragenden schulischen und fachlichen Leistungen werden die Gesichtspunkte einer erschwerten persönlichen Situation aufgrund finanzieller Bedürftigkeit oder sonstiger Umstände in die Wertung mit einbezogen.

Für die Bewerbung reichen Sie einen schriftlichen Antrag mit Kurzdarstellung der persönlichen und familiären Situation, dem Nachweis über die Einkommenssituation Ihrer Eltern sowie deren Nachweis Ihrer ärztlichen Tätigkeit ein. Der Nachweis über die herausragenden Leistungen im Rahmen der Schul-, Berufs- oder Studienausbildung kann in Form von Zeugnissen, Urkunden oder Einschätzungen des Lehrpersonals erfolgen.

Mehr Informationen zu den Voraussetzungen, zum Antrag und zum Bewerbungsverfahren erhalten Sie unter Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Johanna Czarnetzki, Fon: 030 20620852

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Schützenstraße 6a, 10117 Berlin

* **Prof. Dr. med. Horst Bourmer** (1920-2001) gilt als Pionier ärztlicher Berufspolitik nach dem Zweiten Weltkrieg. Sein Verständnis von der sozialen Verpflichtung des Arztberufes und von der kollegialen Zusammenarbeit prägte sein Handeln. Im Laufe seines Lebens wirkte er in zahlreichen standespolitischen Ämtern, u.a. führte er von 1972 bis 1989 den Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands, dessen Ehrenvorsitzender er bis zu seinem Tod war.

lk@l-va.de



ANZEIGENSCHLUSS

August-Ausgabe: 5. Juli 2010 | September-Ausgabe: 4. August 2010