


- 
- **Pathologie im Spiegel der Stellenanzeigen**
Problemzone Krankenhaus?
 - **Vertreter**
Vermittlung, Vorschriften, Vergütung
 - **Mammographie-Screening 2005-2007**
Positives Resumée – Deutliche regionale Schwankungen

Termine



28. - 30. Mai 2010

10. Bundeskongress Pathologie Berlin

Berliner Congress Center GmbH
Alexanderplatz 11, 10178 Berlin,
Kontakt: bv@pathologie.de
Bitte beachten: Mitgliederversammlung
am Samstag, den 29.05.2010



27. - 30. Mai 2010

Berliner Congress Center
Alexanderplatz 11, 10178 Berlin,
Veranstalter:
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie,
- Bundesverband Deutscher Pathologen,
- Internationale Akademie für Pathologie,
- Akademie für Fortbildung in der Morphologie

20. Februar 2010

GIST PathoUpdate & Schnittseminar
Johannes Wesling Klinikum Minden.
Die Veranstaltung wird von der Ärztekammer
AEKWL mit 6 Punkten zertifiziert!
Kontakt: PD Dr. Kellner
udo.kellner@klinikum-minden.de

24. - 27. Februar 2010

29. Deutscher Krebskongress
Messe und ICC Berlin,
Kontakt: <http://dkk2010.de>

17. - 19. März 2010

International Society for Cellular Oncology,
ISCO 2010 Congress in Dresden
Kontakt: www.ISCO2010.org

19. - 21. März 2010

18. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft
Dermatologischer Histologie, Tübingen,
Kontakt: Conventus Congressmanagement &
Marketing GmbH, adh2010@conventus.de



8. Mai 2010

Mammographie-Screening Refresherkurs Histopathologie,
Referenzzentrum Mammographie München,
Kontakt: www.akademie-morphologie.de

7. - 8. Mai 2010

Mammographie-Screening Einsteigerkurs Histopathologie,
Referenzzentrum Mammographie München,
Kontakt: www.akademie-morphologie.de

12. November 2010

Mammographie-Screening Refresherkurs Histopathologie,
Referenzzentrum Mammographie München,
Kontakt: www.akademie-morphologie.de

12. - 13. November 2010

Mammographie-Screening Einsteigerkurs Histopathologie,
Referenzzentrum Mammographie München,
Kontakt: www.akademie-morphologie.de

Anmeldungen sind wie immer bei Frau Dr. Diekmann
(Congress Kommunikation Consulting, Neuenhöfer Allee 125,
50935 Köln, Tel: 0221 801499-0) möglich

26. - 27. März 2010

20 Jahre Medizinisch-Technischer Kongress
Immunhistologie Münster
Kontakt: bettina.broemmelkamp@osnanet.de

16. - 20. Mai 2010

17th International Congress of Cytology, Edinburgh, Scotland

Edinburgh International Conference Centre
150 Morrison Street,
Edinburgh EH3 8EE United Kingdom
The British-Swiss Chamber of Commerce (BSCC)
Kontakt: www.cytology2010.com

1. - 3. Juli 2010

10th European Congress on Telepathology and 4th International
Congress on Virtual Microscopy, Vilnius, Lithuania
Kontakt: info@telepathology2010.com

11. - 15. September 2010

ICN 2010, XVIIth International Congress of Neuropathology,
Salzburg Congress Centre, Österreich,
Wissenschaftliche Leitung:
Univ. Prof. Dr. Herbert Budka
Kontakt: joumana.eljaafari@meduniwien.ac.at



Priorisierung – Versorgungskonzepte – Individualisierte Medizin

Bundesärztekammer – Präsident Jörg-Dietrich Hoppe, Pathologe und Allgemeinarzt, lässt nicht locker mit seiner Forderung nach einer Diskussion um die Priorisierung medizinischer Leistungen. Seine knappe Zusammenfassung: Wo nicht transparent priorisiert wird, muss verdeckt rationalisiert werden und die Zwangsvollstrecke dieser Rationalisierung sind die Ärzte, alleingelassen mit ihren Entscheidungen und den Ansprüchen der PatientInnen. Sie aus dieser Ecke herauszuholen und der Gesellschaft als solche die notwendigen Entscheidungen abzuverlangen, ist das berechtigte Ziel der wiederholten Hoppe’schen Attacke.

Die Politik verweigert sich seit Jahren, vielleicht seit Jahrzehnten, der Entwicklung echter Versorgungskonzepte für die Zukunft. Nun wäre es ein Fehlverständnis, wenn man von Parteien oder gar einzelnen oder anderen Akteuren im Gesundheitswesen Visionen für die Zukunft verlangte, sozusagen in einem heroischen Akt. Aber den Willen, sich an deren Ausarbeitung zu setzen, darf man verlangen können. Den Willen, wichtige Entscheidungsgrundlagen für zukünftige politische Aktionen zu legen, Daten zu sammeln, Projekte zu evaluieren und die gesundheitspolitische Landschaft mit Maß und Zahl zu kartieren, um daraus die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen. Das Stichwort heißt: Versor-

gungsforschung. Die sollte sich die Politik nicht aus der Hand nehmen lassen, sonst tun es andere Player mit ihren eigenen Interessen. So gehört die neue BARMER, die mit der GEK (Gmünder Ersatzkasse) fusioniert hat, mit 8,5 Mio. Versicherten und ca. 15 Mrd. Euro Umsatz sowie fast 20.000 Mitarbeitern zu den 30 größten Unternehmen in Deutschland und will ihre Kompetenz im Bereich der Versorgungsforschung weiter ausbauen. Schon bisher waren die Reporte der GEK in diesem Bereich maßstabsetzend. Es könnte sein, dass Frau Fischer als politische Speerspitze des Unternehmens zukünftig über besseres und fundierteres Zahlenmaterial als das Ministerium verfügen wird.

Die gegenwärtige Entwicklung im Fachbereich Pathologie trägt jedenfalls dazu bei, die Spitzenmedizin auch in 10 Jahren, wenn die Baby-Boom-Generation in das Alter zunehmender Morbidität eintritt, bezahlbar zu machen. Die individualisierte Medizin, die in der Onkologie auf der Subtypisierung der Patientengruppen beruht, trägt zur Zielgenauigkeit und damit zur Effizienz der eingesetzten Mittel bei. Diesen Weg werden wir weiter ausbauen.

Mit kollegialen Grüßen
Prof. Dr. med. Werner Schlake
 Präsident

| | |
|---|----|
| Termine | 2 |
| Editorial | 3 |
| Vertreter Vermittlung, Vorschriften, Vergütung | 4 |
| Screening Zervix-CA Ergebnisse von 12 Praxen in 4 Jahren | 7 |
| Kurz getaktet | 9 |
| Mammographie-Screening 2005-2007 Positives Resumée – Deutliche regionale Schwankungen | 10 |
| Ratgeber Abrechnung / Recht | 14 |
| Pathologie im Spiegel der Stellenanzeigen Problemzone Krankenhaus? | 16 |
| Interdisziplinäre Zentren Schulterschluss der konstanten Kernfächer | 17 |
| Cartoon von MOCK | 19 |
| Namen, Namen, Namen | 20 |
| Impressum | 22 |

Vertreter – Vermittlung, Vorschriften, Vergütung

Die Liste derjenigen, die eine Vertretung übernehmen wollen, ist eines der häufig in der Geschäftsstelle abgerufenen Dokumente. Nicht alle Institute sind durch langfristige Verbindungen abgesichert, sei es durch ehemalige InhaberInnen oder befreundete Institute. VertreterInnen werden ebenso gesucht wie PathologInnen überhaupt. Mitglieder des Verbandes können sich bei Bedarf in die Vertreterliste eintragen lassen oder diese abrufen. Bitte nutzen Sie dazu die Mailadresse bv@pathologie.de. In Notfällen beteiligt sich der Bundesverband auch an der Suche, z.B. bei plötzlicher Krankheit oder Tod des Praxisinhabers. Das ist jedoch glücklicherweise selten.

Demjenigen, der vertreten werden will, helfen vielleicht die folgenden Informationen einschließlich Merkblatt, deren Nachdruck uns die KVBayern freundlicherweise gestattet hat. Für den Nicht-KV-Bereich entfallen einige Vorschriften. Die Vertreterqualifikation allerdings sollte genauso geprüft werden.

Als Anhaltspunkt für die Vergütungsvereinbarung gilt derzeit ein Satz pro Tag der Vertretung von etwa 800,- Euro bei relativ großer Varianz, abhängig vom Arbeitsvolumen und Verantwortungsumfang. Daneben können Auslagen wie Reise und Unterkunft gesondert gezahlt werden. Für die Versteuerung sorgt der freiberufliche Vertreter selbst.

Vertreter müssen die Qualifikation für besondere Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit wie Haut-, Cervix- und Mammographiescreening ebenfalls haben, sonst dürfen sie in diesen Bereichen nicht mitwirken. Im privatärztlichen Bereich gelten diese Bestimmungen nicht.

Der Begriff

Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Darüber hinaus ist eine Genehmigung durch die KVB erforderlich. Während der Vertretungszeit ist der Vertragsarzt selbst nicht in seiner Praxis vertragsärztlich tätig.

Die Rechtsquellen

- § 32 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)
- § 14 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä)
- § 20 Bundesmantelvertrag - Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

Was Sie wissen sollten

Vertretungsgründe:

- Urlaub

- Krankheit
- Weiterbildung
- Wehrübung
- Schwangerschaft (bis zu 6 Monate)
- Tod (sog. Witwenvierteljahr, auf Antrag der Erben bis zu zwei Quartale außerhalb des Sterbequartals)

Vertretungsdauer:

- bis zu 3 Monate innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten (ohne vorherige Genehmigung durch die KVB)
- darüber hinaus nur mit vorheriger Genehmigung der KV (notwendig: Antrag mit Begründung, Vorlage eines ärztlichen Attestes)

Vertretungsregelung:

- schon ab 1. Tag der Vertretung/ Abwesenheit erforderlich
- Absprache mit umliegenden Vertragsärzten (kollegiale Vertretung in den umliegenden Vertragsarztpraxen) oder

■ p.de

- Beschäftigung eines Vertreters in der eigenen Praxis
- ...

Vertreterqualifikation:

- Vertragsarzt oder
- Arzt, der die Voraussetzungen für eine Arztregistereintragung erfüllt (Arzt mit Facharztanerkennung der jeweils zu vertretenden Fachrichtung; persönliche Eignung erforderlich, d.h. nicht rauschgift- oder trunk-süchtig, etc.)

Anzeigepflicht:

- Vertretungen ab einer Dauer von 8 Tagen sind schriftlich an die KVB mittels Formblatt „Vertretermeldung“ unter Angabe des Vertretungsgrundes zu melden)
- Formular siehe: www.kvb.de > Praxis > Service & Beratung > Formulare > Abwesenheitsmeldung Aktualisierungsbogen

Wir schaffen Lösungen



Zuschneidetisch
mit Brückenaufbau



Fahrbare Präparate-
und Beistelltische

Zuschneidetisch mit Beleuchtungs-
aufbau und Zubehör

Qualität ergibt sich nicht nur durch die sorgsame Fertigung aller Produkte, sondern gerade durch die praxiserrechte Entwicklung aller Komponenten. Wir entwickeln unsere Produkte immer aus dem Blickwinkel unserer Kunden, damit Sie Ihre Arbeit ein Stück weit leichter und effizienter gestalten können. **Sprechen Sie mit uns:**

gebührenfrei unter **0 800/58 43 56 33**

**KUGEL Medizintechnik
Vertriebs GmbH**

Hermann-Köhl-Straße 2A
DE-93049 Regensburg

Telefon 09 41/20 86 48-0
Telefax 09 41/20 86 48-29

www.kugel-medical.de

KUGEL
medical



Dokumentationspflicht:

- auch kurzzeitige Vertretungen sind intern zu dokumentieren (Wer hat wen, wie lange aus welchem Grund in der Praxis vertreten?)

Abrechnung durch Vertreter:

- außerhalb der eigenen Praxis über Formular Muster 19a (Vertreterschein) unter Angabe der BSNR und LANR des vertretenen Arztes
- innerhalb der Praxis über die eigene Quartalsabrechnung unter Angabe der eigenen BSNR und LANR (Vertreter wird im Namen des Vertretenen tätig).
- innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften (GPs) finden keine formalen Vertretungen statt. Daher kennzeichnet der behandelnde Arzt mit seiner LANR, auch wenn es sich um einen „Patienten seines Kollegen“ handelt.

Worauf Sie achten sollten

- Vergewissern Sie sich über die Qualifikation Ihres Vertreters, für den Sie haften!

- Lassen Sie sich Approbation und Facharztanerkennung im Original vorlegen und in amtlich beglaubigter Kopie aushändigen!
- ...
- Sofern der Vertreter besondere genehmigungspflichtige Leistungen in Ihrer Praxis erbringen soll, lassen Sie sich bitte Bescheinigungen über die speziellen Kenntnisse und Erfahrungen Ihres Vertreters vorlegen. Leistungen nicht qualifizierter Vertreter sind nicht vergütungsfähig!
- Weiterbildungsassistenten erfüllen in aller Regel nicht die Vertreterqualifikation (Ausnahme: kurzfristiger Vertretungsfall z.B. bei plötzlicher Erkrankung des Vertragsarztes bis zur Dauer von einer Woche)
- Vertreter können im Gegensatz zu Praxisassistenten/angestellten Ärzten auch freiberuflich tätig werden.

Quelle: Stand 03.11.2009

© Kassenärztliche Vereinigung Bayern



Anzeige

Merkblatt zum KVB-Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters

Um Ihren Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vertreters rasch und ohne Rückfragen bearbeiten zu können, bitten wir um Beachtung der folgenden Hinweise:

Wir empfehlen Ihnen, bevor Sie einen Vertreter für sich tätig werden lassen, unbedingt die **Legitimation des Vertreters zu überprüfen**.

Warum?

- damit Sie Ihr persönliches Haftungsrisiko minimieren
- damit Sie auch im Falle Ihrer Vertretung eine patientengerechte Versorgung sicherstellen und die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten gewährleisten können

Nach den Vorschriften der jeweils geltenden Ärztlichen Berufsordnung und der Zulassungsverordnung können Sie sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebietes vertreten lassen.

Hieraus und aus der allgemeinen Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung resultiert die Verpflichtung des Praxisinhabers, sich zu vergewissern, ob die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind.

Wie?

Ihrer Sorgfaltspflicht haben Sie dann in ausreichendem Maße Genüge getan, wenn Sie sich von Ihrem Vertreter **folgende Urkunden jeweils im Original vorlegen** und **jeweils in amtlich beglaubigter Kopie** aushändigen lassen:

- **Approbationsurkunde**
- **Facharzturkunde**
- **ggf. weitere Nachweise über erworbene Qualifikationen** wie Zusatzbezeichnungen, Fachkunden etc.
- **Bescheinigung über eine ausreichende Fortbildung**, insbesondere dann, wenn der Erwerb der Approbation oder der besonderen Qualifikationen schon längere Zeit zurückliegt
- **Bescheinigungen über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen**, wenn die Struktur Ihrer Praxis die Durchführung von Behandlungen erfordert, die das Grundwissen des betreffenden Fachgebietes übersteigen

Sofern Sie also **Leistungen** erbringen, **für die es einer besonderen Befähigung und Genehmigung bedarf**, muss im Falle Ihrer Vertretung der **Praxisvertreter** dafür die **gleiche Befähigung** besitzen. Überzeugen Sie sich bitte hiervon ebenfalls rechtzeitig. Sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht abgerechnet werden.

Legitimationskontrolle auch bei Vertretung im sog. Witwenquartal

Der Vollständigkeit halber bitten wir zu beachten, dass **auch Hinterbliebene und Erben der Pflicht zur Kontrolle der Legitimation des benannten Vertreters unterliegen**, sofern sie beantragen, dass die Vertragsarztpraxis übergangsweise, d.h. bis zu deren Nachbesetzung, von einem Vertreter geführt werden soll.

Zur Absicherung potentieller Rechtsnachfolger raten wir dazu, nicht nur die für die Erteilung der Vertretungsgenehmigung erforderlichen **amtlich beglaubigten Kopien der Approbationsurkunde sowie der Facharzturkunde einzuholen**, sondern sich **vorab beide Urkunden auch im Original vorlegen zu lassen**.

Ergebnisse von 12 Praxen in 4 Jahren

Neue Ergebnisdaten zum Screening Zervix-CA werden jetzt vom Berufsverband zytologisch tätiger Akademiker Deutschlands (BEZAD) vorgelegt. Sie wurden bewusst auf gesamtdeutsche Quellen gestützt, um einen Vergleich zu den von Frau Dr. Katrin Marquardt aus Schwerin regelmäßig vorgelegten Qualitätszahlen aus Mecklenburg-Vorpommern zu ermöglichen, die wir in unserer Zeitschrift, zuletzt in der Ausgabe 4/04 für den Zeitraum 1997 - 2003, vorgestellt haben. Es handelt sich diesmal um Daten aus den 7 Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Der Zeitraum wurde mit 2005 - 2008 gewählt. Sowohl im Teilnahmeverhalten als auch in den Ergebnissen ähneln sich die Daten stark, sodass nicht verwundert, dass auch die gleichen Schlussfolgerungen gezogen werden: Die Erhöhung der Teilnehmeraten für das zytologische Screening sei die wichtigste Maßnahme zur Senkung der Restinzidenz des Zervixkarzinoms. Die Daten werden vorgestellt von Frau Birgit Pöschel, Diplom-Biologin, Vorsitzende des BEZAD und Mitglied des Bundesverbandes Deutscher Pathologen.

■ p.de

Im Zeitraum 2005 - 2008 wurden Screeningdaten von zwölf Praxen unterschiedlicher Größe aus sieben verschiedenen Bundesländern zusammengetragen. Ergebnisse aus Mecklenburg-Vorpommern wurden nicht miteinbezogen.

Tabelle 1: zytologische Befunde 2005 - 2008

| Jahr | Frauen gesamt | I/II | III | IIID | IVa/IVb | V | Summe III-V |
|------------------|------------------|------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 2005 | 630.423 | 623.885 | 2.173 | 3.863 | 421 | 81 | 6.538 |
| 2006 | 626.693 | 620.228 | 2.054 | 3.802 | 525 | 84 | 6.465 |
| 2007 | 785.312 | 777.289 | 2.574 | 4.459 | 873 | 117 | 8.023 |
| 2008 | 741.460 | 728.013 | 4.630 | 7.738 | 944 | 135 | 13.447 |
| Gesamt/4J | 2.668.831 | 2.634.332 | 11.431 | 19.790 | 2.763 | 516 | 34.499 |
| Anteil | 100% | 98,71% | 0,43% | 0,74% | 0,1% | 0,02% | 1,29% |

Methodik:

Die zytologischen Befunde wurden mithilfe der Jahressammelstatistiken erfasst (Tabelle 1). Bei histologisch abgeklärten Fällen wurden die histologischen Befunde den entsprechenden Pap-Gruppen zugeordnet (Tabelle 2). In Fällen eines invasiven Zervixkarzinoms (Tabelle 3/Seite 8) wurde das Tumorstadium erfragt und soweit möglich die Screeninganamnese erhoben.

Die Screeninganamnese wurde vergleichbar mit den Daten aus MV aufgeschlüsselt in :

1. **regelmäßig** (jährlich) am Screening teilgenommen
2. **unregelmäßig** am Screening teilgenommen
3. **gar nicht** am Screening teilgenommen in den letzten 5 Jahren vor Diagnosestellung

Tabelle 2: Jahressammelstatistik 2005 - 2008

| Zytologischer Befund | PapI/II | Pap III | PapIIID | PapIVa/IVb | Pap V | Summe Pap III-V |
|------------------------------|---------|---------|---------|------------|-------|-----------------|
| Anzahl der Frauen in % | 98,71 | 0,43 | 0,74 | 0,1 | 0,02 | 1,29 |
| davon histol.geklärt | < 0,01% | 11 % | 9 % | 83 % | 61,0% | 16 % |
| ohne pathol.Befund | | 40 % | 11 % | 3 % | 3 % | 14 % |
| CIN I-II | | 21 % | 50 % | 11 % | 2 % | 25 % |
| CIN III | | 26 % | 37 % | 77 % | 11 % | 49 % |
| primäres inv. Zervixkarzinom | | 5 % | 1,5 % | 7 % | 55 % | 8 % |
| Corpus -Ca + and.Malignome | | 8,0% | 0,5% | 2 % | 29 % | 4 % |

Tabelle 3: invasive Zervixkarzinome 2005 - 2008

| Jahr | Anzahl | Tumorstadien | |
|-------------------------|------------|--------------|--------------|
| | | bekannt | nichtbekannt |
| 2005 | 87 | 81 | 6 |
| 2006 | 91 | 79 | 12 |
| 2007 | 136 | 122 | 14 |
| 2008 | 120 | 78 | 42 |
| Gesamt 2005-2008 | 434 | 360 | 74 |



Tabelle 4: Screeninganamnese 2005 - 2008

Bei den 360 Fällen aus Tabelle 3, in denen das Tumorstadium bekannt war und eine Screening-Anamnese vorlag, sieht das Teilnahmeverhalten am Screening wie folgt aus:

| Anzahl der Frauen | Teilnahme am Screening | | | | | |
|------------------------|------------------------|------|--------------|-----|-----------|------|
| | regelmäßig | | unregelmäßig | | gar nicht | |
| Anzahl der Frauen in % | 98,71 | 0,43 | 0,74 | 0,1 | 0,02 | 1,29 |
| | Fälle | % | Fälle | % | Fälle | % |
| 360 | 57 | 16 | 131 | 36 | 172 | 48 |

Tabelle 5: Tumorstadium und Screeninganamnese 2005 - 2008

| Tumorstadien | Teilnahme am Screening | | | | | | Summe |
|---------------|------------------------|-----|--------------|-----|-----------|-----|-------|
| | regelmäßig | | unregelmäßig | | gar nicht | | |
| | Fälle | % | Fälle | % | Fälle | % | |
| pT1a | 30 | 53 | 60 | 46 | 32 | 19 | 122 |
| pT1b | 25 | 44 | 51 | 39 | 54 | 31 | 130 |
| pT2 und höher | 2 | 3 | 20 | 15 | 86 | 50 | 108 |
| Summe | 57 | 100 | 131 | 100 | 172 | 100 | 360 |

Ergebnisse:

- unter **rund 2,7 Mio.** zytologischen Befunden im 4-Jahres-Zeitraum waren **98,71%** der Frauen mit einer zytologischen Untersuchung jährlich mit unauffälligem zytologischem Befund;
- bei **1,29%** der untersuchten Frauen wurden die Pap-Gruppen **III-V** diagnostiziert,
- davon wurden **16 %** einer **histologischen Klärung** zugeführt

- davon wurde in **74 %** der Fälle eine Dysplasie (CIN I-III), in **4 %** der Fälle wurde ein Corpus – oder anderes Malignom diagnostiziert.
- **bei 8 % der Fälle wurde ein primäres invasives Zervix-Karzinom diagnostiziert**
- bei **14%** der histologisch abgeklärten Fälle konnte kein pathologischer Befund erhoben werden (der überwiegende Teil der Fälle lag in der Pap-Gruppe III/IIID)

Tabelle 4 und 5

Primäre invasive Zervix-Karzinome im 4-Jahreszeitraum traten bei 434 Frauen auf, davon war in 360 Fällen das Tumorstadium bekannt.

- 303 Frauen (84%) hatten unregelmäßig oder gar nicht am Screening teilgenommen
- 57 Frauen (16%) haben regelmäßig teilgenommen, diese wiesen zu 97% ein Tumorstadium pT1 auf.

Zusammenfassung:

1. Die Erhöhung der Teilnehmerate für das zytologische Screening wäre die wichtigste Maßnahme zur Senkung der Restinzidenz des Zervixkarzinoms.
2. Die Mortalität wäre mittels neuer Screening-Verfahren nicht wesentlich zu vermindern, da die fortgeschrittenen, prognostisch ungünstigen Tumorstadien fast ausschließlich in der Gruppe der Nichtteilnehmerinnen auftreten.
3. Gynäkologen bei der Abstrichentnahme und Zytologen bei der Abstrichbefundung sollten die Anzahl der Screening-Versager weiter reduzieren.
4. Eine enge Zusammenarbeit von Gynäkologen und Zytologen kann Screeningversager minimieren.



Dipl.-Biol. Birgit Pöschel

Vorsitzende der BEZAD

Uni-Paradies Österreich

In 2009 waren in Österreichs Hochschulen ca. 18.000 deutsche Studenten eingeschrieben. Damit ist der Anteil seit 2000 von 2,6 % auf 7,3% der Studenten gestiegen. Während in Deutschland für das Medizinstudium ein Notendurchschnitt von 1,3 erforderlich ist, können alle, auch diejenigen, die diesen Durchschnitt nicht erreichen, in Österreich ohne Beschränkung Medizin studieren. Das erspart lange Wartezeiten. Besonders viele Numerus Clausus Flüchtlinge dürfte es ab 2011 geben. Dann werden in Bayern und Niedersachsen wegen der Verkürzung der Gymnasialzeit von 9 auf 8 Jahre gleich zwei Jahrgänge mit der Schule fertig.



Befunde für nachbehandelnde Kollegen?

Ein zusätzliches ggfs. schriftliches Einverständnis der Patienten zur Weitergabe der Befunde an nach- oder mitdiagnostizierende Kollegen ist nicht notwendig. Es muss jedoch plausibel sein, dass es sich bei der anfragenden Stelle um einen mit- oder weiterbehandelnden Arzt handelt.

Dazu führt die (Muster) Berufsordnung in § 9 (4) aus:

„Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander die selbe Patientin oder den selben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von

der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.“



Spracherkennung schlägt Meisterin im Schnellschreiben

Nicht nur ein Schachcomputer kann einen Großmeister schlagen, auch die Spracherkennung besiegt Meisterinnen im Schnellschreiben. In München wurde im November 2009 ein „Amazing Race“ zwischen Mensch und EDV veranstaltet. Auf der einen Seite Martina Wichers, die Deutsche Meisterin im Schnellschreiben, auf der anderen Seite das Spracherkennungssystem Dragon NaturallySpeaking. Es ging um einen Text von ca. 2.200 Zeichen, das entspricht etwa einer DIN A4-Seite. Frau Wichers tippte den Text in 4:26 Minuten, die Software war nach 2:51 Minuten fertig. Dies ist allerdings ein Ergebnis unter „Laborbedingungen“. In der Realität dürften weder deutsche Meisterinnen noch perfekt getrimmte Spracherkennungen im Schreibbüro zu finden sein.



www.chefarztportal.de

Wie findet ein (Privat-)Patient den richtigen Chefarzt? Das ist die Sorge einer Marketingfirma, die für den Verband der privaten Krankenversi-

cherungen das Arztsuchsystem betreut. 13.000 Chefarzte sind registriert, allerdings nur mit wenig mehr als Adressinformationen. Wenn die etwas holprige Suche richtig funktioniert, sind etwa 50 Pathologen unter den Chefarzten geführt. Einige davon sind inzwischen schon pensioniert. Das Unternehmen ermuntert Chefarzte, ausführliche Angaben zu ihren medizinischen Tätigkeit und ihre Spezialitäten in das Portal einzustellen.



Kein Steuerabzug für Praxisausfallversicherung

Krankheit sei kein betriebliches, sondern ein privates Risiko, urteilten im letzten Jahr der Bundesfinanzhof. Die Beträge zur Praxisausfallversicherung könnten daher analog der Krankentagegeldversicherung nicht von den Steuern abgesetzt und die eventuellen Einnahmen brauchen nicht versteuert zu werden.

Die Ärztezeitung vom 05.08.2009 schreibt dazu: „Eine Praxisausfallversicherung gegen Krankheit ist Privatsache. Die Beiträge können daher nicht von den Steuern abgezogen werden. Umgekehrt sind Leistungen der Versicherung aber auch nicht als Betriebseinnahmen zu versteuern. Das stellt der Bundesfinanzhof (BFH) in München in einem aktuellen Urteil fest. Eventuell mitversicherte weitere Risiken können dagegen betrieblicher Natur sein.“ **Az.: VIII R 6/07**

Positives Resümée – Deutliche regionale Schwankungen

Die Autorin des folgenden Artikels, Frau PD Dr. Annette Lebeau, ist seit kurzem Mitglied des wissenschaftlichen Gremiums des Beirates der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Sie hat maßgeblich an der Entwicklung der S3-Leitlinien Mamma mitgearbeitet und war in ihrer Tätigkeitszeit an der Ludwig-Maximilian-Universität München in den Aufbau des Pilotprojektes für das bundesweite Mammographie-Screening-Programm involviert: das bayrische Mammographie-Screening. Heute ist sie sowohl im universitären Bereich in Hamburg als auch in der Freiberuflichkeit in Lübeck tätig und fasst im Folgenden den ersten Evaluationsbericht des bundesweiten Programms für pathologie.de zusammen.

■ p.de

Im September 2009 wurde der erste Evaluationsbericht des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland für die Jahre 2005-2007 vorgestellt.

In dem Bericht sind die Auswertungen des Mammographie-Screenings von 77 Screening-Einheiten aus den ersten drei Jahren des Programms zusammengefasst. Von den insge-

samt 10,4 Mio. anspruchsberechtigter Frauen in Deutschland wurden im genannten Auswertungszeitraum 2,68 Mio. eingeladen. 1,45 Mio. sind der Einladung gefolgt. Bei der Bewer-

| Parameter zur Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität | Referenzbereich EU-Leitlinien, 4. Auflage ¹ | | Ergebnisse Screening (2005–2007) | Kapitel (ausführliche Beschreibung) |
|--|--|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| | min. ² | empf. ³ | | |
| 1. Einladungsrate ⁴ | k. A. | k. A. | 52,6 % | 2.1.1 |
| 2. Teilnahmerate ⁴ | > 70 % | > 75 % | 54,3 % | 2.1.2 |
| 3. Wiedereinbestellungsrate | < 7 % | < 5 % | 5,3 % | 2.3.1 |
| 4. Brustkrebsentdeckungsrate (Vielfaches der regionalen Hintergrundinzidenz) | ≥ 3xIR | > 3xIR | regional schwankend (1,2–4,7) | 2.2.2.1 |
| 5. Brustkrebsentdeckungsrate | | | 7,78 ‰ | 2.2.2.1 |
| 6. Anteil In-situ-Karzinome (DCIS) | ≥ 10 % | > 15 % (3. Aufl.: 10–20 %) | 19,8 % | 2.2.2.2 |
| 7. Anteil invasiver Karzinome ≤ 10 mm | ≥ 20 % | ≥ 25 % | 30,8 % | 2.2.2.2 |
| 8. Anteil invasiver Karzinome < 15 mm | ≥ 50 % | > 50 % | 54,7 % | 2.2.2.2 |
| 9. Anteil invasiver Karzinome ohne Befall der Lymphknoten (N-) | – (3. Aufl.: ≥ 70 %) | > 70 % | 76,7 % | 2.2.2.2 |
| 10. Anteil Karzinome im Stadium II+ | – (3. Aufl.: ≤ 25 %) | < 30 % (3. Aufl.: < 25 %) | 27,7 % | 2.2.2.2 |
| 11. Anteil präoperativ gesicherter Karzinome | ≥ 90 % (3. Aufl.: >70 %) | > 90 % | 92,0 % | 2.3.2 |
| 12. PPV I | k. A. | k. A. | 15,4 % | 2.3.3 |
| 13. PPV II | k. A. | k. A. | 49,1 % | 2.3.3 |

¹ Sofern die dargestellten Referenzwerte der 4. Auflage in Hinblick auf die vorhergehende 3. Auflage geändert wurden, werden die abweichenden Referenzwerte aus der 3. Auflage in Klammern angegeben.

² Minimaler Referenzbereich (acceptable level) für Erstscreening-Untersuchungen gemäß Empfehlung der EU-Leitlinien.

³ Empfohlener Referenzbereich (desirable level) für Erstscreening-Untersuchungen gemäß Empfehlung der EU-Leitlinien.

⁴ Berechnet inklusive Selbsteinladerinnen.

tung und Interpretation der Daten ist daher zu bedenken, dass diese nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Grund ist neben der Fallzahl die uneinheitliche Erfassung der Screeningdaten in den beiden verfügbaren EDV-Systemen (MaSc und MammaSoft) im evaluierten Zeitraum. Dennoch vermitteln die Daten einen ersten Einblick in die Ergebnisse der Eröffnungsphase des deutschen Mammographie-Screening-Programms: Die vorgegebenen Referenzwerte der EU-Leitlinien mit Ausnahme der Teilnehmerate wurden erreicht (Tabelle 1).

Die Teilnahmequote von 54% lag unter den in den Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings geforderten 70%. Dies ist kein europäischer Einzelfall. Auch in Schweden, Großbritannien und den Niederlanden wurden die mittlerweile hohen Teilnahmequoten erst nach mehreren Runden erreicht. Es fällt aber auf, dass die Teilnahme in den Bundesländern stark von einander abweicht. Sachsen erfüllte aus dem Stand die Empfehlungen der EU-Leitlinien (82,3%), andere blieben weit darunter (Schleswig-Holstein: 35,3%; Thüringen 41,5%). In Schleswig-Holstein könnte das bereits 2001 begonnene QuaMaDi-Programm (Qualität in der Mammadiagnostik) für Frauen mit indikationsbezogener („kurativer“) Mammographie die Teilnehmerate am Screening beeinflusst haben. Im Einzelnen ist aber noch eine gezielte Analyse zur Klärung der Ursachen erforderlich.

Das primäre Ziel des Programms ist es, die Brustkrebssterblichkeit zu senken. Da die Mortalitätsreduktion

frühestens nach zehn Jahren beurteilt werden kann, müssen andere Indikatoren eingesetzt werden, um zeitnah die Effektivität der Früherkennungsuntersuchung beurteilen zu können.

Qualitätsindikatoren:

■ Einer der wichtigsten Surrogatparameter ist die Brustkrebsentdeckungsrate. Sie sollte in der ersten Screening-Runde beim dreifachen der sogenannten Hintergrundinzidenz liegen, d. h. der Zahl an Brustkrebs-Neuerkrankungen, die ohne ein Screening-Programm zu erwarten wäre. Legt man die Daten verschiedener regionaler Krebsregister zugrunde, so liegt die Hintergrundinzidenz bundesweit bei etwa 2,5%. Die durchschnittlich erreichte Entdeckungsrate von 7,8% entspricht somit den Vorgaben der EU-Leitlinien. Allerdings unterliegt die Hintergrundinzidenz deutlichen regionalen Schwankungen, die bei der Evaluation der Daten im Einzelnen zu berücksichtigen sind. Die Brustkrebsentdeckungsrate erreichte nur in 35 der 77 Screening-Einheiten das Dreifache der regionalen Hintergrundinzidenz. Als Erklärung werden, neben dem Optimierungsbedarf bei neu gestarteten Screening-Einheiten, in erster Linie Unterschiede der Versorgungssituation vor Einführung des Screening-Programms diskutiert. In Deutschland hatte – anders als in anderen europäischen Staaten – ein Teil der Bevölkerung bereits vor Einführung des organisierten Mammogra-

phie-Screenings Zugang zu Früherkennungsuntersuchungen (sog. „graues“ Screening, Modellprojekte). Die Brustkrebsentdeckungsrate in den Folge-Runden dürfte daher aussagekräftiger sein. Dann sollte die Entdeckungsrate mindestens das 1,5fache der Hintergrundinzidenz betragen.

■ Ein weiterer wichtiger Hinweis für eine mögliche Senkung der Mortalität ist eine günstigere Größen- und Stadienverteilung der Karzinome, die im Screening entdeckt werden. Wird bei einer Frau ein invasives Karzinom entdeckt, das eine Größe von maximal 10 mm aufweist, liegt ihre 10Jahres-Überlebenschance heutzutage bei über 95% (Daten des Tumorregisters München). Vor Einführung des Screenings waren 14% der Karzinome dieser prognostisch günstigen Gruppe zuzuordnen (Epidemiologische Krebsregister). Im Screening waren es im vorgestellten Zeitraum 30,8%. Die Rate an nodalnegativen Mammakarzinomen lag früher bei 50-60%, im Screening bei 76,7%. Machte das DCIS vor Einführung des Screenings ca. 5-7% der Karzinome aus, so beträgt sein Anteil nun 19,8%.

■ Unerwünscht ist die Erhebung falsch-positiver Befunde in der Screening-Mammographie. Aus diesem Grunde ist im Screening die strenge Überwachung der veranlassten Anzahl, Art und Qualität der Abklärungsuntersuchungen erforderlich. Gemäß EU-Empfehlung sollten weniger als 7% der untersuchten Frauen auf Grund eines auffälligen Be-



fundes zu einer weiteren Abklärung (bildgebend und/oder histologisch) eingeladen werden. Dies wurde in 63 der 77 Screening-Einheiten erreicht. Bundesweit lag die Wiedereinbestellungsrate bei 5,3%. Beachtenswert ist, dass die Wahrscheinlichkeit steigt, ein Karzinom zu diagnostizieren, wenn mehr Frauen zur Abklärungsdiagnostik einbestellt werden. Dieser Effekt ist jedoch begrenzt und regional unterschiedlich. Ab einem gewissen Punkt nehmen falsch-positive Befunde übermäßig zu.

- Auch der Anteil der präoperativ gesicherten Karzinome ist ein Qualitätsindikator. Die von den EU-Leitlinien empfohlenen 90% wurden in 53 Screening-Einheiten erreicht. Der bundesweite Durchschnitt lag bei 92%.
- Bemerkenswert ist die breite Streuung des positiven Vorhersagewertes der nicht-invasiven (bildgebenden) Abklärung (PPV II) zwischen den einzelnen Screening-Einheiten. Der Anteil maligner Diagnosen lag bei den Frauen mit Indikation zur Biopsie zwischen 27,8% und 84,8%.

Auch der PPV II berührt den empfindlichen Zusammenhang zwischen Sensitivität und Spezifität der Untersuchungen. Es bestehen komplexe Einflussmöglichkeiten, die im Einzelfall in den Fachgesprächen zwischen Programmverantwortlichen Ärzten (PVÄ) und Referenzzentrumleitern zu klären sind.

Wünsche an die zukünftige Evaluation:

Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es für die Zukunft wünschenswert, auch die histopathologischen Ergebnisse an den Stanz- und Vakuumbiopsiepräparaten in die Evaluation einzubeziehen, um Unterschiede zwischen den Screening-Einheiten analysieren zu können. Von Interesse wäre dabei auch die Korrelation mit den postoperativen Ergebnissen. Allerdings sind die PVÄ derzeit nicht verpflichtet, die postoperativen Befunde in den Datenbanken vollständig zu dokumentieren. Das Einholen auswärtiger Befunde und ihre vollständige Dokumentation ist teilweise mit einem erheblichen Arbeitsaufwand verbunden.

Dass aber dennoch von der Mehrzahl der evaluierten Fälle die postoperativen Befunde zur Verfügung standen und zumindest in Ansätzen dokumentiert wurden, lässt sich daran ablesen, dass von der Gesamtgruppe entdeckter Karzinome nur 3,2% nicht eindeutig der Gruppe der in situ- oder invasiven Karzinome zugeordnet werden konnten, weil keine postoperativen Befunde von den PVÄ dokumentiert wurden.

Positive Zwischenbilanz:

Seit Jahresbeginn 2009 haben nun alle 94 Screening-Einheiten ihre Arbeit aufgenommen. Damit besteht jetzt ein flächendeckendes Angebot zum Mammographie-Screening. Kein anderer europäischer Staat hat innerhalb eines so kurzen Zeitraums ein organisiertes Programm für eine

Population von rund 10 Millionen Anspruchsberechtigten implementiert. Hierfür wurden neue, zentralisierte Strukturen und Zusatzanforderungen an die beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte geschaffen. Diese Neuerungen und Zusatzanforderungen haben vor allem in der Anfangsphase Skepsis und Kritik hervorgerufen. Die vorgegebenen Normierungstexte haben der kritischen Überprüfung nicht in jedem Punkt Stand gehalten. So mussten eindeutige Spezifikationen für eine einheitliche Dokumentation in den beiden verfügbaren EDV-Systemen aufgestellt werden. Außerdem war eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie erforderlich, um die organisatorischen und Datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, die Intervallkarzinome zukünftig durch einen Datenabgleich zwischen Screening und Krebsregistern zuverlässig zu erfassen.

Die obligate histopathologische Doppelbefundung der Stanz- und Vakuumbiopsien wurde inzwischen auf die ersten 50 Präparate reduziert, nachdem die im Screening ermittelte hohe Übereinstimmungsrate zwischen Erst- und Zweitbegutachtung keine ausreichende Grundlage für die Aufrechterhaltung der ursprünglich vorgesehenen zwei Jahre bot.

Es ist aber auch zu erkennen, dass durch die im Programm vorgegebenen Strukturen die fach- und sektorübergreifende Zusammenarbeit an manchen Stellen verbessert wurde, in dem wirksame Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen wurden. Beispielhaft sind hier die prä- und

postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen zu nennen, in denen die PVÄ mit den Pathologen und Operateuren wöchentlich alle Fälle besprechen, bei denen eine Biopsie bzw. Operation im Screening veranlasst wurde. Der Pathologe / die Pathologin fungiert somit auch im Screening als Lotse bei der Bewertung auffälliger Befunde und Planung der weiteren Behandlung. Seine / ihre Befunde sind wesentliches Fundament der Qualitätssicherung im Screening.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die vorgelegten Evaluationsdaten daraufhin deuten, dass das Mammographie-Screening-Programm als Früherkennungsprogramm wirksam ist. Daraus sollte aber nicht ohne weiteres das Fazit gezogen werden, dass alle geschaffenen Strukturen und vorgesehenen Abläufe bereits optimal angepasst und ausreichend sind. Die zunehmende Erfahrung und regelmäßige Evaluation der Daten sollte genutzt werden, um das deutsche Mammographie-Screening Programm kontinuierlich zu verbessern und die Regelwerke den Anforderungen hierzulande anzupassen.



PD Dr. Annette Lebeau

Mitglied des wissenschaftlichen
Gremiums des Beirates der
Kooperationsgemeinschaft
Mammographie
a.lebeau@uke.de



Blick für die Pathologie

Die **i**-series von Nikon

Mikroskope für den
anspruchsvollen Pathologen



Seit über 5 Jahren bewährt sich das Nikon Mikroskop 80i bei den zahlreichen Fortbildungskursen der IAP Bonn!



Interessiert? www.nikoninstruments.eu

Nikon GmbH, Mikroskope
Tiefenbroicher Weg 25, 40472 Düsseldorf
Tel.: 0211 94 14 0, Fax: 0211 94 14 322
e-mail: mikroskope.messtechnik@nikon.de



The Eyes of Science

Fragen und Antworten

? **Frage:** Wie sind Hautkrebs-Screening-Fälle abzurechnen? In **pathologie.de** 4/09 kündigten Sie eine neue Abrechnungsziffer 19315 EBM an, die es bei unserer KV jedoch nicht gibt.

! **Antwort:** Die Nr. 19315 EBM ist zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene so gut wie vereinbart. Es ist geplant, sie mit 235 Punkten genau so zu bewerten, wie die 19310 EBM. Es gibt derzeit keine Information über Einschränkungen der Abrechnung beim Haut-Screening im Vergleich zur 19310, der Zuschlags- und sonstigen Ziffern sowie des „Material“-Bezugs. Sie haben nach derzeitiger Sachlage alle Sondermethoden zur Verfügung, wie bei einer vergleichbaren kurativen Untersuchung nach EBM. Leider zögert sich die endgültige Vereinbarung aus uns unbekanntem Gründen noch hinaus. Für die Übergangszeit haben die meisten KVen spezifische Abrechnungsmodalitäten gefunden. Einige kennzeichnen die Haut-Screening-Leistungen mit speziellen Buchstaben, andere wiederum haben Pseudoziffern. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer KV nach den Regelungen. Sie sollten die gesonderten Kennzeichnungen auch dann ernst nehmen und ansetzen, wenn im Moment keine extra-budgetäre Vergütung erfolgt. Die Ziffern dienen jedoch mindestens der Dokumentation und Geltendmachung entsprechender Ansprüche gegenüber den Kassen. Wenn Sie nicht wissen, ob die Einsendung aus dem Haut-Screening stammt bzw. Ihre KV keine ge-

sonderte Regelung dafür vorschlägt, bleibt die Abrechnung über die üblichen Ziffern. Die Abrechnung bei PrivatpatientInnen erfolgt nach GOÄ mit den üblichen Steigerungsfaktoren. **MH**

? **Frage:** Zu welchem Zeitpunkt darf den PrivatpatientInnen frühestens eine Rechnung erstellt werden?

! **Antwort:** Der früheste Zeitpunkt der Rechnungserstellung wäre die vollständige Erbringung des Leistungsinhalts, also etwa zum Zeitpunkt der Absendung des Befundes an den Einsender. Ärzte haben im Gegensatz zu Anwälten keinen Vorschussanspruch. **CR**

? **Frage:** Wenn eine Privatrechnung sehr lange erst gar nicht erstellt wurde, verliert der Pathologe irgendwann den Anspruch, dem Patienten die Leistung noch zu berechnen?

! **Antwort:** Das kann nicht pauschal beantwortet werden. Berufrechtlich soll der Arzt die Rechnung zeitnah erstellen. Hier könnte man an das Quartal der Leistungserbringung denken. Eine Verwirkung (im Unterschied zur Verjährung) tritt dann ein, wenn der Arzt erst deutlich nach Ablauf der drei Jahre, die normalerweise die Verjährung ausma-

chen, die Rechnung stellt. Nach diesen drei Jahren wird es kritisch, es handelt sich aber um eine richterliche Wertungsfrage. Eine Rechnungsstellung in dem Jahr, das auf die Leistungserbringung folgt, ist unbedingt zu empfehlen. **CR**

? **Frage:** Eine Berufsgenossenschaft teilte uns mit, dass eine Überweisung künftig nur noch möglich sei, wenn auf unseren Rechnungen ein Institutionskennzeichen angegeben ist. Müssen wir dieser Aufforderung nachkommen?

! **Antwort:** Die Mitteilung des Institutionskennzeichens (IK, im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich nach § 293 SGB V vorgeschrieben) kann, muss aber nicht im Rechnungsverkehr mit Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern angegeben werden. Das IK ist für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) fakultativ. **MH**

? **Frage:** Ist es richtig, dass wir seit dem 01.04.2009 zusätzlich zur Nummer 32820 (Nachweis von HPV-DNA aus einem Körpermaterial ...mittels Hybridisierung ...) die Nummer 32859 (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32820... bei Nachweis mittels Nukleinsäure-Amplifikationstechniken...) abrechnen dürfen?

! **Antwort:** Richtig. Die zusätzliche Abrechnung ist immer dann möglich, wenn Amplifikationstechniken angewendet werden. **MH**

? **Frage:** Die privaten Krankenversicherungen gehen derzeit vermehrt dazu über, bei Belegarztpatienten überhaupt keine Erstattung mehr vorzunehmen, wenn wir nicht eine von uns um 15% gekürzte Liquidation nach § 6a GOÄ ausstellen. Wie ist im Moment die Sachlage?

! **Antwort:** Die Frage beinhaltet zwei Aspekte:

a) *Minderungspflicht nach §6a GOÄ. Die Sachlage ist seit Mitte 2005 unverändert. Damals entschied das Landgericht Nürnberg/Fürth, Geschäftsnummer 13 S 1867/04 in einem Belegarztfall: „Eine Honorarminderung gemäß § 6a GOÄ und dessen pauschalierende Wirkungsweise der Honorarmin-*

derung kommt jedoch dann nicht in Betracht, wenn, wie vorliegend, eine Doppel- und Mehrbelastung des Patienten durch die Tätigkeit des externen Arztes ausscheidet, welche nach dem Sinn und Zweck des § 6a GOÄ gerade vermieden werden soll.“ Gegen dieses Urteil wurde seitens der privaten Krankenversicherung kein weiteres Rechtsmittel eingelegt. Spätere Urteile haben den Sachverhalt ebenso entschieden. Eine Minderung muss deshalb immer dann nicht vorgenommen werden, wenn es sich um Privatpatienten von Belegärzten handelt.

b) *Verweigerung der Zahlung: Die Rechnung muss den Vorschriften der GOÄ entsprechen, also u. a. Ziffern und Steigerungssätze enthalten. Sie muss nicht inhaltlich richtig sein oder als solche von der PKV empfunden werden.*

*Das heißt, dass die PKV die Rechnung (ggf. gekürzt) erstatten muss. Eine vollständige Zahlungsverweigerung ist unberechtigt. **CR***



Prof. Dr. med. Michael Heine (MH)

Leiter der Gebührenordnungs-Kommission
beim Vorstand des Bundesverbandes
Deutscher Pathologen e.V.
heine@pathologie-bremerhaven.de



Rechtsanwalt Claus Renzelmann (CR)

Fachanwalt für Medizinrecht
renzelmann@advok.de

**Dr. K. Hollborn
& Söhne GmbH & Co KG**



Brahestraße 13 • 04347 Leipzig
Tel.: 0341 / 2 33 44 05 Fax. 2 33 44 06
Internet: <http://www.hollborn.de>
E-mail: Medizinchemie@hollborn.de

Seit 1880

Reagenz- und Farbstofflösungen

• für die Mikroskopie und Zelldiagnostik • für naturwissenschaftliche Bereiche

Auch Sonderanfertigungen

Anzeige

Problemzone Krankenhaus?

Die Bundesärztekammer hat für das Jahr 2008 eine Auswertung der Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt in Bezug auf die einzelnen Fachgruppen vorgenommen und uns dan-

kenswerterweise die für die Pathologen spezifizierten Daten zur Verfügung gestellt. In diesem Jahr verteilten sich die berufstätigen Pathologen auf folgende „Sektoren“:

| Tätigkeitsfeld | | | | |
|----------------|-------------|--------------------------|-------------------|--------|
| Niederlassung | Krankenhaus | Behörden, Körperschaften | Sonstige Bereiche | Gesamt |
| 632 | 561 | 13 | 66 | 1.272 |

Die meisten Stellenangebote kamen aus Baden-Württemberg mit 35 Anzeigen. Anschließend folgten Bayern mit 13 und Nordrhein mit 12 Stellenanzeigen.

| Ärztekammer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|-------------------|-----------------|--------|---------------|--------|-----------------|---------|--------------------|---------|-------------|------------------------|----------------|-----------|--------|----------|--------------|---------|--------|
| Nordrhein | Bayern | Baden-Württemberg | Westfalen-Lippe | Hessen | Niedersachsen | Berlin | Rheinland-Pfalz | Hamburg | Schleswig-Holstein | Sachsen | Brandenburg | Mecklenburg-Vorpommern | Sachsen-Anhalt | Thüringen | Bremen | Saarland | fehlende PLZ | Ausland | Gesamt |
| 12 | 13 | 35 | 4 | 9 | 10 | 10 | 5 | 9 | 6 | 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | 1 | 0 | 23 | 22 | 176 |

Betrachtet man die Auswertung nach Funktion der offenen Stellen, fällt auf, dass fast ausschließlich angestellte Ärzte gesucht werden. Lediglich in 7 Fällen wurden selbstständige FachärztInnen gesucht. Selbst wenn man davon ausgeht, dass im privaten und freiberuflichen Bereich Pathologen seltener über das Mittel Stellenanzeige gesucht werden, sondern persönliche Ansprache oder persönliche Beziehungen das Mittel der Wahl sind, scheint jedoch der größte Bedarf im Krankensektor zu liegen. Immerhin werden 121

Ärzte, vom Weiterzubildenden bis zum Chefarzt, gesucht, das entspricht fast 70 % aller Stellenangebote. Diese Zahl entspricht einer Zahl von 123 in Akutkrankenhäusern und Universitätsklinika offenen Stellen, ebenfalls fast 70 % der gesamt offenen Stellen. Diese Zahlen könnten darauf hinweisen, dass insbesondere die Institute für Pathologie im Krankenhausbereich vor den größten personellen Schwierigkeiten stehen.

| Funktion | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|----------|------------------------|----------|------------------------|-----------|------------|----------------------------------|-----------|--------|
| Arzt | Arzt in Weiterbildung | Assistenz- oder Facharzt | Facharzt (angestellt) | Oberarzt | Funktionsob- erarzt | Chefarzt | Ärztlicher Direktor | Professor | Management | Facharzt (selbst- ständig) | Belegarzt | Gesamt |
| 3 | 31 | 20 | 81 | 20 | 0 | 3 | 0 | 10 | 0 | 7 | 1 | 176 |

Von den insgesamt 176 Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt waren 22, d. h. ca. 12 % von ausländischen Auftraggebern aufgegeben. Von den 22 ausgeschriebenen Stellen im Ausland wurde knapp die Hälfte in der Schweiz angeboten. Es folgten nennenswert noch Dänemark und Schweden mit 6 bzw. 3 Stellenangeboten.

| Land | | | | | |
|---------|------------|------------|----------|----------|--------|
| Schweiz | Österreich | Frankreich | Dänemark | Schweden | Gesamt |
| 10 | 1 | 1 | 6 | 3 | 22 |

Sowohl seitens der Kammern als auch seitens der KVen ist angesichts des Ärztemangels die Weiterbildung ein hoch gehandeltes Thema. Der soeben wiedergewählte Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theodor Windhorst, der auch auf dem Bundeskongress Pathologie Berlin 2009 in der Eröffnungsveranstaltung gesprochen hatte, will sich in seiner neuen Amtszeit stark um die Nachwuchsförderung kümmern. „Das wird ein zentraler Punkt meiner Arbeit.“, sagte der Chefarzt aus Bielefeld. Dies ist insofern über Westfalen-Lippe hinaus interessant, weil er gleichzeitig auch im Vorstand der Bundesärztekammer tätig ist.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat das Thema Weiterbildung entdeckt. Sie hat den Gesetzgeber aufgefordert, eine Förderung der Weiterbildung für alle Fachgebiete einzuführen, bei denen ein Versorgungsdefizit droht, also nicht nur für die Allgemeinmedizin. Sie arbeitet daran, die Rolle der ambulanten Medizin in der Weiterbildung zu stärken. Nach ihrer Auffassung muss die Weiterbildung stärker den Notwendigkeiten der ambulanten Medizin Rechnung tragen.

pathologie.de hat eine Umfrage unter den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt, ob sie ähnliche Maßnahmen wie die schon in der Ausgabe 3/09 vorgestellten Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Weiterbildung in Niedersachsen beschlossen hätten. Noch scheint der Appell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Landesebene keinen Niederschlag gefunden zu haben, denn es haben gleich 11 KVen erst gar nicht geantwortet. Neben Niedersachsen hat jedoch noch Sachsen ein Förderprogramm aufgelegt. Die KVen in Berlin, Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe haben jedoch noch keine konkreten Planungen zu diesem Thema. Die KV Bayern hat geantwortet, sie sei sich der Problematik bewusst, verweist aber zurück auf die bundesweiten Aktivitäten durch die KBV.

Wo die Weiterbildung gefördert wird ist nicht wichtig, sondern dass sie gefördert wird. Vielleicht besinnt sich auch mancher Krankenhausträger, dass der so dringend gesuchte Facharzt für Pathologie auch im eigenen Haus großgezogen werden könnte.

■ p.de

Interdisziplinäre Zentren

Schulterschluss der konstanten Kernfächer

Das Magazin *INFO Onkologie*, „Interdisziplinäre Fortbildung in der Onkologie“, ermöglicht allen onkologisch interessierten Ärzten, sich rasch über die neuesten, für die praktische Tätigkeit relevanten Er-

gebnisse der Krebsforschung zu informieren. Der Bundesverband Deutscher Pathologen wurde für die Ausgabe 08/2009 um ein Gasteditorial gebeten. Im Folgenden finden Sie das Editorial des Präsidenten,

Herrn Prof. Dr. med. W. Schlake, mit seinem Vorschlag zum Schulterschluss der konstanten Kernfächer in der Frage interdisziplinärer Zentren in der Onkologie.

■ p.de
➔

Interdisziplinäre Zentren in der Onkologie

Neue Konzepte braucht das Land ...

An den beiden Megatrends „Zentralisierung“ und „interdisziplinäre Tätigkeit“ wird in Zukunft nicht zu rütteln sein. Die Medizin wird durch sie auch bereichert. Insbesondere in der onkologischen Medizin ist hier nachahmenswerte Pionierarbeit geleistet worden. Kooperationen wurden formuliert, Schnittstellen definiert und um die Patientin/den Patienten herum ärztliche und nicht ärztliche Expertise in neuen, zentraleren Strukturen gruppiert. Die eher unverbundene Parallelbehandlung vieler Fachdisziplinen wurde zugunsten der PatientInnen von einem interdisziplinären Konzept des gemeinsamen und koordinierten Vorgehens abgelöst. Das Krebszentrum ist im guten Fall eine Art „ganzheitliche Medizin auf höchstem Niveau“ oder ein „virtueller Gesamtarzt“ – PatientInnen müssen nicht mehr einen Arzt nach dem anderen aufsuchen, sondern finden im Zentrum das Fachwissen gebündelt zur Verfügung gestellt. Die hohe Attraktivität dieser von den Brustzentren ausgehenden Neuausrichtung wird durch die rasche Übertragung auf andere Organe dokumentiert.

Und wie geht es weiter?

Hier ist ein Innehalten und Nachdenken über die weitere Vorgehensweise angezeigt. Thematisiert werden muss verstärkt die Zusammenfassung und Integration bestehender Organzentren in übergreifende onkologische Zentren, der ressourcenschonende Einsatz der konstanten Kernfächer darin (z. B. Radiologie, Pathologie, Onkologie), die Harmonisierung und Vereinfachung auch durch die Reduktion der vielfältigen Anforderungen z. B. in der Dokumentation, die verstärkte Nutzung digitaler Kommunikationsmedien, um nur einiges zu nennen.

Denn in der Geschwindigkeit, in der unüberlegt das Modell Brustzentrum schlicht multipliziert wird, liegt eine große Gefahr: So viele Ressourcen, wie in den Brust- und den ersten Folgezentren aufgewendet wurden, lassen sich für die weitere Zentrumsarbeit nicht mehr mobilisieren. Das Modell wurde unter höchstem und weitgehend unvergütetem Einsatz von Krankenhäusern und anderen Beteiligten in Wissenschaft und Krankenversorgung konstruiert und etabliert. Dies als Regeleinsatz zu fordern, ist unrealistisch.

Das gilt zum einen für die monetären Ressourcen. Beckmann aus Erlangen fragt zu Recht (Klinik-

arzt 2008;37) „Interdisziplinäre Zentren in der Onkologie – können wir uns das leisten?“ und stellt ohne Wenn und Aber fest, dass keine kostendeckende Finanzierung vorliegt. Er fordert Sonderzuschläge für Zentren und sektorenübergreifende Finanzierung. Aber auch die personelle Situation will bedacht sein. Der knappe Faktor Arzt kann sich rasch zu einem knappen Faktor ärztliche Leistung auswachsen.

Die ersten Schritte sind getan

So wäre es zu bedauern, wenn kein deutschlandweites Konzept zur Zentrenbildung erarbeitet wird, sondern eine von Eitelkeiten begleitete partikularistische Betrachtung. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat nach einigem Zögern gehandelt und eine Zertifizierungskommission Onkologische Zentren eingesetzt. Sie hat damit einen ersten

„An der Qualität der Versorgung müssen sich alle messen lassen – gleich ob Großzentren oder kooperative Zusammenschlüsse.“

Schritt getan, ihrer Aufgabe der interdisziplinären Steuerung der ärztlichen Krebsbehandlung nachzukommen und über den Brustkrebs oder


das Organzentrum hinausgehende neue Konzepte zu entwickeln, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren vorformuliert worden ist. Diese Schritte müssen konsequent weitergegangen werden. Auch damit Menschen mit seltenen Tumorerkrankungen ebenfalls von der interdisziplinären Arbeit profitieren.

Wohnortnahe vor zentralisierter Versorgung

Darüber hinaus können Konzepte, die nur große Zentren berücksichtigen und die Mehrheit der Krankenhäuser außen vor lassen, keine Zukunft haben. Die Vorgaben und die Kriterien müssen zentral sein. Gerade bei Tumorpatienten ist die möglichst wohnortnahe Versorgung den Großstrukturen vorzuziehen, vorausgesetzt, die Qualität stimmt. Alles andere darf auch dezentral existieren. An der Qualität der Versorgung müssen sich alle messen lassen, gleich ob Großzentren oder kooperative Zusammenschlüsse. ■



Prof. Dr. med. Werner Schlake
Vorstand des Bundesverbands Deutscher Pathologen e.V.
E-Mail: schlake@pathologie.de



Woran
ist Ihr Mann
denn gestorben?

Was weiß ich,
die Leute
reden viel!

MOCK

Namen, Namen, Namen

Der Bundesverband begrüßt die neuen Mitglieder, besonders diejenigen in Weiterbildung 😊:

Fördermitglied **AstraZeneca** GmbH,
Wedel

Fördermitglied **Roche Pharma** AG,
Grenzach-Wyhlen

Frau Azita **Amirmaki**, Potsdam

Frau Dr. Katharina **Balschun** 😊, Kiel

Frau Andrea **Becher** 😊, Kaufbeuren

Frau Dr. med. Annette **Behrens**, Köln

Herr PD Dr. med. Jan Hinrich **Bräsen**,
Kiel

Herr Univ.- Prof. Dr. phil. nat.

Andreas **Bräuninger**, Münster

Herr Dr. med. Sven **Dillmann** 😊,

Lahr

Herr Dr. Stefan **Gardziella**, Berlin

Herr Dr. med. Michael **Gerharz** 😊,
Köln

Frau Regine **Güllüg**, Willich

Herr Dr. med. Ingo **Hirsch** 😊, Köln

Frau Jenny **Kerl** 😊, Rostock

Frau Dr. Katrin **Kurz** 😊, Mannheim

Frau Anja **Lindner** 😊, Halle/Saale

Herr Dr. med. Ulf **Riedel**, Altenburg

Herr PD Dr. med. Wilfried **Roth**,
Heidelberg

Herr Dr. med. Markus **Ruwe**, Hagen

Frau Dr. med. Inga-Marie **Schaefer** 😊,
Göttingen

Herr Dr. med. Wladimir **Schaschkow**,
Gelsenkirchen

Herr Dr. med. Hans-Ulrich **Schildhaus**,
Bonn

Frau Dr. rer. nat. Nicole **Stumpp**,
Hamburg

Frau PD Dr. med. Katharina **Tiemann**,
Hamburg

Herr Dr. med. Markus **Tiemann**,
Hamburg

Herr Max **Urban** 😊, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Mathias

Vierbuchen, Hamburg

Frau Dr. med. Victoria Susanne

Warneke 😊, Kiel

Wahlen

Rheinland-Pfalz:

Herr PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike **Otto** wurde am 06.11.2009 erneut als Landesvorsitzender bestätigt.

Westfalen-Lippe:

Herr Prof. Dr. med. Johannes **Friemann** für den Krankenhausbereich und Herr Dr. med. August **Dykgers** für den freiberuflichen Bereich wurden am 18.11.2009 erneut als Landesvorsitzende bestätigt.

Baden-Württemberg:

Frau Dr. med. Elisabeth **Hickmann** wurde am 01.12.2009 in der Nachfolge von Herrn Prof. Dr. med. Günter Herrmann als Landesvorsitzende bestätigt.

Hamburg:

Herr Prof. Dr. med. Jörg **Caselitz** für den Krankenhausbereich und Herr Prof. Dr. med. Klaus **Hamper** für den freiberuflichen Bereich wurden am 04.12.2009 erneut als Landesvorsitzende bestätigt.

Verstorben

Herr PD Dr. med. habil. Jörg **Maßmann**, Lochham, verstarb am 18.11.2009

Herr Dr. med. Volker **Fritzsche**, Bucha, verstarb am 01.01.2010

Hamburg

Wir sind eine große Gemeinschaftspraxis für Pathologie in Hamburg. Da unsere Untersuchungszahlen seit Jahren steigen und auch bei uns die Altersfluktuation eine längerfristige Planung erfordert, suchen wir bald möglichst eine(n) weitere(n) Facharzt/ärztin für Pathologie. Kollegialität und Teamfähigkeit sind uns dabei genauso wichtig wie eine sichere und schnelle Diagnostik. Wir stellen uns eine(n) belastbare(n) jüngere(n) Kollege/Kollegin vor, die/der im Laufe einiger Jahre mit zunehmender Erfahrung in eine gleichberechtigte Partnerschaft hineinwächst. Da wir über eine vierjährige Weiterbildungsbefugnis verfügen, wäre die Position auch für eine(n) leistungsfähige(n) Assistenten/in in fortgeschrittener Weiterbildung geeignet. Absolute Diskretion ist uns selbstverständlich. Die Praxispartner stehen für telefonische Rückfragen gern zur Verfügung.

Gemeinschaftspraxis für Pathologie

Dr. Beckmann, Prof. Dr. Schröder, Dr. Koeppen, Prof. Dr. Hamper
Lademannbogen 63, 22339 Hamburg
Tel. 040 - 53805751
pathologie@labor-lademannbogen.de



Neuss, eine lebendige und traditionsbewusste Großstadt (rd. 150.000 Einwohner) mit einer hervorragenden Wirtschaftsstruktur erwartet Sie. Neben einem reichhaltigen Angebot für die Freizeitgestaltung hält Neuss ein interessantes Kulturangebot vor.

Wir sind ein modernes Medizinisches Versorgungszentrum an einem medizinischen und wirtschaftlich erfolgreichen Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (26.000 Patienten pro Jahr) mit insgesamt 518 Betten in 11 Fachabteilungen. Die Städtische Kliniken Neuss – Lukaskrankenhaus – GmbH leistet als größtes Krankenhaus im Rhein-Kreis Neuss einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung der Patientinnen und Patienten im ambulanten sowie stationären Bereich. Seit 2005 gehört auch die Rheintor Klinik in Neuss unserem Klinikverbund an.

Wir suchen für eine Anstellung in unserem

Medizinischen Versorgungszentrum

eine/einen

Fachärztin/Facharzt für Pathologie

Sie haben Ihre Facharztanerkennung Pathologie bereits erworben oder stehen kurz davor? Sie wollen sich weiterentwickeln und sind an einer Praxistätigkeit interessiert? Teamorientierung ist Ihnen ebenso wichtig wie eigenverantwortliches Handeln? Sie sind interessiert, sich in einem leistungsstarken Fachbereich an der pathologischen Versorgung mehrerer Kliniken und externer Partner zu beteiligen? Die Konzentration auf Ihre medizinische Leistung ohne Ablenkung durch verwaltungstechnische Aufgaben ist Ihnen wichtig?

Dann passen Sie zu uns.

Wir bieten Ihnen eine spannende Aufgabe mit Gestaltungsspielraum und Entwicklungspotenzial. Ihre Vergütung wird in einem individuellen außertariflichen Vertrag mit leistungsorientierter Zulage verhandelt.

Sind Sie interessiert? Dann senden Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen an

Herrn Dr. med. Andreas Kremer, Geschäftsführung
Medizinisches Versorgungszentrum Lukaskrankenhaus Neuss GmbH
Preußenstraße 84, 41464 Neuss

Gerne empfangen wir Ihre Bewerbung auch per E-Mail unter kremer@mvz-lukasneuss.de
Für telefonische Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. med. Andreas Kremer als
Geschäftsführer gerne zur Verfügung (Tel.: 02131/888 7010).

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Medizinisches Versorgungszentrum
Lukaskrankenhaus Neuss GmbH





Westfal-Klinikum GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Im **Institut für Pathologie des Westfal Klinikums in Kaiserslautern** ist ab sofort oder später eine Stelle als

Fachärztin/Facharzt oder
Assistenzärztin/Assistenzarzt

zu besetzen.

Das Institut (Stellenschlüssel 1-2-3) versorgt neben der eigenen Klinik noch 7 weitere Krankenhäuser mit allen Leistungen im Fachgebiet Pathologie, einschließlich der Immunhistochemie, Zytologie und Obduktionen. Ein Brustzentrum, ein Darmzentrum und andere Tumorzentren sowie ein Medizinisches Versorgungszentrum sind angeschlossen. Das Institut verfügt über eine komplette und moderne medizinisch-technische Ausstattung sowie ein leistungsfähiges EDV-System. In dem bereits im Bau befindlichen neuen Institutsgebäude wird auch ein molekularpathologisches Labor eingerichtet. Das Institut wird bis zum Sommer 2010 erfolgreich akkreditiert sein (gemäß DIN EN ISO 17020). Unser junges Team lebt ein kollegiales und offenes Miteinander.

Wir suchen eine(n) engagierte(n) Kollegin/Kollegen, die/der eine fundierte Weiterbildung zur(m) Fachärztin/Facharzt für Pathologie anstrebt bzw. bereits Fachärztin/arzt ist, und unser Team langfristig verstärken möchte. Gerne fördern wir interne und externe Fort- und Weiterbildungen.

Wir bieten eine fachlich und persönlich sehr verantwortungsvolle sowie abwechslungsreiche Tätigkeit, eine Vergütung nach TV-Ärzte/VKA mit allen Sozialleistungen, eine betriebliche Altersversorgung sowie eine zusätzliche Pool-Beteiligung.

Das Westfal-Klinikum ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1343 Betten und 27 Fachabteilungen. Mehr über das Klinikum finden Sie unter: www.westfal-klinikum.de. Informationen zur Tätigkeit gibt Ihnen gerne Prof. Dr. med. Uwe Ramp, Tel.: 0631-2032710 oder e-mail: uramp@westfal-klinikum.de

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

Westfal-Klinikum GmbH, -Referat 1 Personal-, Hellmut-Hartert-Str. 1, 67655 Kaiserslautern

Tel.: 0631-2031332, Fax.: 0631-2031539, e-mail: bewerbung@westfal-klinikum.de

Privatinstitut für Pathologie im Rahmen der Nachfolgeregelung zu verkaufen

großes Privatlabor, 55.000 Einsendungen im Jahr, für Pathologie, mit großem Einzugsbereich in Deutschland für pathologische Untersuchungen, sucht im Rahmen der Nachfolgeregelung einen engagierten Facharzt / engagiertes Fachärzteteam für die Unternehmensnachfolge. Das Institut / Labor befindet sich in NRW.

Es wird im Rahmen der Nachfolgeregelung eine umfassende begleitende Einführung / Einarbeitung in das Unternehmen auf einen Zeitraum von max. 2 Jahren angeboten. – Nicht Bedingung –

Zur Kontaktaufnahme / bei Interesse melden Sie sich bitte unter 0174 / 746 35 94

JL Consulting, Ansprechpartner Herr Langhammer

Strandstraße 01, D – 17192 Waren / Müritz

E-Mail: info@langhammer-consulting.de.

Impressum

Herausgeber und Inhaber sämtlicher Verlags- und Verwertungsrechte:

Bundesverband Deutscher Pathologen e.V.
Invalidenstr. 90, 10115 Berlin
Tel: (030) 3088197-0, Fax: (030) 3088197-15
E-Mail: bv@pathologie.de, Web: www.bv-pathologie.de

Schriftleitung:

Professor Dr. med. Peter H. Wünsch, Nürnberg

Redaktion:

G. Kempny, Geschäftsführerin, Berlin

Erscheinungsweise:

i.d.R. viermal jährlich, 15.02., 15.05., 15.09., 15.11.

Anzeigen:

Dr. Heike Diekmann Congress Communication Consulting,
Neuenhöfer Allee 125, 50935 Köln
Tel: (02 21) 8 01 49 90, E-Mail: info@heikediekmann.de

Herstellung:

GE-druckt Druck & Verlag GmbH, Hiberniastraße 8, 45879 Gelsenkirchen
Tel: (02 09) 9 23 32-0, Fax: (02 09) 9 23 32-299

Druckauflage: 1.300

Diese Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, eine Verwertung ist außerhalb der gesetzlich zugelassenen Fälle verboten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers. Keine Haftung für unverlangt eingesandte Manuskripte. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Wichtiger Hinweis für unsere Leser:

Medizin, Wissenschaft und Politik unterliegen ständigen Entwicklungen. Autoren und Herausgeber verwenden größtmögliche Sorgfalt, dass alle Angaben dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Eine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben ist jedoch ausdrücklich ausgeschlossen.

Unsere Gemeinschaftspraxis für Pathologie am St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind ist ein leistungsorientiertes und engagiertes Institut mit fünf Fachärzten sowie einem Weiterbildungsassistenten und insgesamt über zwanzig Mitarbeitern. Unser Einsendegut ist vielfältig zusammengesetzt und bietet ein breites Spektrum an Einsendern aller Fachgebiete aus Klinik und Praxis mit sehr interessantem Befundmaterial. Als Schwerpunkte können wir hierbei die Mamma- und Urogenitalpathologie sowie die Gastropathologie bezeichnen. Demzufolge sind wir Mitglied in entsprechenden onkologischen Arbeitskreisen sowie in Mamma- und Darmzentren. Unser Methodenspektrum beinhaltet Immunhistologie und Molekularpathologie. Das Institut ist seit 2007 akkreditiert und besitzt die vollständige Weiterbildungsermächtigung für das Fach Pathologie.

Zur Verstärkung unseres ärztlichen Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

Facharzt/Fachärztin und/oder Weiterbildungsassistenten/-assistentin für Pathologie

Für die Bewerbung als Weiterbildungsassistent(in) sollten Sie bereits über entsprechende Grundlagen der Sektionspathologie verfügen. Weiterhin sind Grundkenntnisse des makroskopischen Zuschnittes von Präparaten ausdrücklich erwünscht. Wir bieten Ihnen eine entsprechende individuelle Weiterbildung im Fach Pathologie, die fast alle Tätigkeitsschwerpunkte des Pathologen abdeckt. Von Ihnen erwarten wir ein hohes Interesse und persönliches Engagement am und für das Fach Pathologie, was auch die Bereitschaft zur Weiterbildung in Kursen und Seminaren außerhalb der Arbeitszeiten des Institutes für Pathologie einschließt.

Sollten Sie sich als Facharzt/Fachärztin für Pathologie bewerben, bieten wir Ihnen eine detaillierte und institutsspezifische Einarbeitung. Wir erwarten überdurchschnittliche Fähigkeiten in der allgemeinen Routinediagnostik, die Bereitschaft, sich sowohl in unsere Schwerpunktthemen als auch in die hämatologische Diagnostik an Stanzbiopsien und Zytologien einzuarbeiten sowie ein entsprechendes Interesse an der extragenitalen und genitalen Zytologie mit der Bereitschaft, die KV-Prüfung abzulegen.

Das Aufgabengebiet des Institutes bedingt eine außergewöhnlich hohe Bereitschaft zur Beantwortung von klinischen Fragestellungen – insbesondere in fruchtbarer Diskussion – sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit in zahlreichen Tumorboards. Ein entsprechendes kommunikatives Geschick und theoretische Fachkenntnis müssen daher vorausgesetzt werden, was sich auch in der Teamfähigkeit innerhalb des Institutes sowie in der Außenwirkung und dem Geschick Mitarbeiter anzuleiten niederschlägt. Eine entsprechende Diskussionsbereitschaft auch mit den Fachkollegen ist unabdingbare Voraussetzung.

Eine spätere, dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen einer Assoziation ist sowohl für den Weiterbildungsassistent(in) als auch den Facharzt/Fachärztin erwünscht und angestrebt.

Für Rückfragen stehen Ihnen die Praxispartner gerne auch telefonisch (0221-46771901) zur Verfügung, an die Sie bitte auch Ihre aussagekräftige Bewerbung richten.

Institut für Pathologie am St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind
Priv. – Doz. Dr. med. S. Eidt, Dr. med. R. Hake
Werthmannstr. 1, 50935 Köln-Hohenlind
www.patho-koeln.de

Ein neuer Standard in der Diagnose des Zervixkarzinoms



CINtec[®]
HISTOLOGY

KLARHEIT UND VERTRAUEN

Profitieren Sie von der Aussagekraft des Biomarkers p16 in Ihrer klinischen Routine

Signifikante Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit:

- 13 %-ige Verbesserung im Nachweis von CIN2+
- 45 %-iger Rückgang falsch negativer Befunde

Signifikant höhere Übereinstimmung der Diagnosen der einzelnen Begutachter

www.cintec.info



mtm laboratories AG
Im Neuenheimer Feld 583 · D-69120 Heidelberg