

Hessisches Ärzteblatt

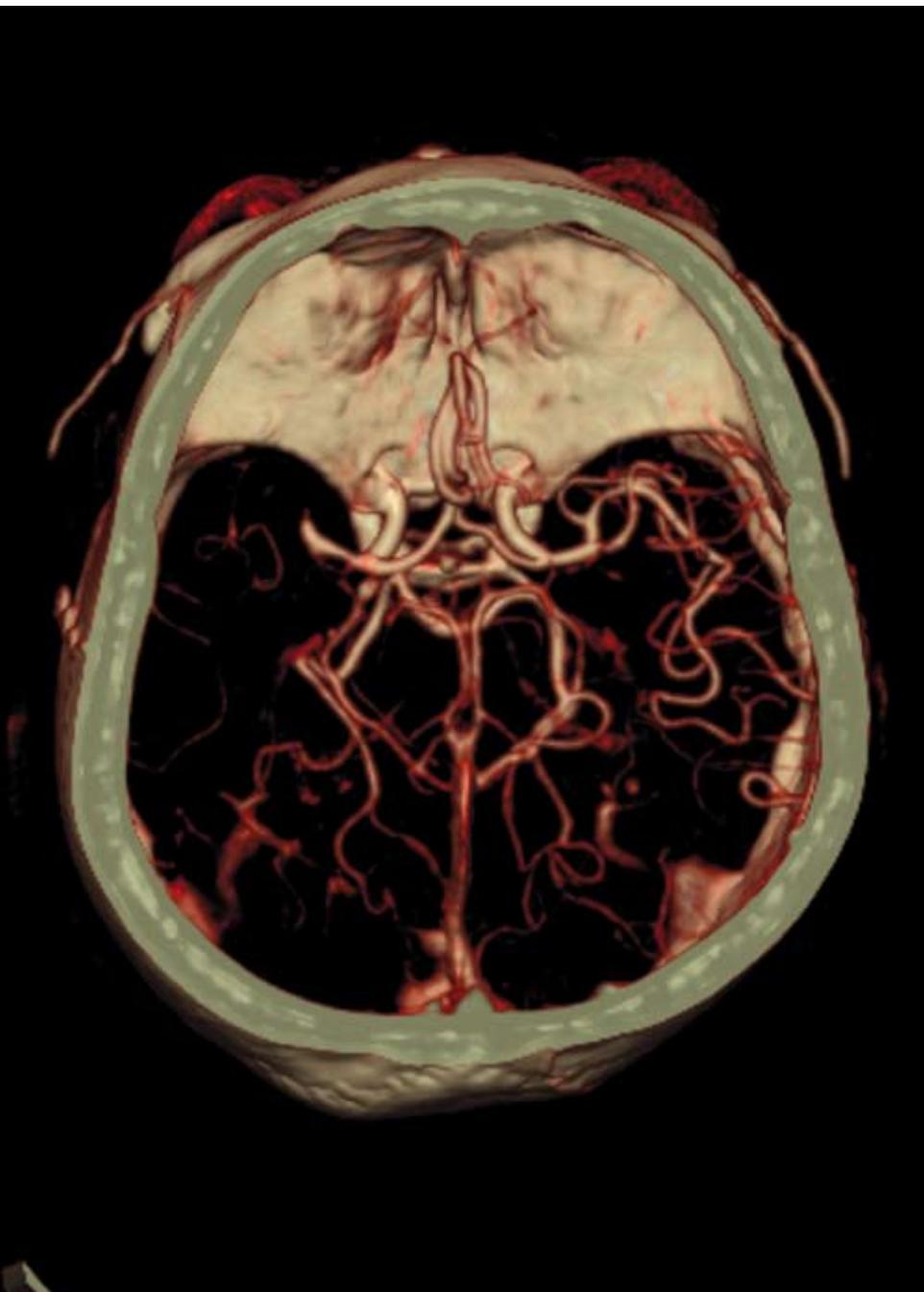
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

9 | 2010

September 2010

71. Jahrgang



- Themenheft: Schlaganfall
 - „Rhein-Main gegen den Schlaganfall
 - Epidemiologie des Schlaganfalls in Hessen – Was können wir für die Zukunft daraus ablesen?
 - Zertifizierte Fortbildung: Aktuelles zur Akutbehandlung und Prävention des Schlaganfalls
- Ausschuss „Rettungsdienst und Notfallmedizin“
- Erfolgreiche Zwischenbilanz des Alkoholpräventionsprojekts für Jugendliche: „Hackedicht – Besser geht’s dir ohne!“
- Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben
- Aktualisierung der STIKO-Impfempfehlungen

CT-Angiographie mit einem Verschluss des linken Hauptstamms der A. cerebri media. Der Blick ist von kranial auf den Schädel.

© mit freundlicher Genehmigung von
Professor Dr. med. Hanfried Weigand,
RNS Praxisgemeinschaft, Wiesbaden

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-va.de
E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

Brühsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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**

544

Landesärztekammer Hessen stellt ihre Gremien vor

Ausschuss „Rettungsdienst und Notfallmedizin“

546

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 17: Herbstzeitlose

547

„Rhein-Main gegen den Schlaganfall“

548

Epidemiologie des Schlaganfalls in Hessen –

Was können wir für die Zukunft daraus ablesen?

549

Zertifizierte Fortbildung:

Aktuelles zur Akutbehandlung und Prävention des Schlaganfalls

553

Medizinisches Zahlenrätsel

563

Landesärztekammer HessenAnmerkungen zu Aussagen über den neuen elektronischen Arztausweis
der LÄK Hessen im Deutschen Ärzteblatt

564

Erfolgreiche Zwischenbilanz des Alkoholpräventionsprojekts

für Jugendliche: „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“

565

Aus der Praxis für die Praxis – Menschen mit Behinderung in der
medizinischen Versorgung

566

Aktuelles

Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben

567

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

569

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

575

Aktuelles

Für Frieden und Zusammenarbeit im früheren Jugoslawien

577

Aktualisierung der STIKO-Impfempfehlung

578

Fortbildung Sicherer Verordnen

579

Arzt- und Kassenarztrecht

Aufklärung über UAW – Es steht Aussage gegen Aussage

580

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

583

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

587

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

591

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
(Foto: privat)

dass sich sogar das Deutsche Ärzteblatt in seinem jüngsten Editorial Gedanken über den neu entwickelten elektronischen Arztausweis der Landesärztekammer Hessen macht, ehrt uns sehr. Zeigt dies doch – kritischen

und zum Teil sachlich nicht zutreffenden Anmerkungen zum Trotz – dass unser hessisches Projekt auf erhebliches Interesse gestoßen ist. Ja, es stimmt: die Signaturkarte aus Hessen ist nicht mit der – noch gar nicht existent – elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kompatibel. Und sie soll es auch gar nicht sein, denn die eGK ist sowohl von der hessischen Delegiertenversammlung als auch vom Deutschen Ärztetag abgelehnt worden. Deshalb haben wir in Hessen eine Chipkarte konzipiert, die nicht den Anspruch erhebt, die große Lösung zu sein. Sie wird jedoch den Ansprüchen gerecht, die von der Ärzteschaft selbst formuliert wurden. Noch gibt es die große Lösung, den elektronischen Heilberufsausweis (HBA), nur ansatzweise. In Hessen halten wir nun aber eine kleine Lösung bereit, die unseren Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit einer einfachen, sicheren Kommunikation auf elektronischem Weg eröffnen soll.

Zunächst wird der neue hessische Arztausweis in einem Pilotprojekt getestet; anschließend werden wir die Ergebnisse bundesweit veröffentlichen und können uns vorstellen, damit wesentlich zu umfassenden Lösungen beizutragen. Auch eine andere „Außenseiter“-Initiative der Landesärztekammer Hessen, die als erste Kammer bundesweit den ePost-Brief einsetzt, zeigt, dass wir im Interesse der hessischen Ärztinnen und Ärzte auf zukunftsorientierte Technologien setzen.

Ärzte als Sündenböcke

Das Wichtigste kommt in den Diskussionen über eine Reform der Gesundheitspolitik zu kurz: die Versorgung der Bevölkerung. Dabei sollte auch aus Sicht von Politik und Krankenkassen der Patient im Mittelpunkt stehen. An der Qualität seiner Behandlung lässt sich die Qualität eines Gesundheitswesens ablesen – und der Stellenwert, den eine Gesellschaft der hochwertigen Versorgung ihrer Kranken beimisst. Bei ihrem Amtsantritt hatte die schwarz-gelbe Regierungskoalition große Erwartungen geweckt. Das Vertrauen von Bürgern und Ärzten in die Gesundheitspolitik sollte erneuert und eine „faire“ Finanzierung der medizinischen Versorgung gesichert werden. Was ist nach einem Jahr aus diesen Ankündigungen geworden? Im Vordergrund stehen wirtschaftliche Fragen. Gesundheitsprämie ja, nein oder in anderer Verpackung – und falls nicht, wie stellt man es an, dass die leeren Kassen dennoch wieder klingeln?

Wieder einmal soll die Ärzteschaft als Sündenbock für die Finanznöte im Gesundheitssystem herhalten. Medienberichte über erhebliche Honorarsteigerungen und angebliche Durchschnittseinkommen, von denen die meisten niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Wahrheit nur träumen können, legen den Verdacht einer Kampagne nahe. Wie in der öffentlichen Diskussion mit einer ganzen Berufsgruppe umgegangen wird, ist weder dazu angetan, Kolleginnen und Kollegen neues Vertrauen in die Gesundheitspolitik einzuflößen. Noch trägt sie dazu bei, dem schwindenden Interesse des ärztlichen Nachwuchses am Arztberuf Einhalt zu gebieten. Im Gegenteil.

Kampagnencharakter hat auch die Berichterstattung – und die Kritik der Krankenkassen – über den Anstieg von Knie- und Hüftgelenksoperationen in Deutschland.

Was für die betroffenen Patienten Erlösung von starken Schmerzen und Wiederherstellung oder Erhaltung der Mobilität und allen damit verbundenen, die Gesamtgesundheit begünstigenden Folgen bedeutet und eigentlich eine positive Meldung wert wäre, wird als horrendes Geldausgabe kritisiert, die das System über Gebühr belastet. Während also einerseits von verschiedenen Seiten der Vorwurf über angeblich überflüssige ärztliche und medizinische Behandlungen laut wird, werden andererseits mit Budgetzwängen begründete Behandlungsverweigerungen beklagt. An Stelle von Pauschalbeschuldigungen, die nichts belegen, sondern nur eine Generalverunglimpfung bedeuten und dadurch das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem weiter schmälern – und dieses damit auch verteuern – erwarten wir als Landesärztekammer, dass uns belegbare Fälle benannt und mit uns besprochen werden. Das entspricht einem modernen Fehlermanagement und der Forderung nach einem Qualitätsmanagement.

Patienten sind keine Kunden

Als Ärztinnen und Ärzte stehen wir immer auf der Seite der Patienten. Grundsätzlich gilt ja für alle Ärztinnen und Ärzte das Gebot der Ökonomie; dieses darf sich aber nicht nur auf eine Richtung beziehen. Ärztliches Tun richtet sich in erster Linie nach den Beschwerden des Patienten – sie bestimmen unser Handeln. Ablehnung notwendiger, unverzichtbarer Behandlung leidender Menschen mit der Begründung ökonomischer Zwänge ist unärztlich und wird sich gegen die Ärzteschaft allgemein auswirken und auch berechnete ärztliche Forderungen unwirksam machen.

Runder Tisch Weiterbildung

Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Behandlung durch Allgemeinärzte

und andere Fachärzte ist eine hochwertige Weiterbildung. Auch aufgrund des ärztlichen Nachwuchsmangels fordert die Landesärztekammer verbesserte Bedingungen in der Weiterbildung. Deshalb laden wir alle an der Weiterbildung Beteiligten in Hessen am 1. September zu einem Runden Tisch Weiterbildung ein. Zentrale Botschaft ist, dass die Kammer junge Kolleginnen und Kollegen fördern und für den Arztberuf begeistern will. Aber damit ist es nicht getan. Wir wollen Weiterzubildende unterstützen und deutlich machen, wie gute Strukturen in der Weiterbildung aussehen müssen. Auch muss festgelegt werden, wie die ambulante und stationäre Weiterbildung in Hessen sichergestellt werden kann. Weiterbildungsverbände zwischen stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten sind ein dafür geeigneter

Weg. Dieses Vorhaben möchten wir in Hessen verwirklichen.

Die Kammer sieht sich bei dem Runden Tisch als Moderatorin, übernimmt aber auch mit eigenen Vorschlägen Verantwortung. Ihr kommt als verantwortliche Körperschaft die Aufgabe der Koordination zu. Unter anderem sollen – als grundlegender Gedanke einer Weiterbildung im Verbund – sowohl innerhalb der Kammer als auch an den Weiterbildungsstätten Weiterbildungsbeauftragte institutionalisiert werden.

Verabschiedung von Dr. Michael Popović

Zum 31. August 2010 tritt unser langjähriger Hauptgeschäftsführer, Dr. med. Michael Popović, in den verdienten Ruhestand. Über ein Viertel Jahrhundert lang

hat er das Erscheinungsbild der Landesärztekammer Hessen in Vielem geprägt. Nach Öffnung des Ostblocks und Verschwinden des so genannten Eisernen Vorhangs hat Dr. Popović außerdem zum Aufbau von Strukturen ärztlicher Selbstverwaltung im Osten beigetragen. Für sein außerordentliches Engagement gebührt ihm der Dank der hessischen Ärzteschaft verbunden mit den besten Wünschen für eine zufriedene Gestaltung des nächsten Lebensabschnittes.

Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Schüler-Mentoren-Projekt der Frankfurter AIDS-Aufklärung e.V.

Die Frankfurter AIDS-Aufklärung e.V. bietet Schülern die Ausbildung zu Mentoren für die Themen HIV/AIDS. Von September 2010 bis September 2011 soll eine Gruppe von 15 bis 20 Schülern der 8. Jahrgangsstufe von Frankfurter Gymnasien, Real-, Gesamt- und Hauptschulen intensiv geschult werden. Veranstaltungsort ist eine Frankfurter Schule. Ab September 2011 sollen die frischgebackenen Mentoren dann an ihren jeweiligen Schulen als Ansprechpartner für HIV/AIDS, aber auch zu Themen wie Eigenverantwortung, Selbstbewusstsein und Sexualität zur Verfügung stehen.

Interessierte Schulen können sich noch bis zum 31. August 2010 anmelden. Die Schüler verpflichten sich, während der Mentoren-Ausbildung an der 1^{1/2}-stündigen Schulung pro Monat teilzunehmen. Zu den Themenschwerpunkten zählen Basisinformationen zu HIV/AIDS, Gespräche mit HIV-Betroffenen, Diskriminierung von HIV-positiven Menschen, Stärkung von Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung – einschließlich der Fähigkeit, „Nein“ zu sagen. Organisation, Durchführung und Betreuung dieser Schulungen liegen bei der AIDS-AUFKLÄRUNG e.V., Frankfurt. Zum Abschluss des Projekts erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat.

Kontakt und weitere Informationen:
AIDS-AUFKLÄRUNG e.V.
Große Seestraße 31, 60486 Frankfurt
info@aids-aufklärung.de
Fon: 069 762933

Ausschuss „Rettungsdienst und Notfallmedizin“

Der Ausschuss „Rettungsdienst und Notfallmedizin“ der LÄK Hessen ist ein Gremium des Präsidiums und berät sowohl das Präsidium der LÄK Hessen als auch die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in allen Fragen zur notfallmedizinischen Versorgung, zum Rettungsdienst, zur Notfalldienstordnung, zur Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit Ärztinnen und Ärzten, insbesondere des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie zu Novellierungen von Gesetzen und Verordnungen im Rettungsdienst.

Seit seiner Neuberufung im Oktober 2008 befasste sich der Ausschuss mit den erweiterten Versorgungsmaßnahmen durch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten. Ein heikles Thema bei den erweiterten Versorgungsmaßnahmen war die Gabe von Arzneimitteln insbesondere von Betäubungsmitteln durch qualifiziertes Rettungsdienstpersonal. Der Einsatz nicht-

opioider Analgetika gilt als unproblematisch. Bislang bestehen aus Sicht der Juristen aber erhebliche Bedenken bei der Gabe von Betäubungsmitteln als Analgetika durch nicht-ärztliches Fachpersonal. Aufgrund der unterschiedlichen Ansichten zwischen Juristen und Ärzten wird dieses Thema den Ausschuss auch zukünftig weiter beschäftigen.

Das Thema „Frühdefibrillation durch Laien“ wurde im Ausschuss „Rettungsdienst und Notfallmedizin“ fast in jeder Sitzung diskutiert. Der Wunsch des Ausschusses ist, dass möglichst viele Bürgerinnen und Bürger in Hessen als Ersthelfer ausgebildet werden.

Aktuelles Thema war die Verantwortlichkeit des Ärztlichen Leiter Rettungsdienstes (ÄLRD). Der Ausschuss empfiehlt, dass die Position des ÄLRD der eines Chefarztes entspricht. Ihm obliegt die alleinige medizinische Leitungsverantwortung. Der

ÄLRD ist in alle systemrelevanten Entscheidungen seines Rettungsdienstbereiches einzubinden. Diese Empfehlung hat das Präsidium der LÄK Hessen übernommen und nach Beschlussfassung in die Stellungnahme zur Neufassung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes eingebracht.

Seit der Rettungsdienst-Notarztverordnung vom 16. Mai 2001 dürfen ab dem 1. November 2008 nur noch Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst tätig werden, die über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügen. Im Rahmen der Übergangsbestimmungen haben insgesamt 3.687 von 6.111 aktiven Ärztinnen und Ärzten (Stand: 10. August 2010) eine Umschreibung der Fachkunde „Rettungsdienst“ in die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ durchführen lassen. Die Ärztinnen und Ärzte, die bisher die Umschreibung versäumt haben, können diese noch bis zum 31. Oktober 2010 bei der LÄK Hessen, Weiterbildungsabteilung, beantragen. Nach der neuen Weiterbildungsordnung 2005 haben sich bereits 416 Ärztinnen und Ärzte weiterbilden lassen und so die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ erworben.

In der kurzfristig anberaumten Sitzung des Ausschusses am 16. Juni 2010 beschäftigte sich der Ausschuss mit der Novellierung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes, des Hessischen Rettungsdienstplanes, des Indikationskataloges für Notarzteinsätze sowie mit der Erarbeitung einer Rettungsdienstverordnung, so dass das Präsidium dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit gegenüber fristgerecht seine Stellungnahme abgeben konnte. An der Klausurtagung des Ministeriums zur Novellierung nahm Dr. Nowak als Vertreter der LÄK Hessen teil.

Auch in Ausschüssen und Gremien des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit wird die LÄK Hessen durch Mitglieder des Ausschusses vertreten. So ist Dr. Nowak Vertreter der LÄK Hessen im Landesbeirat Rettungsdienst und in dessen Unterausschüssen Qualitätssicherung, Strukturfragen, Notärztliche

Dem Ausschuss gehören folgende Personen an:

Name	Funktion/Status
Monika Buchalik	Fachärztin für Allgemeinmedizin, Hanau Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen
Dr. med. Michael Gehrke	Facharzt für Allgemeinmedizin, Frankfurt
Gisbert John	Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden
Detlev Kann	Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, Notfallmedizin Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Kassel
Professor Dr. med. Paul Kessler	Stv. Vorsitzender des Ausschusses Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin, Leiter der Abt. Anästhesiologie, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt
Karl-Heinz Krütt	Leitender Branddirektor der Feuerwehr Kassel
Martin Leimbeck	Facharzt für Allgemeinmedizin, Braunfels Vizepräsident der LÄK Hessen
Dr. med. Dipl. Chem. Paul Otto Nowak	Vorsitzender des Ausschusses Facharzt für Innere Medizin und Arbeits- medizin, Notfallmedizin
Dr. med. Edgar Pinkowski	Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin, Pohlheim Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen
Manfred Schulz	Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfall- medizin, Frankfurt

Versorgung, Umsetzung und Fortschreibung des Rettungsdienstplanes. Im Landesbeirat für Allgemeine Hilfe, Brandschutz und Katastrophenschutz beim Hessischen Ministerium des Innern und für Sport, wird die LÄK Hessen durch Professor Dr. Kessler vertreten.

Bereits seit Jahren fordert der Ausschuss, dass der Rettungsdienst eigenständig im Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt und nicht wie bisher unter Fahrtkosten subsumiert wird. Auf Antrag von Dr. Nowak hat sich der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden im Mai diesen Jahres mit großer Mehrheit nach einer eigenständigen Verankerung des Rettungsdienstes mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport im SGB V angeschlossen und die Bundesregierung aufgefordert, hier

endlich tätig zu werden. Mit rund neun Millionen Einsätzen im Jahr müsse der – bislang in eigenständigen Rettungsdienst-Gesetzen der Bundesländer geregelte – Rettungsdienst endlich mit dem Bundesrecht verzahnt werden.

Die Mitglieder des Ausschusses wurden am 18. Oktober 2008 vom Präsidium neu berufen.

Wilhelm Schier, Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, nimmt als ständiger Gast an den Sitzungen des Ausschusses „Rettungsdienst und Notfallmedizin“ teil, so dass der Kontakt zum Ministerium gewährleistet ist.

In der 1. und konstituierenden Sitzung des (damals noch lautenden) Ausschusses

„Rettungsdienst“ am 18. Februar 2009, wurden Dr. med. Dipl. Chem. Nowak zum Vorsitzenden und Professor Dr. med. Kessler zum stv. Vorsitzenden wiedergewählt. Anlässlich dieser Sitzung wurde vom Ausschuss die Umbenennung in Ausschuss „Rettungsdienst und Notfallmedizin“ angeregt. Hintergrund für diese Umbenennung war, dass der Ausschuss „Notfallmedizin“ der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung schon seit einigen Jahren nicht mehr getagt und der Ausschuss „Rettungsdienst“ bei der LÄK Hessen sich dazu bereit erklärt hat, den Vorstand der Akademie in notfallmedizinischen Fragen zu beraten. Das Präsidium der LÄK Hessen hat in seiner Sitzung am 1. April 2009 dieser Anregung zugestimmt.

Miriam Mißler

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 17: Herbstzeitlose (*Colchicum autumnale* L.) Alexander H. Jakob



Herbstzeitlose

Die Herbstzeitlose ist in der Bevölkerung insbesondere aufgrund ihrer Toxizität bekannt.

Die Blätter, die im Gegensatz zur herbstlich auftretenden Blüte, im Frühjahr sichtbar sind, führen bei Ingestion durch Verwechslung mit dem Bärlauch (*Allium ursinum* L.), einem Lauchgewächs, zu generalisierten Vergiftungserscheinungen mit sehr schlechter Prognose und Todesfällen.

Die Blüte der Herbstzeitlose, welche sich von der Wärme beeinflusst öffnet und schließt, findet sich auf leicht feuchten Wiesen und teilweise auch als Zierpflanze in Gärten.

Von den in allen Pflanzenteilen enthaltenen Alkaloiden ist insbesondere das Colchizin bekannt, das aufgrund seiner antiinflammatorischen Wirkung leitliniengerecht zur Therapie des Gichtanfalles eingesetzt wird, auch wenn aufgrund der möglichen Nebenwirkungen, heutzutage hierfür oftmals nichtsteroidale Antiphlogistika bevorzugt Verwendung finden. Eine seltene Indikation ist die Anfallprophylaxe bei dem familiären Mittelmeerfieber, einer autosomal-rezessiv vererbten Erkrankung.

Für diese Indikationen sind allopathische, fertige Arzneimittel im Handel.

Eine klassische phytotherapeutische Anwendung und Zubereitung verbietet sich aufgrund der beschriebenen Toxizität.

Ein weiteres in der Herbstzeitlose enthaltenes Alkaloid ist das Demecolcin, das aufgrund seiner antimitotischen Wirkung in den fünfziger Jahren für den Einsatz in der onkologischen Therapie beschrieben wurde.

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

„Rhein-Main gegen den Schlaganfall“

Eine Gesundheitskampagne zur weiteren Verbesserung der Schlaganfallversorgung beginnt mit der Auftaktveranstaltung¹ am 1. September 2010 in Wiesbaden

Am 1. September 2010 wird die Öffentlichkeitskampagne „Rhein-Main gegen den Schlaganfall“ starten. Ziel der Kampagne ist zum einen, die Kenntnis über die Akutsymptome des Schlaganfalls zu verbessern und zum zweiten, die Bedeutung einer Lebensstiländerung zur Vermeidung von Schlaganfällen zu betonen. Die Kampagne wird wissenschaftlich und klinisch vor allem von den Stroke Unit-Betreibern und großen neurologischen Akut-Kliniken des Rhein-Main-Gebietes durchgeführt.

Beteiligte sind: Klinikum Hanau, Neurologische Klinik, PD Dr. med. Horst Baas, Klinikum Offenbach, Neurologische Klinik, Professor Dr. med. Erwin Stark, Klinikum Darmstadt, Neurologische Klinik, Professor Dr. med. Detlef Claus, Nordwestkrankenhaus Frankfurt, Neurologische Klinik, Professor Dr. med. Uta Meyding-Lamadé, St. Katharinen Krankenhaus Frankfurt, PD Dr. med. Stefan Weidauer, Klinikum Frankfurt-Höchst, Neurologische Klinik, Professor Dr. med. Hansjörg Schütz und federführend die HSK Wiesbaden, Neurologische Klinik, Professor Dr. med. Gerhard

F. Hamann sowie das Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Neurologie, Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz.

Ein wesentlicher Teil dieser Kampagne wird eine Informations- und Aufklärungsaktion an den Gymnasien im Rhein-Main-Gebiet sein, um den Biologiekursen der 12. bzw. noch vorhandenen 13. Klassen der Gymnasien das Problem Schlaganfall näher zu bringen mit folgenden Zielen:

Zum einen sollen diese jungen Menschen bei ihren Angehörigen, Eltern, Großeltern oder sonstigen Verwandten oder Freunden Symptome eines Schlaganfalls frühzeitig erkennen und darauf richtig reagieren können. Zum zweiten gibt es viele gesundheitliche Gefahren im Lebensstil junger Menschen, insbesondere Nikotinmissbrauch, Drogenkonsum, Risikosportarten oder ähnliches. Hier wird den Betroffenen eine Lebensstiländerung empfohlen. Sie sollen selbst die Idee eines gesunden Lebensstils schon frühzeitig wahrnehmen und für sich umsetzen und damit der weiteren Zunahme vaskulärer Erkrankungen, insbesondere Schlaganfällen, vorbeugen. Zusätzlich soll die Kampagne auch aus-

ländische Mitbürger besser erreichen. In Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden (wie Ausländerämtern bzw. Integrationsämtern) wird in den jeweiligen Gemeinden versucht, über sogenannte ‚Lotsen‘ und mit Aufklärungsbroschüren in verschiedenen Sprachen Gesundheitsinformationen zu vermitteln.

In zwei Artikeln auf den Folgeseiten versuchen wir, im Rahmen der Kampagne „Rhein-Main gegen den Schlaganfall“ den aktuellen Wissensstand zur Epidemiologie des Schlaganfalles und die aktuellen Empfehlungen zu dessen Notfallmanagement und Akutbehandlung sowie zur Sekundärprävention zusammenzufassen und damit die Kolleginnen und Kollegen für eine Unterstützung der Kampagne zu gewinnen.

*Professor Dr. med. Gerhard F. Hamann
Direktor der Klinik für Neurologie
HSK Wiesbaden*

*Professor Dr. med. Helmuth Steinmetz
Direktor der Klinik für Neurologie
Uniklinik Frankfurt*

¹ Nähere Informationen auf www.rhein-main-gegen-den-schlaganfall.de (Veranstaltungskalender)

Epidemiologie des Schlaganfalls in Hessen – Was können wir für die Zukunft daraus ablesen?

Christian Foerch¹, Björn Misselwitz², Detlef Claus³, Erwin Stark⁴, Gerhard F. Hamann⁵, Helmuth Steinmetz¹

Zusammenfassung

Als Folge der gegenwärtigen demographischen Entwicklung hin zu einer zunehmend alternden Gesellschaft wird die Zahl der Patienten, die jährlich aufgrund eines Schlaganfalls in hessischen Kliniken stationär behandelt werden müssen, bis zum Jahre 2050 mutmaßlich um etwa 70 % ansteigen. Aus unserer Prognose, die auf der Bevölkerungsvorberechnung des Statistischen Landesamtes Hessen und auf den Daten des hessenweiten Schlaganfallregisters der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) beruht, wird ferner ersichtlich, dass sich die Altersstruktur künftiger Schlaganfallkollektive beträchtlich verändern wird. Im Jahre 2050 werden etwa 38 % aller Schlaganfallpatienten älter als 84 Jahre sein, während es im Jahre 2005 lediglich 17 % waren.

Angesichts dieser Entwicklung müssen die Versorgungskapazitäten in Akutkliniken, Rehabilitationseinrichtungen, zu Hause und in Pflegeheimen kontinuierlich erweitert werden. Noch wichtiger ist aber eine anhaltende, breitenwirksame Aufklärung über die präventive Bedeutung eines gesunden Lebensstils sowie der Behandlung von Bluthochdruck und Vorhofflimmern. Dies sind wichtige Ziele der aktuellen Kampagne „Rhein-Main gegen den Schlaganfall“.

Die Bevölkerungsstruktur der meisten europäischen Länder unterliegt derzeit einem

tiefgreifenden Wandel hin zu einer zunehmenden Überalterung der Gesellschaft.[1] Wie sich den Daten des Statistischen Landesamtes Hessen entnehmen lässt, wird die Bevölkerung in Hessen von derzeit etwa 6,1 Mio. auf 5,1 Mio. im Jahre 2050 abnehmen. Im Gegenzug wird sich der Anteil der über 84-jährigen Menschen von aktuell etwa 2 % auf über 8 % vervierfachen.[2]

Die demographischen Veränderungen werden sich folgeschwer auch auf die Gesundheitssysteme auswirken. Insbesondere altersassoziierte Erkrankungen werden in ihrer Bedeutung stark zunehmen. An erster Stelle ist in diesem Zusammenhang der Schlaganfall zu nennen, der bereits heute die am häufigsten zu dauerhafter Invalidität und Pflegebedürftigkeit führende Erkrankung ist.[3] Um eine bedarfsgerechte Optimierung der Versorgungsstrukturen auch zukünftig gewährleisten zu können, ist es von Interesse, aktuelle Zahlen zur Behandlung von Schlaganfallpatienten zu sammeln, um hierauf basierend die Veränderungen in den kom-

menden Jahren möglichst genau prognostizieren zu können.

Die GQH-Schlaganfalldatenbank

Seit 1995 existiert in unserem Bundesland ein von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH, www.gqhnet.de) etabliertes Register zur Qualitätssicherung der Schlaganfallbehandlung in Hessen. Seit 2003 sind alle an der Versorgung akuter Schlaganfallpatienten in Hessen beteiligten Kliniken verpflichtet, stationär behandelte Patienten mit ischämischer Hirninfarkt, transitorisch ischämischer Attacke oder Hirnblutung in der Datenbank zu dokumentieren.[4,5] Neben neurologischen Kliniken zählen hierzu auch internistische Krankenhäuser und akut-geriatrische Einrichtungen. Basierend auf einem Abgleich der Daten der Hessischen Schlaganfalldatenbank und den vom Statistischen Landesamt ermittelten Zahlen zur Hospitalisierung von Schlaganfallpatienten kann davon ausgegangen werden, dass mindestens 90 % aller im Krankenhaus behandelten Schlaganfallpatienten in Hes-

ANZEIGE

RECHTSANWÄLTE

PROCHNOW & KONRAD

FACHANWÄLTE FÜR MEDIZINRECHT

Passavantstr. 28
D-60596 Frankfurt

Tel: 069 - 6971256 - 0
Fax: 069 - 6971256 - 11

Mail: info@prochnow-konrad.de
www.prochnow-konrad.de

<p>Tatjana Prochnow Rechtsanwältin Fachanwältin für Medizinrecht</p>	<p>Stefanie Konrad Rechtsanwältin Fachanwältin für Medizinrecht</p>
--	---

Vertragsarztrecht • Gesellschaftsrecht • Berufsrecht
Haftungsrecht • Liquidationsrecht • Werberecht

¹ Klinik für Neurologie, Goethe-Universität Frankfurt am Main

² Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

³ Klinik für Neurologie, Klinikum Darmstadt

⁴ Klinik für Neurologie, Klinikum Offenbach

⁵ Klinik für Neurologie, Dr. Horst Schmidt-Kliniken Wiesbaden

sen im Rahmen des GQH-Registers erfasst werden. Neben der Qualitätssicherung an sich können anhand dieser Datenbank somit auch epidemiologische Aspekte und Fragestellungen in Bezug auf die Versorgungsforschung des Schlaganfalles in Hessen wissenschaftlich untersucht werden. Ein Prognosemodell zur Vorhersage der Schlaganfallzahlen in Hessen bis in das Jahr 2050 wurde von uns kürzlich als Originalarbeit im Deutschen Ärzteblatt publiziert. [5]

Die Schlaganfallzahlen in Hessen im Jahre 2005

Im Jahr 2005 wurden in Hessen insgesamt 20.846 Schlaganfallpatienten stationär behandelt. Die Mehrzahl hiervon (etwa 60 %) litt an ischämischen Hirninfarkten (ICD10:I63). Etwa ein Viertel der Patienten befand sich in stationärer Behandlung auf Grund einer transitorisch ischämischen Attacke (G45). Weniger als 10 % aller Patienten hatten eine intrazerebrale Blutung (I61) als Aufnahmegrund.[5]

Umgerechnet auf die Bevölkerung errechnete sich aus diesen Zahlen eine Inzidenz des Schlaganfalles in Hessen (d.h. im Krankenhaus behandelte Erst- und Rezidivschlaganfälle) von 342 pro 100.000 Einwohner und Jahr. Diese Inzidenzraten stiegen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Für die Altersklasse der 45 bis 54-jährigen ergaben sich 129 stationär behandelte Schlaganfälle pro 100.000 Einwohner und Jahr, für > 84-jährige lag dieser Wert bei über 3.000 pro 100.000 Einwohner und Jahr.

Aus diesen wenigen Zahlen lässt sich bereits in der Gegenwart die große Bedeutung des Krankheitsbildes Schlaganfall für das Gesundheitssystem erkennen: 2 % aller 75- bis 84-jährigen Menschen und 3 % aller über 84-jährigen Menschen müssen jedes Jahr aufgrund eines Schlaganfalls im Krankenhaus behandelt werden.

Prognose der Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050

Gleichbleibende Inzidenzraten pro Alterskategorie vorausgesetzt, wird sich die Gesamtanzahl aller im Krankenhaus behandelten Schlaganfälle in Hessen von 20.846 im Jahr 2005 auf über 35.000 im Jahre 2050 erhöhen.[5] Die Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerungspyramide zwischen 2005 und 2050 spiegeln sich auch in der Altersstruktur der Schlaganfallpatienten wider. Während die absolute Zahl an Schlaganfallpatienten in den Altersklassen 18 bis 54 Jahre abnehmen wird, bleibt sie in den Altersklassen 55 bis 74 Jahre weitgehend konstant, erhöht sich aber in den höheren Altersklassen dramatisch. Während im Jahre 2005 etwa 3.600 Schlaganfallpatienten in Hessen älter als 84 Jahre waren, wird sich diese Zahl im Jahre 2050 mutmaßlich auf über 13.000 erhöhen.

Unterteilt nach Schlaganfallssubtypen ergibt sich eine Inzidenz des im Krankenhaus behandelten ischämischen Hirninfarktes (Erst- und Rezidivkrankung) von 212 pro 100.000 im Jahr 2005. Der entsprechende Wert für die intrazerebrale Blutung beträgt 270 pro 100.000. Da der ischämische Hirninfarkt eine insgesamt stärkere Altersassoziation als die intrazerebrale Blutung aufweist, wird seine Bedeutung innerhalb der Schlaganfallkollektive der Zukunft zunehmen. Im Umkehrschluss wird der bereits gegenwärtig geringe Anteil an Patienten mit intrazerebralen Blutungen bis zum Jahre 2050 weiter abnehmen.[5]

Innerhalb der Gruppe der ischämischen Schlaganfälle selbst weist die kardiale Embolie bei intermittierendem oder chronischem Vorhofflimmern eine ausgeprägte Assoziation mit zunehmendem Alter auf. [6] Entsprechend ist zu erwarten, dass in

Bezug auf die Ätiopathogenese des ischämischen Schlaganfalles die Bedeutung der Kardioembolie in Zukunft zunehmen wird. Dieser Aspekt ist in Bezug auf die Einleitung primär- und sekundär-prophylaktischer Maßnahmen von zentraler Bedeutung.

Auswirkungen auf die Akuttherapie des Hirninfarktes

Der zunehmende Anteil älterer (> 84 Jahre) Schlaganfallpatienten, der entsprechend unserer Vorausberechnungen von 17 % im Jahr 2005 auf 38 % im Jahr 2050 ansteigen wird, wird sich mutmaßlich negativ auswirken auf die Gesamtrate aller Patienten mit Hirninfarkten, die einer kausal orientierten Akutbehandlung mit einem Thrombolytikum zugeführt werden können.[7] rt-PA ist zur Therapie des ischämischen Hirninfarktes innerhalb von drei Stunden nach Symptombeginn zugelassen.[8] Die drei großen europäischen Thrombolysestudien (ECASS I-III) waren sämtlich mit einer oberen Altersgrenze von 80 Jahren durchgeführt worden.[9,10] In der amerikanischen NINDS-Studie war im Vorfeld keine obere Altersgrenze festgelegt worden, jedoch wurde nur eine sehr geringe Anzahl an Patienten älter als 80 Jahre eingeschlossen. Basierend auf den zur Verfügung stehenden Daten hat die Europäische Zulassungsbehörde (EMA) eine obere Altersgrenze von 80 Jahren für die Thrombolysebehandlung von Patienten mit ischämischen Hirninfarkten definiert. Dies spiegelt sich in der Anwendung von rt-PA im klinischen Alltag wider. Hessenweit wurden im Jahre 2005 insgesamt 577 Schlaganfallpatienten mit rt-PA behandelt. Die Rate an thrombolysierten Patienten an allen Patienten mit ischämischen Hirninfarkt betrug in der Altersklasse 65 bis 74 Jahre 4,9 % und in der Altersklasse 75 bis 84 Jahre 4,5 %. Jedoch wurden nur 1,8 % aller Patienten >84 Jahre einer rt-PA Be-

handlung unterzogen. Nimmt man an, dass sich die Behandlungsraten pro Altersklasse in den nächsten Jahren nicht signifikant ändern, wird der Anteil der thrombolysierten Patienten an allen Patienten mit ischämischen Schlaganfall von derzeit 4,5 % auf 3,8 % im Jahr 2050 fallen (relative Abnahme: 16 %).[7] Falls die aktuell geltenden Thrombolyse-Kriterien auch in Zukunft Anwendung finden sollten, ist davon auszugehen, dass allein aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Schlaganfallpatienten die Gesamtrate so behandelter Patienten abnehmen wird. Der demographische Trend läuft folglich den aktuellen Bemühungen um höhere Thrombolyseraten bei Patienten mit ischämischen Schlaganfällen eher entgegen.

Ein weiterer kritischer Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass sich die Altersspanne zukünftiger Schlaganfallkollektive und die der o.g. Thrombolysestudien zunehmend weiter voneinander entfernen. Dies schmälert letztlich die Evidenz für die Wirksamkeit der Therapie. Dieses Dilemma kann

letztlich nur durch klinische Studien ohne obere Altersbegrenzung überwunden werden. Ein Beispiel hierfür ist die aktuell rekrutierende IST-Studie.[11]

Bedeutung für die poststationäre Versorgung

Neben der Akutbehandlung im Krankenhaus ist die Weiterversorgung von schwer betroffenen Schlaganfallpatienten in Rehabilitationskliniken und Pflegeheimen, insbesondere in Bezug auf die Schaffung adäquater Versorgungsstrukturen, von zentraler Bedeutung. Die auf der Hessischen Schlaganfalldatenbank basierende Vorhersage lässt erkennen, dass der überproportional steigende Anteil älterer Schlaganfallpatienten mit einem ebenfalls überproportional ansteigenden Anteil schwerer betroffenen Schlaganfallpatienten einhergeht. In Bezug auf den Status bei Entlassung aus der Akutbehandlung wird die Zahl der Patienten, die künftig direkt nach Hause entlassen werden können, nur unterproportional ansteigen. Der Anteil der Patienten hingegen, der ohne vorherige

Rehabilitation unmittelbar ins Pflegeheim verlegt wird, wird sich – gleich bleibende häusliche Versorgungsmöglichkeiten vorausgesetzt – von 1.340 im Jahr 2005 auf über 2.800 im Jahr 2050 mehr als verdoppeln.[5]

Diskussion

Basierend auf der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Hessen und der im Rahmen der Hessischen Schlaganfalldatenbank zur Akutbehandlung des Schlaganfalls gesammelten Daten führten wir eine Vorausberechnung der Schlaganfallzahlen in Hessen bis zum Jahre 2050 durch. Trotz des Rückgangs der Gesamtbevölkerung in Hessen um ca. 15 % wird die Zahl der Schlaganfallpatienten bis 2050 um 68 % ansteigen.[5] Deren Altersstruktur wird sich ebenfalls nachhaltig verändern. Die überwiegende Anzahl der Schlaganfallpatienten wird zukünftig älter sein als 74 Jahre.

Aus diesen Daten lässt sich ableiten, dass die Versorgungsstrukturen in Hessen so-

wohl in Bezug auf die Akutbehandlung als auch für die Rehabilitation und danach kontinuierlich ausgebaut werden müssen. Eine zunehmende Anzahl an Patienten, die nach dem Schlaganfall pflegebedürftig bleiben, wird eine zusätzliche Angebots-optimierung in der längerfristigen Versorgung erfordern.

In der Zusammenschau wird die Belastung des Gesundheitssystems und der Gesellschaft durch das Krankheitsbild Schlaganfall in Zukunft deutlich ansteigen. Bereits heute liegen die direkten medizinischen Kosten der Schlaganfallversorgung in Deutschland bei 7,1 Mrd. Euro (2004), die Gesamtkosten pro Betroffenen betragen über 43.000 Euro.[12] Es ist damit zu rechnen, dass im Jahre 2050 jährlich 0,7 % der Gesamtbevölkerung aufgrund eines Schlaganfalls hospitalisiert sein werden.

Ein kritischer Punkt unserer Vorausberechnung ist die Annahme einer stabilen Inzidenz pro Altersklasse bis zum Jahr 2050. Vergleicht man die alters- und populationsbereinigten Inzidenzraten ischämischer Hirninfarkte in Hessen (99 pro 100.000 Personen und Jahr) mit den 13 Jahre zuvor im Rahmen des Erlanger Schlaganfallregisters erhobenen Daten (104 pro 100.000 Personen und Jahr), so ist von derzeit weitgehend stabilen altersadjustierten Schlaganfallinzidenzen in Deutschland auszugehen.[13] Die Kernaussagen der hierzu international publizierten Fachliteratur sind aber nicht einheitlich. Einige Studien gehen von stabilen Inzidenzen aus, während andere insbesondere in den letzten Jahren abnehmende Inzidenzzahlen berichteten.[14,15] Falls es zukünftig zu einer Abnahme der Schlaganfallinzidenz vor allem in den hö-

heren Alterskategorien kommen sollte, hätten wir die Anzahl an Schlaganfallpatienten für das Jahr 2050 heute wahrscheinlich überschätzt. Umgekehrt könnte es aber auch sein, dass die derzeit sich andeutende Wiederzunahme vaskulärer Risiken durch Übergewicht, Diabetes mellitus und unzureichende Primärpräventionen von uns vorhergesagten Trend noch verstärkt.

So gebietet der prognostizierte Anstieg verstärkte Bemühungen aller um eine optimierte Prophylaxe des Schlaganfalls. Dies ist eines der Hauptziele der Aktion „Rhein-Main gegen den Schlaganfall“. Neben der unstrittigen Bedeutung einer raschen Akutdiagnostik und -therapie des akuten Schlaganfalls („time is brain“) bleibt festzuhalten, dass ein weit höherer „medizinischer“ Gesamtnutzen durch die „einfache“ Umsetzung längst etablierten Wissens der vaskulären Primär- und Sekundärprävention zu erzielen wäre (siehe auch Artikel von Liebetrau M et al. auf Seite 553).

Die Fortsetzung der Erfassung der hessenweiten Schlaganfallzahlen durch die GQH wird es uns auch in Zukunft erlauben, die Entwicklung der Absolutzahlen der Schlaganfallpatienten in Hessen zu analysieren. Sollten sich hierbei unter dem prognostizierten Trend liegende Werte für die Gesamtanzahl aller Schlaganfallpatienten ergeben, kann dies als ermutigender Teilerfolg angesehen werden. Die Entwicklung der Zahlen seit 2005 spricht allerdings bisher nicht dafür.

Literatur

1. *Population projections 2004-2050. Eurostat News Release (2005).*
2. *Statistisches Landesamt Hessen: Bevölkerung in Hessen 2050, (Wiesbaden, 2005).*
3. *Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T. & Murray, C.J. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: sys-*

tematic analysis of population health data. Lancet 367, 1747-1757 (2006).

4. *Foerch, C., et al. Difference in recognition of right and left hemispheric stroke. Lancet 366, 392-393 (2005).*
5. *Foerch, C., Misselwitz, B., Sitzer, M., Steinmetz, H. & Neumann-Haefelin, T. Die Schlaganfallzahlen bis 2050. Dtsch Arztebl 105, 467-473 (2008).*
6. *Go, A.S., et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. Jama 285, 2370-2375 (2001).*
7. *Foerch, C., Sitzer, M., Steinmetz, H. & Neumann-Haefelin, T. Future demographic trends decrease the proportion of ischemic stroke patients receiving thrombolytic therapy: a call to set-up therapeutic studies in the very old. Stroke 40, 1900-1902 (2009).*
8. *Actilyse Gebrauchsinformation. Boehringer Ingelheim (2005).*
9. *Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 333, 1581-1587 (1995).*
10. *Hacke, W., et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 359, 1317-1329 (2008).*
11. *Sandercock, P., et al. The third international stroke trial (IST-3) of thrombolysis for acute ischaemic stroke. Trials 9, 37 (2008).*
12. *Kolominsky-Rabas, P.L., et al. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. Stroke 37, 1179-1183 (2006).*
13. *Kolominsky-Rabas, P.L., et al. A prospective community-based study of stroke in Germany – the Erlangen Stroke Project (ESPro): incidence and case fatality at 1, 3, and 12 months. Stroke 29, 2501-2506 (1998).*
14. *Anderson, C.S., et al. Trends in stroke incidence in Auckland, New Zealand, during 1981 to 2003. Stroke 36, 2087-2093 (2005).*
15. *Kleindorfer, D., et al. The unchanging incidence and case-fatality of stroke in the 1990s: a population-based study. Stroke 37, 2473-2478 (2006).*

Korrespondendadresse

Dr. med. Christian Foerch

Klinik für Neurologie

Goethe-Universität Frankfurt

Schleusenweg 2-16

60528 Frankfurt am Main

Fon: 069 6301-6395, Fax: 069 6301-4498

E-Mail: foerch@em.uni-frankfurt.de

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602010090900000

Aktuelles zur Akutbehandlung und Prävention des Schlaganfalls

Martin Liebetrau¹, Joachim Hüwel¹, Uta Meyding-Lamadé², Stefan Weidauer³, Hansjörg Schütz⁴, Horst Baas⁵, Helmuth Steinmetz⁶, Gerhard F. Hamann¹

Zusammenfassung

Die Versorgung ischämischer Schlaganfälle und zerebraler Blutungen hat sich im letzten Jahrzehnt entscheidend verändert. Neben der effizienten Basistherapie, nicht zuletzt auch durch die Etablierung der Stroke Units, wurde die Anwendung der Thrombolyse beim ischämischen Hirninfarkt verbessert und ausgeweitet. Die systemische Thrombolyse wird bei Patienten mit ischämischem Hirninfarkt im sogenannten erweiterten „4,5-Stunden-Zeitfenster“ nach Symptombeginn mit 0,9 mg/kg KG Gewebefibrinolyse (rt-PA) durchgeführt. Die Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien insbesondere bei Überschreitung des bisher gängigen „3-Stunden-Zeitfensters“ durch erfahrene Neurologen muss hierbei gewährleistet sein. Eine stetige Verkürzung der Prähospitalphase führte zu einer erfreulichen Erhöhung der Thrombolyseraten. Wirksame neuroprotektive Maßnahmen sind dagegen trotz zahlreicher klinischer Studien weiterhin nicht verfügbar. Mit entscheidend für eine erfolgreiche Sekundärprävention von Schlaganfällen sind, neben der Kontrolle möglichst vieler Risikofaktoren, der Lebensstil, die antihypertensive Therapie, sowie die Gabe von Statinen unabhängig vom Cholesterinwert. Vorhofflimmern sollte beim ischämischen Hirninfarkt wenn möglich mit oraler Antikoagulation unabhängig vom Alter des Patienten behandelt werden. Ein isoliertes persistierendes offenes

Foramen ovale sollte nicht interventionell behandelt werden. Symptomatische hochgradige Karotisstenosen sollten in der Regel operiert werden, eine Stentbehandlung kann nach den aktuell vorliegenden Studien nicht generell als Methode der ersten Wahl empfohlen werden. Die operative oder endovaskuläre Behandlung asymptomatischer Karotisstenosen ist nur im Ausnahmefall begründet, wobei hier auch das Alter und die Lebenserwartung des Patienten eine wichtige Rolle spielen und bei prinzipiell zurückhaltender Indikation zur Operation individuell im Einzelfall entschieden werden sollte.

Die Versorgung ischämischer Schlaganfälle und zerebraler Blutungen hat sich im letzten Jahrzehnt entscheidend verändert. Neben der Etablierung der Schlaganfallspezialstationen und der systemischen Thrombolyse des ischämischen Schlaganfalls in der Akutbehandlung gab es auch wesentliche neue Erkenntnisse und Fortschritte zur Sekundärprävention des Schlaganfalls. Diese Übersichtsarbeit gliedert sich in zwei Hauptteile. Zunächst werden neue Studienergebnisse zur Akutbehandlung dargestellt, dann folgen Daten zur Sekundärprävention des Schlaganfalls.

Akutbehandlung des Schlaganfalls

Die Akutbehandlung des Schlaganfalls besteht aus einer komplexen Behandlungs-

kaskade, die eine strukturierte intra- und interprofessionelle Abstimmung erfordert.

Behandlung in der Prähospitalphase

Ein entscheidender Punkt in der Akutbehandlung ist die Prähospitalphase. Optimierte Abläufe in der Prähospitalphase bedeuten einen entsprechenden Zeitgewinn für den Patienten und haben wesentlichen Einfluss auf die Prognose. Eine kanadische Studie konnte eindrücklich zeigen, dass durch die gezielte Zuweisung von Patienten mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall in Kliniken mit einer Stroke Unit die Thrombolyserate deutlich gesteigert werden konnte.[15] Alle Patienten mit klinischem Verdacht auf einen akuten Schlaganfall wurden in ein Schlaganfallzentrum eingewiesen. Eine akute Einweisung in lokale Krankenhäuser ohne Stroke Unit war nicht gestattet. Der Rettungsdienst bekam strikte Anweisung bzgl. der anzufahrenden Stroke Unit, das vor Ort tätige Ärzteteam auf der Stroke Unit wurde zuvor telefonisch direkt verständigt. Mit den umliegenden Kliniken wurde vereinbart, dass die Patienten ggf. innerhalb eines definierten Zeitraums in die Heimatregion zurückzuverlegen seien. Durch diese Maßnahme konnte sowohl eine Verdoppelung des Anteils der im 2,5-Stunden-Zeitfenster eingelieferten akuten Schlaganfallpatienten als auch eine mehr als doppelt so hohe Thrombolyserate mit einem

¹ Neurologische Klinik, Dr. Horst Schmidt Klinik, Wiesbaden

² Neurologische Klinik, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt

³ Neurologische Klinik, Sankt Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt

⁴ Abteilung Neurologie, Städtische Kliniken, Frankfurt-Höchst

⁵ Neurologische Klinik, Klinikum Hanau

⁶ Klinik für Neurologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

prozentualen Anstieg von 9,5 % auf 23,4 % ($P=0.01$) erreicht werden. 50 % der Patienten, die im 2,5-Stunden-Zeitfenster eingeliefert wurden, erhielten rt-PA. Diese Studie zeigt, dass eine koordinierte Prähospitalphase sich zeitnah in einer gesteigerten Lyserate und damit verbesserten kausal ansetzenden Akuttherapie niederschlägt. Ein nicht zu unterschätzender Punkt bleibt weiterhin die Bevölkerungsaufklärung, denn trotz intensiver wiederholter Aufklärungskampagnen scheinen die Symptome und Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung noch nicht ausreichend verankert zu sein. So wurden in einer Umfrage in den USA 4.724 Personen nach ihrer Kenntnis der Möglichkeiten einer akuten Schlaganfallbehandlung mit rt-PA gefragt. Lediglich 32,2 % der Befragten wussten um die Möglichkeit einer akuten Therapie mittels eines Thrombolytikums. Von diesen konnte wiederum nur die Hälfte angeben, dass ein begrenztes Zeitfenster von damals drei Stunden für diese Therapie zur Verfügung steht.[8] Daher ist es eine wichtige Aufgabe der Schlaganfallzentren, die Prähospitalphase auf lokaler Ebene zu optimieren. Zwingend ist hierbei, alle an der Schlaganfallversorgungskette beteiligten Berufsgruppen mit

einzubinden. Wichtige Punkte sind u.a. die strukturierte Zuweisung mit standardisierter Erfassung relevanter Daten, wie zum Beispiel der Beginn der Symptomatik, die aktuelle Medikation und die Erreichbarkeit der nächsten Angehörigen. Ferner muss die Bevölkerung konstant über Schlaganfallsymptome und das dann erforderliche schnelle Handeln informiert werden. (Wie jetzt im Rahmen der aktuellen Kampagne „Rhein-Main gegen den Schlaganfall“ geplant).

Behandlung auf der Stroke Unit

Die Behandlung auf einer Stroke Unit ist neben der Thrombolyse die wichtigste, in randomisierten Studien nachgewiesene, effektive Akuttherapie des Schlaganfalls und führt zu einer Reduktion der Kombination aus Mortalität und Pflegebedürftigkeit um rund 25-30 %. Die Versorgung auf einer Stroke Unit ist somit ein Grundpfeiler der akuten Schlaganfallbehandlung. Eine Kohortenstudie aus Kanada konnte aufzeigen, dass sowohl die Länge des Krankenhausaufenthaltes als auch die Kosten durch die Behandlung auf einer Stroke Unit vermindert werden.[37] Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus

war bei insgesamt 4.028 Patienten auf der Stroke Unit mit 15 Tagen signifikant kürzer als mit 19 Tagen auf einer Normalstation, wobei anzumerken ist, dass es sich hier um ein skandinavisches Modell mit integrierter Rehabilitation handelte. Gleichzeitig war die Wahrscheinlichkeit während des Krankenhausaufenthaltes zu versterben in der Stroke Unit-Gruppe um 4,5 % niedriger. Die bisher umfangreichste Stroke Unit-Studie konnte die bisherigen Daten bestätigen.[31] Es handelt sich hierbei um eine schwedische Registerstudie mit 104.043 Patienten mit Schlaganfall (RIKS-Stroke). Zwischen 2001 und 2005 wurden Patienten mit einem Schlaganfall erfasst und dann bis 2007 nachverfolgt, wobei 76 % in einer Stroke Unit und 24 % auf peripheren Stationen behandelt wurden. Die Stroke Unit-Behandlung führte zu einer jeweils signifikant reduzierten Letalität, einer geringeren Rate von Heimunterbringung und verminderter Behinderung. Besonders profitierten Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren mit Blutungen und Bewusstseinsstörungen.

Wichtig ist, dass die Effektivität der Stroke Unit-Behandlung nicht vom Alter abhängt und dass es keine obere Altersgrenze zu geben scheint. Eine kanadische Studie konnte aufzeigen, dass die Mortalität innerhalb der ersten 30 Tage in allen Altersgruppen signifikant reduziert war bei Behandlung auf einer Stroke Unit im Gegensatz zu einer sogenannten Normalstation. Bei 3.631 Schlaganfallpatienten betrug die absolute Risikoreduktion für die 30-Tage-Letalität 4,5 % für Patienten unter 60 Jahre; 3,4 % für Patienten im Alter von 60 bis 69 Jahre; 5,3 % für 70 bis 79-jährige; und 5,5 % für Patienten älter als 80 Jahre.[29] Begrenzte Ressourcen bewirken u.U., dass nicht jeder Patient auf einer Stroke Unit aufgenommen werden kann, Alter an sich ist aber kein Ausschlusskriterium.

Zu den Basismaßnahmen auf einer Stroke Unit zählt insbesondere das Monitoring inklusive einer engmaschigen Blutdruckmessung. Das Blutdruckmanagement spielt besonders in der Akutphase thrombolytisch behandelter Schlaganfallpatienten eine sehr große Rolle. Eine Studie konnte auf der Basis von 11.080 thrombolysierten Patienten des SITS-Registers zeigen, dass ein erhöhter Blutdruck innerhalb der ersten 24 Stunden nach Thrombolyse signifikant mit einem schlechteren Behandlungsergebnis, einer symptomatischen intrazerebralen Blutung und einer erhöhten Mortalität und Abhängigkeit einhergeht. Systolische Blutdruckwerte zwischen 140-150 mmHg waren mit der geringsten Komplikationsrate korreliert. Interessant war in dieser Studie auch, dass das Absetzen einer bestehenden Blutdruckmedikation in der ersten Woche nach einem akuten Schlaganfall mit einem schlechteren Behandlungsergebnis assoziiert war, wohingegen sich die konsequente Behandlung erhöhter Blutdruckwerte positiv auswirkte.[3]

Behandlung des akuten Hirninfarkts mittels Thrombolyse

Eine sehr wichtige 2008 erschienene Studie ist ECASS III (European Cooperative Acute Stroke) Studie.[17] Sie konnte den Nachweis der Effektivität und sicheren Anwendung der i.v.-Thrombolyse auch im erweiterten Zeitfenster von 4,5 Stunden liefern. Nach der NINDS-Studie aus dem Jahre 1995 war dies die zweite positive randomisierte doppelblinde Studie zur Wirksamkeit von intravenös verabreichtem rekombinantem rt-PA bei der Behandlung des akuten ischämischen Schlaganfalls. Hervorzuheben ist, dass 87 % der Patienten im „späteren“ Zeitfenster von 3,5-4,5 Stunden behandelt wurden. Umso bemerkenswerter ist, dass die Wahrscheinlich-

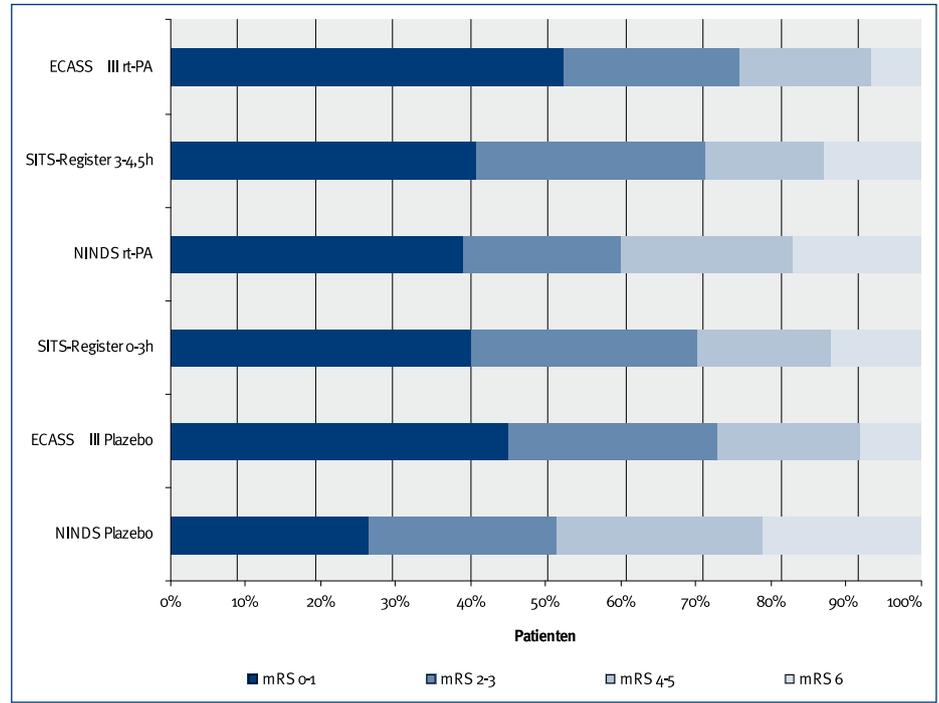


Abbildung 1

Die Abbildung zeigt für die Patientenkollektive der NINDS-Studie, der ECASS III Studie sowie dem SITS-Register die jeweiligen Behandlungsergebnisse nach dem mRS (modified Rankin Score mit 0 keine neurologischen Symptome oder Behinderung, 1 neurologische Symptome aber keine Behinderung, 2 leichte Behinderung, 3 mittlere Behinderung aber noch gehfähig, 4 schwere Behinderung, keine Gehfähigkeit, 5 völlige Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit, 6 Tod). Der Vorteil der rt-PA-Behandlung war signifikant in der NINDS und ECASS III Studie zwischen Placebo und rt-PA. Man beachte, dass die Placebo-Gruppe in der ECASS III Studie ähnlich gute Ergebnisse erzielt hat, wie die rt-PA behandelten Pat. im SITS-Register.

keit eines guten Behandlungsergebnisses ohne Abhängigkeit von fremder Hilfe im 3-4,5 Stunden-Zeitfenster um 28 % stieg, und die „number needed to treat“ (NNT) zum Erreichen eines guten Behandlungsergebnisses (entsprechend einem mRS von 0 oder 1) nur bei 14 Patienten lag. (Abb. 1) Das Risiko einer symptomatischen intrakraniellen Blutung erhöhte sich absolut von 0,2 % auf 2,4 % und war fast zehnmal höher unter Verum als unter Placebo. Hierbei zeigte sich, dass das Risiko einer symptomatischen Blutung unabhängig von der Einnahme von Thrombozytenfunktionshemmern und des Zeitpunktes des Behandlungsbegins innerhalb des Zeitfensters von 4,5 Stunden war. Allerdings war das Alter ein prädisponierender Faktor für das Auftreten einer symptomatischen

intrakraniellen Blutung. Patienten unter 65 Jahre hatten signifikant weniger symptomatische Blutungen als Patienten über 65 Jahre (OR 5.79, $p=0,004$).[9]

Insgesamt liegen die symptomatischen Blutungsraten im Rahmen der Thrombolyse bei 6,7 % nach der NINDS-Studie und bei 1,7 % nach dem SITS-MOST-Register. Nicht nur der Blutdruck innerhalb der ersten 24 Stunden nach Beginn der Thrombolyse sondern auch der Therapiebeginn ist von Bedeutung für die Blutungsrate. In einer retrospektiven Studie erwies sich ein deutlich erhöhter Blutdruck direkt vor Beginn der Thrombolyse als unabhängig assoziierter Faktor für eine symptomatische intrakranielle Blutung (OR, 2,59; 95 % CI, 1,07 to 6,25; $P=0,034$). Die Untersuchung

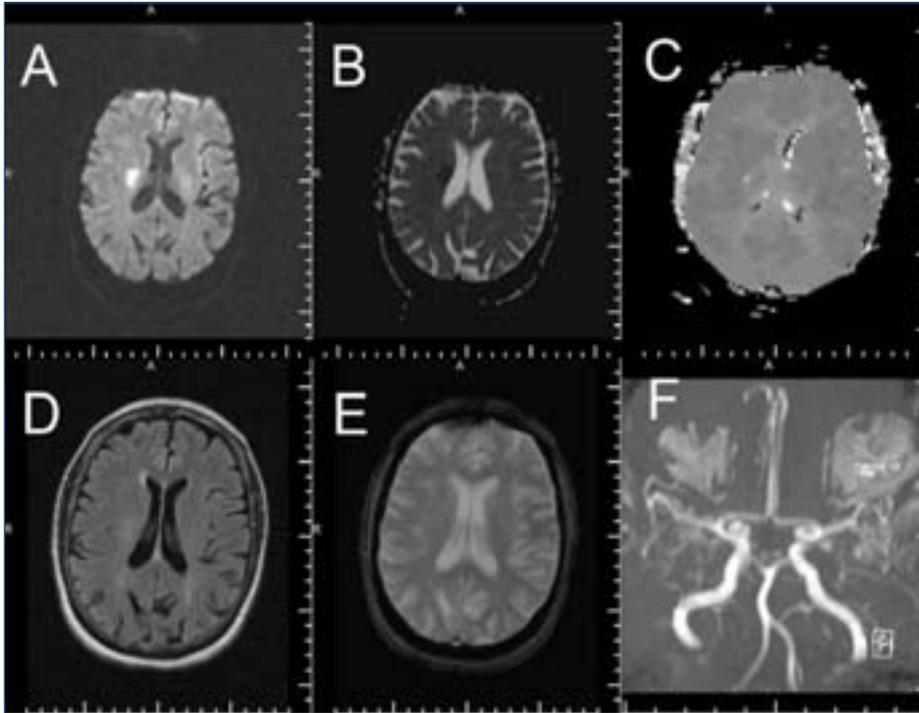


Abbildung 2
Krielle MRT bei einer 75-jährigen Patientin mit akuter senso-motorischer Hemiparese links, Vorstellung in der Notaufnahme fünf Stunden nach Symptombeginn. **A:** Diffusionsgewichtete Sequenz mit Nachweis des akuten ischämischen Hirninfarktes in der rechten Corona radiata im Versorgungsgebiet der A.cerebri media, **B:** Darstellung des effektiven Diffusionskoeffizienten in der sog. ADC Map mit hypointenser Darstellung, **C:** Perfusionsschicht mit allenfalls nur leicht herabgesetzter Perfusion im Infarktgebiet dargestellt durch die geringe Hyperintensität, **D:** FLAIR-Sequenz zum Nachweis älterer (>24h) struktureller zerebraler Schädigungen, **E:** T2*-Gewichtung oder Gradientenecho zum Nachweis stattgehabter Blutung, die sich hypointens darstellen würden – in diesem Falle nicht nachweisbar, **F:** MR-Angiographie zur Darstellung der intrazerebralen Arterien, keine Gefäßabbrüche erkennbar.

unterstützt somit die Einhaltung der in den Leitlinien festgehaltenen Blutdruckgrenzen.[33]

Zusammenfassend ist die Thrombolyse auch im erweiterten Zeitfenster von 3-4,5 Stunden wirksam und sicher. Prinzipiell besteht jetzt ein größerer Behandlungszeitraum, aber es ist trotzdem strikt darauf zu achten, dass beim individuellen Patienten keine Zeit bis zum Thrombolysebeginn versäumt wird („Time is brain“). Da derzeit die Thrombolyse noch nicht für die Behandlung im erweiterten Zeitfenster zugelassen ist, muss über die Thrombolyse im Einzelfall im Rahmen eines individuellen Heilversuchs entschieden werden.

Eine gegebenenfalls mögliche i.v.-Thrombolyse außerhalb des 4,5-Stunden-Zeitfensters sollte ausgewählten spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben. Prinzipiell können zwar für die Thrombolyse geeignete Patienten außerhalb des 4,5-Stunden-Zeitfensters MRT basiert unter Verwendung spezieller Perfusions- und diffusionsgewichteter Sequenzen und zum Beispiel einer FLAIR-Sequenz (fluid attenuated inversion recovery) ausgewählt werden. (Abb. 2) Studien konnten eine erhöhte Rekanalisationsrate bei thrombolysierten Patienten, die ein sogenanntes Perfu-sions-/Diffusions-Mismatch hatten, nachweisen. Ein Effektivitätsnachweis der Behandlung in diesem Zeitfenster ist aber bislang prospektiv nicht gelungen. Zudem muss damit ge-

rechnet werden, dass die Thrombolyse im Zeitfenster jenseits von 4,5 Stunden eine erhöhte Blutungsrate aufweist.[25]

Lange Zeit wurde befürchtet, dass Patienten erheblichen Schaden nehmen könnten, die unter fälschlicher Annahme eines ischämischen Schlaganfalls mittels i.v.-Thrombolyse behandelt werden. Eine sorgfältige Anamnese, eine komplette neurologische Untersuchung sowie die neuroradiologische Diagnostik und Laboruntersuchungen helfen, Fehldiagnosen zu vermeiden. In der Akutsituation wird es aber sicher immer Fälle geben, die unter dieser fälschlichen Annahme eine systemische Thrombolyse erhalten. Fehldiagnosen werden insbesondere dann gestellt, wenn keine Eigen- oder Fremdanamnese zu erheben ist. Dies trifft vor allem bei aphasischen, komatösen oder dementen Patienten zu. Eine kleine Studie konnte aber für diese Fälle zumindest eine partielle Entwarnung geben, da Patienten, die fälschlicherweise lysiert wurden, durch diese Therapie keinen Schaden genommen haben. In dieser Untersuchung wurden von 250 lysierten Patienten sieben (2,8 %) als „Stroke mimics“ klassifiziert. Die häufigsten Fehldiagnosen waren epileptische Anfälle mit einer Todd'schen Parese. „Stroke mimics“ hatten öfter eine globale Aphasie ohne eine Hemiparese (42,9 % vs. 3,3 %). Eine allergische Reaktion, eine symptomatische oder asymptomatische intrakranielle Blutung wurde bei Stroke mimics nicht beobachtet. Ein günstiger Verlauf wurde erwartungsgemäß bei 85 % der „Stroke mimics“ und lediglich bei 35,4 % der Schlaganfallpatienten beobachtet. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass eine Fehlbehandlung eines Patienten mit rt-PA selten und das Risiko den Patienten durch diese Therapie zu gefährden als gering einzuschätzen sind.[36]

Behandlung des akuten Schlaganfalls mittels Neuroprotektion

Die Hoffnung auf eine neuroprotektive Substanz als zusätzlichen Ansatz in der Akutbehandlung des Schlaganfalls hat sich bisher nicht erfüllt.[13] Als eines von zahlreichen Beispielen sei die Gabe von Erythropoetin (EPO) genannt, deren klinische Prüfung wie viele vorhergehende Neuroprotektiva-Studien negativ ausfiel. Bei der EPO-Studie handelte es sich um eine doppelblinde, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie zur Behandlung akuter Schlaganfallpatienten im 6-Stunden-Zeitfenster.[11] Es wurden 522 Patienten eingeschlossen und mit 40,000 IU Erythropoetin intravenös behandelt. Eine gleichzeitige Thrombolyse wurde 63 % der Patienten verabreicht. Ein klinischer Nutzen konnte nicht nachgewiesen werden. Bisher unklar ist, weshalb die Mortalitätsrate in der EPO-Gruppe mit 16,4 % signifikant höher als in der Placebogruppe mit 9,0 % (OR, 1,98; 95 % CI, 1,16 to 3,38) war.

Eine Therapieoption könnte in Zukunft die „NeuroThera“ Therapie darstellen. Es handelt sich hierbei um einen vollkommen neuen neuroprotektiven Ansatz bei dem ein von extern auf die Kopfhaut platzierter transkranialer Laser benutzt wird und die Energie von der Cytochrome C Oxidase in den Mitochondrien der Hirnrinde absorbiert wird. Dabei soll die oxidative Phosphorylierung angestoßen werden, so dass die Bildung von ATP gefördert und durch die Verhinderung der Apoptose in der Penumbra Gewebe gerettet werden soll. Die Sicherheitsstudie (NEST-2 Studie) [38] bei 660 akuten Schlaganfallpatienten, die nicht auf den Nachweis einer Effektivität ausgelegt war, konnte erfolgreich beendet werden. In der Gruppe mit transkranialer Lasertherapie erzielten 36,3 % ein gutes Behandlungsergebnis (mRS 0-2 nach 90

Tagen) vs. 30,9 % in der Kontrollgruppe ($p=0,094$). Die Mortalität und die Anzahl schwerer unerwünschter Ereignisse unterschieden sich in beiden Gruppen nicht. Die NEST-3 Studie befindet sich derzeit in Vorbereitung. Nachdem alle pharmakologischen Ansätze bisher versagten, stellt die Laserlichttherapie einen möglicherweise vielversprechenden Ansatz dar. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Hoffnungen erfüllen.

Primär und Sekundärprävention

Die vor allem aus demographischen Gründen steigende Zahl von Schlaganfällen erfordert eine optimierte Primär- und Sekundärprävention. Sehr wirksam sind diesbezüglich ein gesunder Lebensstil, d.h. Nichtrauchen, eine „mediterrane“ Ernährung und mehrfach wöchentliches körperliches Training.[21] Einzelne Risikofaktoren bedürfen darüber hinaus einer medikamentösen Behandlung.

Hoher Blutdruck

Der arterielle Hypertonus stellt mit Abstand den wichtigsten Risikofaktor für zerebro-vasculäre Erkrankungen dar. Auch in jüngster Zeit sind wichtige Studien zu

diesem Risikofaktor veröffentlicht worden. Zunächst ist festzuhalten, dass die Behandlung der arteriellen Hypertonie aus zahlreichen Gründen noch verbesserbar ist. So konnte eine englische Studie [32] feststellen, dass 58 % der Schlaganfallpatienten unter einem Hypertonus litten, von diesen jedoch lediglich 75 % überhaupt antihypertensiv behandelt wurden. Nach fünf Jahren lebten noch 68 % der hypertensiven Schlaganfall-Patienten, die antihypertensive Medikamente erhielten, im Gegensatz aber nur 58 % der Patienten, die keine antihypertensive Medikation erhielten. Dies bedeutet eine relative Risikoreduktion der Letalität von 38 % nach fünf Jahren (95 % CI 0,58-0,66, $p < 0,001$). Eine Meta-Analyse mit fast eine Million Patienten konnte zeigen, dass die antihypertensive Behandlung von Schlaganfallpatienten oder Schlaganfall-gefährdeten Patienten gleich effektiv ist.[21] Durch eine antihypertensive Therapie mit üblicher Wirkung (Senkung des Blutdrucks mit 10 mmHg systolisch und 5 mmHg diastolisch) wird eine Schlaganfallrisiko-Reduktion um rund 40 % erreicht, wobei zu erwähnen ist, dass der Effekt auf die Risikoreduktion von der Höhe der Senkung des Blutdrucks entscheidend abhängt.

In einer weiteren Studie mit 983 Patienten wurde der Zusammenhang zwischen mittlerem Blutdruck und der Progression zerebraler Marklagerläsionen mittels MRT analysiert. Hier war der systolische Blutdruck der stärkste Prädiktor für die Entwicklung von Marklagerläsionen.[16] Ein vorbestehender systolischer Bluthochdruck war mit einer größeren Zunahme der Läsionen verbunden. Die Progressionszunahme betrug im Beobachtungszeitraum von acht Jahren $2,5 \text{ cm}^3$ pro 20 mmHg ($p < 0,0001$). Somit scheint ein erhöhter systolischer Blutdruck ein wesentlicher Prädiktor für die Ausbildung und Konsequenzen einer solchen sog. „Leukoaraiosis“ mit möglichen kognitiven Einbußen bis hin zu dementiellen Syndromen (vaskuläre Demenz) zu sein.

Diabetes mellitus

Als weiterer wichtiger Risikofaktor bei zerebrovaskulären Erkrankungen ist der Diabetes mellitus zu nennen. Bislang fehlen allerdings prospektive Studien, die beweisen, dass Patienten nach einem Schlaganfall langfristig von einer intensiven Diabetestherapie profitieren.

Eine britische Arbeitsgruppe untersuchte in einer großen Metaanalyse mit 33.040 Patienten den Effekt der intensiven Blutzuckersenkung auf kardiovaskuläre Endpunkte und Todesfälle bei Patienten mit Diabetes mellitus.[27] Bei diesen Patienten wurde der Effekt einer intensiven Glukose-senkenden Behandlung mit einem Standardregime verglichen. Patienten in der intensiven Glukosebehandlung hatten im Durchschnitt ein um 0,9 % niedrigeres HbA_{1c} (6,8 vs 7,7) als die Patienten mit der Standardbehandlung. Die intensive Behandlung resultierte in einer 17 %igen Reduktion nicht tödlicher Herzinfarkte und einer 15 %igen Reduktion koronarer Herzkrankungen. Ein signifikanter Effekt auf

Schlaganfälle oder die Sterblichkeit fand sich allerdings nicht. Diese Studie verdeutlicht, dass zwischen Schlaganfällen und kardialen Erkrankungen bei Patienten mit Diabetes mellitus unterschiedliche Zusammenhänge bestehen. Somit gibt es derzeit für Patienten nach Schlaganfall keine zwingenden Hinweise, dass eine besonders intensive antidiabetische Therapie durchgeführt werden muss. Trotzdem erscheint aber auch nach Ansicht der American Heart Association in Zusammenarbeit mit der amerikanischen Diabetes Gesellschaft und der Amerikanischen Kardiologen Gesellschaft ein Ziel-HbA_{1c} von sieben oder kleiner sinnvoll, bis weitere Studien durchgeführt worden sind.[30]

Thrombozyten-Antiaggregation

Die Thrombozytenfunktionshemmung mit ASS, ASS-Dipyridamol oder Clopidogrel stellt weiterhin, neben der Blutdrucktherapie und der Therapie mit Statinen, einen wesentlichen Baustein in der Sekundärprävention des Schlaganfalls dar. Relevante neue Studien sind hierzu in letzter Zeit nicht erschienen. Zwei Arbeiten beschrieben eine Interaktion von Clopidogrel und Protonenpumpenhemmern, [18, 20] wobei es sich hier um kardiologische Patienten handelte und das Risiko eines erneuten Koronarereignisses untersucht wurde. Hier war die Einnahme eines Protonenpumpenhemmers mit einem signifikant erhöhten Risiko eines Reinfarktes (OR 1,27, 95 % CI 1,03 bis 1,57) bzw. mit einem deutlich erhöhten Risiko für Tod oder Rehospitalisation verbunden (OR 1,25, 95 % CI, 1,11 bis 1,41).

Allerdings konnten in einer Analyse der prospektiven TIMI 44 und TIMI 38 Trials diese Ergebnisse nicht bestätigt werden. [26] Es wurden Patienten mit und ohne Protonenpumpenhemmer behandelt, wobei kein Unterschied in der gemessenen

Plättchenaggregationshemmung durch die Benutzung eines Protonenpumpenhemmers zu beobachten war. Ferner ergab sich kein Zusammenhang zwischen Protonenpumpenhemmereinsatz und dem Risiko, einen primären Endpunkt (Tod oder vaskuläres Ereignis) zu erleiden. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es aktuell keinen Grund gibt, bei medizinischer Indikation auf die Kombination eines Protonenpumpenhemmers mit Clopidogrel zu verzichten.

Vorhofflimmern

Prinzipiell sollte in der Sekundärprävention ischämischer Schlaganfälle bei Patienten mit Vorhofflimmern eine Antikoagulation initiiert werden, da keine andere Therapie einen so hohen Wirkungsgrad besitzt. Hohes Alter per se stellt keine Kontraindikation zur oralen Antikoagulation dar. Dies konnte eine Studie aus der „Atrial Fibrillation Investigators Database“ eindrucksvoll zeigen.[34] In die Analyse gingen 8.932 Patienten aus insgesamt zwölf Studien ein. Zum einen konnte gezeigt werden, dass zunehmendes Alter das Risiko eines ischämischen Schlaganfalls um 45 % pro Lebensdekade erhöhte und die Rate von schwerwiegenden Blutungen um 61 % stieg. Zum anderen reduzierte aber die orale Antikoagulation das Risiko eines ischämischen Schlaganfalls im Schnitt um 64 %, die Thrombozytenfunktionshemmung senkte das Risiko lediglich um 19 %. Während der relative Vorteil der Plättchenhemmung zur Schlaganfallprophylaxe mit zunehmendem Patientenalter sank, war dies für die orale Antikoagulation nicht der Fall. Obwohl mit zunehmendem Alter das Blutungsrisiko ansteigt, ist der absolute Vorteil durch orale Antikoagulation auch bei hochbetagten Patienten mit Vorhofflimmern deutlich gegeben und steigt mit zunehmendem Alter des Patienten immer weiter an, da das

Schlaganfallrisiko vergleichsweise stärker ansteigt und die Wirksamkeit der oralen Antikoagulation mit zunehmendem Alter unverändert bleibt.

Eine kanadische Studie untersuchte 323 Patienten mit vorheriger TIA und Einsatz oraler Antikoagulation in der Sekundärprävention.[14] Nur 18 % erhielten eine orale Antikoagulation im therapeutischen Bereich, 39 % waren nicht im therapeutischen Effekt, und 15 % waren gänzlich ohne Medikation. Somit ist zu vermerken, dass trotz höchster Effizienz die orale Antikoagulation bei Patienten mit VHF weiter ein therapeutisches Stiefkind darstellt.

Patienten mit Kontraindikationen für die Antikoagulation (z.B. tägliche Stürze oder mangelnde Therapieadhärenz) erhalten nach dem European Atrial Fibrillation Trial ASS in einer Dosierung von 300 mg/Tag. Die ACTIVE-Studie untersuchte bei 7.554 Patienten mit Vorhofflimmern und Kontraindikation zur Antikoagulation die Kombination von ASS mit Clopidogrel versus ASS alleine.[2] Die Kombination von Clopidogrel und ASS erbrachte gegenüber ASS alleine eine relative Risikoreduktion von 11 % bezüglich des Auftretens von Schlaganfall, Herzinfarkt, systemischer Embolie oder Tod durch vaskuläre Erkrankung in einem Zeitraum von 3,6 Jahren. Patienten mit Vorhofflimmern, die aus verschiedenen Gründen nicht antikoaguliert werden können, haben unter der Kombination von ASS und Clopidogrel einen leichten Vorteil, wobei die absolute Risikoreduktion mit 0,2 %/Jahr als eher gering anzusehen ist.

In naher Zukunft ist eine neue Alternative zur oralen Antikoagulation mit direkten Thrombin-Inhibitoren zu erwarten. Die RELY-Studie wird die Prophylaxe kardioembolischer Schlaganfälle in den nächsten Jahren möglicherweise wesentlich be-

einflussen. Nach der Marktzulassung, die zum Ende dieses Jahres zu erwarten ist, dürften zunehmend Patienten mit Vorhofflimmern und einem Schlaganfall oder einer TIA alternativ zu Phenprocoumon mit Dabigatran behandelt werden. In der RELY-Studie wurde Dabigatran bei 18.113 Patienten in zwei verschiedenen oralen Dosierungen gegenüber Warfarin untersucht. In der niedrigeren Dosierung zeigte sich eine gleiche Wirksamkeit wie bei Warfarin bei einer verbesserten Sicherheit. Bei Verwendung der höheren Dosierung zeigte sich eine verbesserte Wirksamkeit bei gleicher Sicherheit (relative Risikoreduktion gegenüber Warfarin 0,66; 95 % CI, 0,53-0,82; $p < 0,001$, Risiko einer größeren Blutung insgesamt unter Warfarin 3,36 %/Jahr, für 110mg Dabigatran 2,71 %/Jahr und für 150mg Dabigatran 3,11 %/Jahr, $p = 0,31$).[10]

Zusätzlich ist mit Rivaroxaban ein oraler Faktor Xa-Antagonist mit gleicher Indikation in der Prüfung (Rocket-AF Studie). In diese Studie wurden über 14.000 Patienten eingeschlossen und 20mg gegenüber Warfarin mit einer Ziel-INR von 2-3 verglichen. Die Studie wird beendet, wenn 405 Zielereignisse aufgetreten sind,[28] und die Ergebnisse werden für 2011 erwartet.

Wichtig ist aber zu betonen, dass zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Manuskriptes noch keine Zulassung zur Behandlung von Schlaganfallpatienten mit einer der neuen Vit-K-Antagonisten-ersetzenden oralen Medikationen zur Sekundärprophylaxe zugelassen ist.

Statine

Die Statinbehandlung hat einen hohen Stellenwert in der vaskulären Sekundärprävention nach einem ischämischen Schlaganfall. Neue Studien und Leitlinienempfehlungen unterstützen dies. So konnte

eine Metaanalyse an mehr als 165.000 Patienten zeigen, dass eine Senkung des LDL um etwa 39 mg % das Schlaganfallrisiko um ca. 21 % senkt.[6] Ein Cochrane Review konnte eine Reduktion schwerwiegender vaskulärer Ereignisse um 26 % aufzeigen.[23] Die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse erscheint hierbei unabhängig von dem Schlaganfalltyp, ob mikro- oder makroangiopathisch, und die Zahl hämorrhagischer Schlaganfälle scheint unter Statintherapie nicht zuzunehmen.[7] Zusammenfassend sollte somit – von seltenen Ausnahmen abgesehen – jeder Patient mit einem zerebrovaskulär ischämischen Ereignis unabhängig von einer begleitenden koronaren Erkrankung ein Statin erhalten.

Persistierendes Foramen ovale

Weiterhin eines der umstrittensten Themen in der Sekundärprävention des Schlaganfalls ist die Bedeutung und die Behandlung eines persistierenden Foramen ovale (PFO). Eine Metaanalyse untersuchte alle 15 Studien bis Februar 2008.[4] Patienten mit einem PFO zeigten keine erhöhte Rate von Rezidivschlaganfällen im Vergleich zu Patienten ohne PFO (RR 1,1, 95 %-CI 0,8-1,5). Bestätigt werden diese Ergebnisse

durch eine Analyse aus der Deutschen Schlaganfalldatenbank.[35] Hier wurden 1.026 Patienten mit kryptogenem Schlaganfall oder TIA untersucht. Von den Patienten mit einem kryptogenen Schlaganfall hatten 35,9 % einen Rechts-Links-Shunt. Das Risiko eines erneuten Schlaganfalls im ersten Jahr war mit 4,1 % und 1,7 % in den Folgejahren recht niedrig. Von den 351 Patienten mit einem Rechts-Links-Shunt erhielten 117 (33,3 %) einen perkutanen Verschluss ihres Foramen ovale, 154 (43,9 %) erhielten Thrombozytenaggregationshemmer, 63 (17,9 %) erhielten eine orale Antikoagulation und 17 (4,8 %) wurden überhaupt nicht behandelt. Ein Zusammenhang zwischen einem Zweitschlaganfall und einer der sekundärpräventiven Maßnahmen wurde nicht festgestellt. Trotz dieser Daten werden aktuell bis zu einem Drittel aller Patienten interventionell behandelt, was durch keinerlei Evidenz gerechtfertigt ist.

Karotisstenose

Die Behandlung der Karotisstenose ist ebenfalls ein seit Jahren umstrittenes Thema und wird dies wahrscheinlich auch weiterhin bleiben. Es stehen prinzipiell drei Therapieverfahren zur Verfügung, die konservative, die operative und die endovaskuläre Behandlung.

Die konservative Behandlung der asymptomatischen Karotisstenose hat durch die verbesserte medikamentöse Sekundärprävention in den letzten zehn Jahren an Effektivität gewonnen. Die Autoren einer kürzlich veröffentlichten Übersicht [1] untersuchten die großen Studien zur Behandlung der Karotisstenose, insbesondere der asymptomatischen Karotisstenose, wie ACAS (Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study) und ECST (European Carotid Surgery Trial). Die seither verbesserte konservative Behandlung mit Statinen, Blutdruckmedikamenten und Blut-

plättchenhemmern lässt einen zusätzlichen Nutzen einer primärprophylaktischen Operation zunehmend unwahrscheinlich werden. Ein ähnliches Ergebnis wurde durch eine prospektive populationsbezogene Studie, die sogenannte Oxford Vascular Study, gewonnen.[24] Hier wurden 1.153 Patienten mit Schlaganfall oder TIA aufgenommen. Von diesen hatten 101 Patienten eine über 50 %-ige asymptomatische Karotisstenose der Gegenseite. Die jährliche Ereignisrate unter medizinischer Behandlung lag bei 0,34 %. Die Autoren schlussfolgern zusammenfassend, dass das Risiko eines Schlaganfalls bei einer asymptomatischen Karotisstenose unter der heutigen modernen medizinischen Behandlung deutlich geringer ist, als früher angenommen und eine Operation damit auch weniger Nutzen bringen kann.

Die invasiven Therapieoptionen für symptomatische Karotisstenosen bestehen aus operativen und endovaskulären Verfahren. Mit SPACE und EVA3-S zeigten zwei große Studien, dass der Stent im Langzeitverlauf zwar mit der Karotisthrombendarterektomie vergleichbar ist, aber eine höhere akute Komplikationsrate aufweist. Die ICSS Studie (International Carotid Stenting Study),[19] in der 1.713 Patienten eingeschlossen wurden, zeigte 120 Tage nach dem Eingriff für die Stentversorgung eine signifikant höhere Komplikationsrate als für die operative Versorgung (72 Todesfälle oder Schlaganfälle bei Patienten mit Stentversorgung vs. 39 Ereignisse bei Patienten mit OP, HR 1,91, 95 % CI 1,29-2,82). Die kürzlich erschienene CREST-Studie, [12] die sowohl symptomatische, als auch asymptomatische Karotisstenosen einschloss und Stenting mit Endarterektomie verglich, konnte allerdings erstmals vergleichbare Daten für beide Methoden aufzeigen. Insgesamt war die Komplikationsrate recht gering bei Überwiegen von peri-

prozeduralen Schlaganfällen in der endovaskulär behandelten Gruppe und Überwiegen von Myokardinfarkten in der operativen Gruppe. Zusammenfassend kann aber anhand der aktuellen Datenlage eine generelle Stentversorgung symptomatischer Karotisstenosen nicht empfohlen werden.

Kombinierte Behandlung in der Sekundärprävention

In vielen Studien zur Prävention wird sehr fokussiert die Beeinflussung eines einzigen Risikofaktors dargestellt. Die dabei erzielten Effekte sind oft im Bereich von 20-30 % relativer Risikoreduktion. Addiert man diese Effekte, fällt auf, dass dann über 100 %-Risikoreduktionen resultieren würden. So ist allgemeiner Konsens, dass sich die relativen Risikoreduktionen zumindest teilweise aufheben und ein „Ceiling“-Effekt verhindert, dass sehr große kumulative Risikoreduktionen entstehen. Allerdings muss betont werden, dass es nicht ausreichend ist, lediglich einen Risikofaktor zu behandeln, sondern alle behandelbaren Risikofaktoren gleichermaßen, da sich in der Risikoreduzierung eines neuen vaskulären Ereignisses beeindruckende additive Ergebnisse erzielen lassen. So konnte eine Studie eine Risikoreduktion bei Behandlung zweier Risikofaktoren auf 0,782, Behandlung dreier Risikofaktoren auf 0,620 und bei Behandlung von vier Risikofaktoren auf 0,354 dokumentieren (jeweils statistisch signifikant). [5] Einen sogenannten „Ceiling-Effekt“ scheint es dabei nicht zu geben.

Fazit

Die stetige Verbesserung der Prähospitalphase, die gezieltere Zuweisung zu Schlaganfallzentren, das gestiegene Laienverständnis und erfolgreiche klinische Studien führten in der letzten Dekade zu einer stetigen Erhöhung des Anteils möglicher

Thrombolysekandidaten. Die Anwendung der Thrombolyse beim ischämischen Hirninfarkt kann nun bei Patienten im Zeitfenster von 4,5-Stunden nach Symptombeginn unter Einhaltung der strengen Ein- und Ausschlusskriterien durch erfahrene Ärzte durchgeführt werden. Symptomatische intrazerebrale Blutungen unter Thrombolyse sind unter Beachtung dieser Kriterien seltener als in der Zulassungsstudie beschrieben.

Zur Vermeidung von Schlaganfällen ist eine adäquate Therapie der arteriellen Hypertonie zu fordern. Prinzipiell sollte ein normaler systolischer und diastolischer Blutdruck angestrebt werden. Die Gabe von Statinen sollte nach Schlaganfällen großzügig und unabhängig vom Cholesterin-

wert erfolgen. Der unreflektierte Verschluss eines persistierenden offenen Foramen ovales ist aus unserer Sicht eindeutig abzulehnen. Es liegen keine Daten vor, die dieses Vorgehen unterstützen, und es sollte wohlbegründeten Ausnahmefällen in spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben. Symptomatische hochgradige Karotisstenosen sollten in der Regel operiert werden, eine Stentbehandlung ist nach den aktuell vorliegenden Zahlen als Methode der ersten Wahl nicht generell zu empfehlen.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Gerhard F. Hamann
Neurologische Klinik
Dr. Horst Schmidt Klinik

Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden
Fon: 0611 43-2375, Fax: 0611 43-2732
E-Mail: gerhard.hamann@hsk-wiesbaden.de

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. September 2010

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Welche Aussage zur Prähospitalphase des Schlaganfalls trifft zu?

1. Die strukturierte Zuweisung mit standardisierter Erfassung relevanter Daten, wie zum Beispiel dem Beginn der Symptomatik, aktueller Medikation und Erreichbarkeit der nächsten Angehörigen ist eine wesentliche Hilfe für die Akutklinik und verkürzt die Zeit bis zu Beginn einer möglichen Lyse.
2. Schlaganfallpatienten sollen in das jeweilig nächste lokale Krankenhaus transportiert werden.
3. Strukturierte Zuweisungskonzepte erhöhen die Lyseraten von rund zehn auf ca. 80 % aller Schlaganfallpatienten.
4. Die Aufklärung der Bevölkerung über Schlaganfallsymptome führt in der Regel zur Zunahme von Fehl- und Selbsteinweisungen.
5. Fast 90 % der Bevölkerung kennen die Möglichkeit einer Thrombolyse beim Schlaganfall.

? 2.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Die Behandlung auf einer Stroke Unit führt zu einer Reduktion der Letalität des Schlaganfalls.
2. Die Behandlung auf einer Stroke Unit führt zu einer Reduktion von schwerer und bleibender Behinderung nach einem Schlaganfall.
3. Sowohl die Länge des stationären Aufenthaltes, wie auch die Kosten werden durch die Stroke Unit-Behandlung reduziert.
4. Für die Stroke Unit-Behandlung gibt es eine eindeutige Altersobergrenze. Patienten jenseits von 85 Jahren sollten nicht auf einer Stroke Unit behandelt werden.
5. Das Blutdruckmanagement spielt v.a. bei thrombolysierten Patienten eine große Rolle, die obere Grenze liegt bei 185/110 mmHg.

? 3.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Die ECASS-III Studie untersuchte die Sicherheit und Wirksamkeit der Thrombolyse beim akuten Hirninfarkt in einem Zeitfenster von 3-4,5 h.
2. In der ECASS-III Studie lag die NNT (Numbers needed to treat) zum Erreichen eines guten Behandlungsergebnisses bei 14.
3. Das Risiko einer symptomatischen intrakraniellen Blutung war mit 2,4 % relativ niedrig.
4. Es ist strikt darauf zu achten, dass beim individuellen Patienten keine Zeit bis zum Thrombolysebeginn versäumt wird.
5. In einer retrospektiven Studie erwies sich ein deutlich erhöhter Blutdruck direkt vor Beginn der Thrombolyse als positiver Faktor um eine symptomatische intrakranielle Blutung zu vermeiden.

? 4.) Welche Aussage trifft zu?

1. Eine gegebenenfalls mögliche i.v.-Thrombolyse außerhalb des 4,5 Stunden Zeitfensters kann allorts durchgeführt werden.
2. Ein Effektivitätsnachweis der Thrombolyse im Zeitfenster jenseits von 4,5 h ist prospektiv gelungen.
3. Es muss damit gerechnet werden, dass die Thrombolyse im Zeitfenster jenseits von 4,5 h eine erhöhte Blutungsrate aufweist.
4. Die häufigsten Fehldiagnosen akuter Schlaganfälle sind Meningitiden.
5. Die Fehlbehandlung eines Patienten mit rt-PA (Stroke Mimics) ist häufig und das Risiko den Patienten durch diese Therapie zu gefährden ist als sehr hoch einzuschätzen.

? 5.) Welche Aussage zur Bluthochdruckbehandlung trifft zu?

1. Der hohe Blutdruck ist ein Risikofaktor, der meist gut erfasst und behandelt ist.
2. Es kann durch die konsequente Blutdruckbehandlung das Schlaganfallrisiko um rund 40 % gesenkt werden.
3. Die Wahl des Medikaments zur Blutdruckbehandlung bei Schlaganfallpatienten ist entscheidend. Betablocker sind hier zu bevorzugen.
4. Je stärker der Blutdruck gesenkt wird, je geringer ist der Schlaganfall-reduzierende Effekt.
5. Die Entwicklung einer vaskulären Demenz wird durch die Blutdruckbehandlung eher begünstigt.

? 6.) Welche Aussage zum Diabetes mellitus und Schlaganfall trifft nicht zu?

1. Es fehlen prospektive Studien, die beweisen, dass Patienten nach einem Schlaganfall langfristig von einer intensiven Diabetestherapie profitieren.

2. Laut einer großen Metaanalyse resultierte die intensivierete Behandlung des Blutzuckers in einer 17 %igen Reduktion nicht tödlicher Herzinfarkte und einer 15 %igen Reduktion von Schlaganfällen.
3. Es gibt derzeit für Patienten nach Schlaganfall keine zwingenden Hinweise, dass eine intensivierete antidiabetische Therapie durchgeführt werden muss.
4. Nach Ansicht der American Heart Association in Zusammenarbeit mit der amerikanischen Diabetes Gesellschaft und der Amerikanischen Kardiologen Gesellschaft ist ein Ziel-HbA1C von sieben oder kleiner sinnvoll.
5. Patienten in der intensivierten Glucosebehandlung haben im Durchschnitt ein um 0,9 % niedrigeres HbA1C.

? 7.) Welche Aussage zum Einsatz von Thrombozytenaggregationshemmern nach Schlaganfall trifft zu?

1. Die Einnahme eines Protonenpumpenhemmers zusammen mit Clopidogrel ist mit einem signifikant erhöhten Risiko eines Reinfarktes verbunden.
2. Auf die Kombination eines Protonenpumpenhemmers mit Clopidogrel ist zu verzichten.
3. Die Thrombozytenfunktionshemmung senkt das Risiko eines Schlaganfalls bei Patienten mit Vorhofflimmern lediglich um 19 %.
4. Die Kombination von Clopidogrel und ASS erbringt gegenüber ASS alleine eine relative Risikoreduktion von 67 % bezüglich des Auftretens von Schlaganfall, Herzinfarkt, systemischer Embolie oder Tod durch vaskuläre Erkrankung.
5. Patienten mit Vorhofflimmern, die aus verschiedenen Gründen nicht antikoaguliert werden können, haben unter der Kombination von Aspirin und Clo-

pidogrel einen Vorteil gegenüber oraler Antikoagulation von 10 % absoluter Risikoreduktion.

? 8.) Welche Aussage trifft zur RELY-Studie nicht zu?

1. In der RELY-Studie wurde Dabigatran in zwei verschiedenen Dosierungen gegenüber Warfarin untersucht.
2. Dabigatran kann wie Marcumar oral verarbeitet werden.
3. In der niedrigeren Dosierung Dabigatran zeigte sich eine gleiche Wirksamkeit wie bei Warfarin bei einer verbesserten Sicherheit.
4. Bei Verwendung der höheren Dosierung Dabigatran zeigte sich eine verbesserte Wirksamkeit bei gleicher Sicherheit.
5. Das Risiko einer größeren Blutung war insgesamt unter Warfarin 3,36 %/Jahr, für 110mg Dabigatran 6,71 %/Jahr und für 150mg Dabigatran 12,11 %/Jahr.

? 9.) Welche Aussage trifft zur Statinbehandlung bei Schlaganfällen nicht zu?

1. Die Statinbehandlung hat einen hohen Stellenwert in der vaskulären Sekundärprävention nach einem ischämischen Schlaganfall.
2. Eine Senkung des LDL um etwa 39 mg % senkt das Schlaganfallrisiko um ca. 21 %.
3. Ein Cochrane Review konnte eine Reduktion schwerwiegender vaskulärer Ereignisse durch Statine um 26 % aufzeigen.
4. Die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse erscheint hierbei unabhängig von dem Schlaganfalltyp, ob mikro- oder makroangiopathisch.
5. Ein Patient mit einem zerebrovaskulären ischämischen Ereignis sollte nur ein Statin erhalten, wenn er eine begleitende koronare Erkrankung hat.

? 10.) Welche Aussage trifft zu?

1. Patienten mit einem PFO zeigten in einer Metaanalyse keine erhöhte Rate von Rezidivschlaganfällen im Vergleich zu Patienten ohne PFO (RR 1,1, 95 %-CI 0,8-1,5).
2. Von den 351 Patienten mit einem Rechts-Links-Shunt erhielten nur 3 % in einer deutschen Studie einen perkutanen Verschluss ihres Foramen ovale.
3. Die ICSS Studie (International Carotid Stenting Study) zeigte 120 Tage nach dem Eingriff für die Stentversorgung eine signifikant geringere Komplikationsrate als für die operative Versorgung.
4. Ein „Ceiling“-Effekt verhindert, dass sehr große kumulative Risikoreduktionen bei mehreren Risiko-senkenden Maßnahmen entstehen.
5. Die kürzlich erschienene CREST-Studie, die sowohl symptomatische, als auch asymptomatische Karotisstenosen einschloss und Stenting mit Endarterektomie verglich, konnte einen Vorteil für den Stent zeigen.

Medizinisches Zahlenrätsel

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

Gefäßwandverkalkung	1	2	3	4	2	5	6	7	8	9	4	2	6	7	4	
Entzündung der Gefäße z.B. bei rheumatologischer Grunderkrankung	10	1	7	8	11	9	5	3	5	7						
cerebrale Ischämie im hinteren Stromgebiet	12	5	2	13	7	3	1	14	14	5	13	15	1	2	8	3
eine Erkrankung der kleinen Hirngefäße: Cerebrale ...	13	5	8	2	6	1	13	16	5	6	17	1	3	12	5	4
Schlaganfallsekundär-Prophylaxe bei Dissektion hirnversorgender Arterien	1	13	3	5	8	6	1	16	11	9	1	3	5	6	13	
Herzrhythmusstörung, bei der sich kardiale Thromben entwickeln können	10	6	2	12	6	15	15	9	5	14	14	4	2	13		
operative Möglichkeit beim malignen Mediainfarkt	12	4	14	5	8	2	1	13	5	4	8	3	6	14	5	4
Thrombozytenaggregationshemmer (Wirkstoff)	18	9	6	17	5	19	6	16	2	4	9					
Einengung einer hirnversorgenden Arterie	20	1	7	5	9	1	2	5	7	7	3	4	13	6	7	4
Gefäßbrücke in einer hirnversorgenden Arterie	18	1	2	6	3	5	7	7	3	4	13	3				

Schlüssel

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

Lösungswort

10	4	2	3	4	20	2	1	9	5	7	10	4	2	7	18	12	9	11	7	7

Anmerkungen zu Aussagen über den neuen elektronischen Arztausweis der Landesärztekammer Hessen im Deutschen Ärzteblatt

Das Deutsche Ärzteblatt hat dem neuen elektronischen Arztausweis der Landesärztekammer das Editorial seiner jüngsten Ausgabe (Heft 31-32) gewidmet.

Da der Text allerdings teilweise unzutreffende, möglicherweise auf Missverständnissen beruhende Aussagen enthält, möchten wir diese im Folgenden richtig stellen.

Der hessische Ausweis ist auf der Grundlage demokratischer Entscheidungen entwickelt worden. Sowohl der Deutsche Ärztetag (2008, 2009 und 2010) als auch die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (2007 und 2008) haben die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und den elektronischen Heilberufsausweis (HBA) in ihrer vorliegenden Form abgelehnt. Mit dem hessischen Modellprojekt wurden daher nur konsequent die Forderungen der Ärzteschaft auf Bundes- und Landesebene umgesetzt.

Dass der elektronische Arztausweis nicht mit der – noch gar nicht existenten – eGK kompatibel ist, ist korrekt. Er soll es auch gar nicht sein. Die Landesärztekammer Hessen hat mit der Einführung einer eigenen elektronischen Signaturkarte jedoch zu keiner Zeit beabsichtigt, die eGK zu verhindern. Vielmehr soll Ärztinnen und Ärzten mit dem hessischen Ausweis eine

rechtlich sichere Kommunikationsmöglichkeit geboten werden.

Für die neue Signaturkarte wurde ein standardisierter Ausgabeprozess entwickelt, der sich schon in einem ähnlichen Projekt bewährt hat und dem Heilberufsgesetz gerecht wird. Die Ärztekammer ist Herausgeber des Heilberufsausweises; eine Ausgabe direkt durch ein Trustcenter ist nicht vorgesehen. Da es sich bei der Ausgabe von Arztausweisen um eine hoheitliche Aufgabe der Ärztekammern handelt, ist ein Outsourcing an Dritte – z.B. im Rahmen des geplanten HBA – als bedenklich einzustufen.

Anders als im Editorial des Deutschen Ärzteblattes nachzulesen, ist der Ausweis kammerübergreifend gültig, da jedes hessische Mitglied nach wie vor, ob in Bayern oder in Schleswig-Holstein, z.B. in Apotheken die „Sichtausweisfunktion“ nutzen kann, um Medikamente zu kaufen. Als bestes Beispiel hierfür dient die seit zwei Jahren in Hessen eingeführte „Plastikkarte“ (Arztausweis in Checkkartenformat ohne Chip), die schon von 9.000 Ärztinnen und Ärzten in Hessen beantragt wurde. Bisher gab es keinerlei Beanstandungen in anderen Bundesländern, obwohl die Landesärztekammer Hessen und die Bezirksärztekammer Nord-Württemberg auch in diesem Fall eine Vorreiterrolle übernom-

men haben. Andere Kammern überlegen, dem hessischen Beispiel zu folgen.

Falsch ist auch die Aussage, dass der hessische Ausweis angeblich nicht die berufsrechtlichen Anforderungen hinsichtlich der Kartensperrung bei Entzug der Approbation erfüllt. Selbstverständlich werden alle berufsrechtlichen Vorgaben erfüllt. Der Ausweis kann jederzeit gesperrt werden, da im Antragsprozess der neue Karteninhaber das Sperrrecht des elektronischen Zertifikates auf die Landesärztekammer überträgt.

Im Unterschied zu der Darstellung im Deutschen Ärzteblatt legt die hessische Alternative ihren Fokus gerade auf die (rechtssichere) innerärztliche Kommunikation. Sie ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, mit bestehenden Standards sicher, schnell und kostengünstig zu kommunizieren. Der Sinn unseres Ausweises ist es, dass er ohne großen Aufwand schon zum jetzigen Zeitpunkt funktioniert.

Zunächst wird die neue Hessische Signaturkarte in einem Pilotprojekt getestet; anschließend sollen die Ergebnisse bundesweit veröffentlicht werden. Diese können aus Sicht der Landesärztekammer Hessen wesentlich zu einer umfassenden Lösung auf Bundesebene beitragen.

LÄKH

2. Adipositasstag des AcSDeV

17. November 2010, 15 bis 20 Uhr, Frankfurt Bürgerhaus Bornheim, Clubraum 1

„Der steinige Weg des Adipösen Patienten in die Normalität“

Begrüßung durch die Vorsitzende Ute Kanthak und durch den Schirmherrn Prof. Dr. Rudolf Weiner

Themen: Typ2 Diabetes und Adipositas: Moderne Strategien der Behandlung, Referent Prof. Dr. Andreas Haman; Konservative Adipositas therapie am Beispiel DocWeight, Referent Dr. Winckler; Der steinige Weg des Patienten zur AC OP: Antragstellung, Multimodales Konzept, Referentin Marie Bollig; Neue Entwicklungen und Ausblicke zur Adipositas Chirurgie, Referent Prof. Dr. R. Weiner; Ernährung, Nachsorge und Supplementation,

Referentin Dr. Heike Raab; Begleitende Psychotherapie vor und nach der OP, Referent Dr. Hain; Ein großes Problem – Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Referent Prof. Dr. Karl Miller; Bedeutung der Selbsthilfegruppen, in der Betreuung vor und nach OP, Referent Sabine Höhn

Veranstalter: Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V., Frankfurt. Weitere Informationen finden Sie unter: www.acsdev.info

Erfolgreiche Zwischenbilanz des Alkoholpräventionsprojekts für Jugendliche: „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“



„Die Kinder waren begeistert“. (Sonja Beer, Lehrerin an der Gesamtschule Ebsdorfer Grund, Landkreis Marburg-Biedenkopf, über Aktionen mit den Ärzten Sabine Fruth und Dr. med. Andreas Rutz)

Die Deutschen trinken zu viel Alkohol. Laut einer im Juli 2010 von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) vorgestellten Statistik fließen von der Wiege bis zur Bahre jährlich im Schnitt bis zu zehn Liter reinen Alkohol durch die Kehle eines deutschen Bundesbürgers (entspricht z.B. 25 Liter Wodka) zwischen 18 und 64 Jahren. Er – oder sie – geht damit ein hohes Gesundheitsrisiko ein, denn die Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum sind geringer, als allgemein angenommen. Und die Konsumenten werden immer jünger: So ist das Einstiegsalter in den vergangenen Jahren auf 14,5 Jahre gesunken. 2007 lag beispielsweise die wöchentliche Trinkmenge männlicher Jugendlicher bei 150 Gramm reinem Alkohol. Dies entspricht etwa zwei alkoholischen Getränken pro Tag.

Angesichts der wachsenden Zahl Jugendlicher, die sorglos Alkohol „genießen“ und sich oft bis zur Bewusstlosigkeit betrinken („Komasaufen“), hat die Landesärztekammer Hessen vor drei Jahren das Alkoholpräventionsprojekt „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“ ins Leben gerufen, das von der Presseabteilung organisiert und koordiniert wird. Bis Juli 2010 konnten Veranstaltungen an über 50 hessischen Schulen durchgeführt und insgesamt ca. 4.750 Schülerinnen und Schüler im Alter

zwischen elf und 20 Jahren erreicht werden. Ziel des langfristig angelegten Projektes ist es, einen ärztlichen Beitrag zur Alkoholprävention bei Jugendlichen zu leisten. Im Rahmen der im Herbst 2007 gestarteten Kampagne, die von dem Hessischen Kultusministerium und dem Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit ideell unterstützt wird und sich an Jugendliche ab elf Jahren richtet, vermittelt die Ärztekammer Ärztinnen und Ärzte – über 80 in ganz Hessen – als Experten an hessische Schulen. In Abstimmung mit den Fach- und Beratungslehrern klären sie im Unterricht, auf Elternabenden oder auf Gesundheitstagen der Schulen über die Risiken des Alkoholkonsums auf, beraten und weisen auf Hilfsangebote hin. Langfristig soll mit „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“ auch eine Vernetzung aller Beteiligten – Ärzte, Lehrer, Eltern, Fachstellen – erreicht werden, um Jugendliche vor den Gefahren des Alkohols zu schützen. Das Projekt wird mit Unterstützung von Sponsoren finanziert.

Ute Rao, Lehrerin an der Bertha-von-Suttner-Schule, Mörfelden:

„Unser Projekttag Alkohol ist prima gelaufen. (Die Ärztin) Jeanette Weber hat das sehr interessant gestaltet.“

Nicole Hofmeister, Lehrerin an der Kasinoschule Frankfurt/M:

„Der Vortrag (der Ärztin Andrea Willamowski) war sehr gut auf die etwas problematische Lernsituation der Schüler abgestimmt. Eine sehr gelungene Veranstaltung mit vielen positiven Rückmeldungen der Schüler.“

Dietlind Finn, Lehrerin an der Martin-Luther-Schule, Rimbach, schrieb an den Arzt Dr. med. Roland Jost:

„Herzlichen Dank für Ihren tollen Einsatz. Die Schüler fanden gerade die Gespräche mit Ihnen sehr interessant und wertvoll.“

Das positive Echo der beteiligten Ärzte und Lehrer sowie die große Nachfrage hessischer Schulen nach „Hackedicht“-Veranstaltungen machen deutlich, wie wichtig Alkoholprävention für Jugendliche ist. Die Kammer stellt für jede Aktion Flyer und Fragebögen für Jugendliche, einen Muster-Vortrag für Ärztinnen und Ärzte (dieser kann je nach Altersstufe der Schülerinnen und Schüler gekürzt und variiert werden) und Anregungen sowie Materialien für die Unterrichtsgestaltung zur Verfügung. Um die Veranstaltungen an dem Bedarf der jeweiligen Schulen zu orientieren, sie auf die Zielgruppe abzustimmen und sinnvoll in das Unterrichtsgeschehen einzubinden, werden sie in Informationsgesprächen mit Lehrern und Ärztinnen/Ärzten vorbereitet.

Die „Hackedicht“-Veranstaltungen können sowohl in den Unterricht einer Klasse eingebunden, als Aktion für Gruppen/Klassen bis ca. 30 Schüler oder auch als Informationsveranstaltung für mehrere Gruppen (z.B. im Rahmen eines Präventions- oder Gesundheitstages) durchgeführt werden. Bei Ansprache eines ganzen

Jahrgangs, werden die Jugendlichen in mehrere Gruppen eingeteilt. Jede Veranstaltung gliedert sich in einen Informationsteil, in eine anschließende Diskussion und in einen praktischen Teil, der Übungen mit so genannten Rauschbrillen (veranschaulichen die eingeschränkte Sehfähigkeit unter Alkoholeinfluss) beinhaltet. Bei älteren Schülerinnen und Schülern liegt der Schwerpunkt auf Diskussion und Beratung. Gelegentlich haben wir in diese

Veranstaltungen auch ehemalige, „trockene“ Alkoholiker der Suchthilfe Fleckenbühl und der Anonymen Alkoholiker eingebunden, die mit den Jugendlichen über ihre Erfahrungen sprechen. Neben den Rauschbrillen hat sich bei Veranstaltungen mit Schülerinnen und Schülern, die bereits den Führerschein besitzen, der Einsatz eines Fahrsimulators des ADAC als sinnvoll erwiesen, um das Fahren unter Alkoholeinfluss visuell „erfahrbar“ zu machen.

Informationen über „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“ sind unter www.laekh.de (Bürger & Patienten / Hackedicht-Alkoholprävention) eingestellt.

Ansprechpartner sind die Presseabteilung der Landesärztekammer Hessen (Fon: 069 97672-340/-188/-172 oder E-Mail: katja.moehrle@laekh.de) und die Bezirksärztekammern.

Katja Möhrle, Foto: Sonja Beer

Aus der Praxis für die Praxis – Menschen mit Behinderung in der medizinischen Versorgung

Tagung im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim am 25. September 2010

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung ist fester Bestandteil des ärztlichen Alltags. Im Spannungsfeld zwischen Ethik und wirtschaftlichen Notwendigkeiten ist dies, jedoch nicht immer einfach.

So werden insbesondere Menschen mit einer geistigen oder Mehrfachbehinderung, aber auch Menschen mit einer Seh- oder Hörbehinderung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich nicht immer adäquat versorgt und/oder behandelt. Zugänge und Nutzung der Arztpraxen sind nur teilweise barrierefrei, das Praxispersonal ist nicht optimal geschult und die Versorgung oder Behandlung von Menschen mit Behinderung ist häufig zeit- aufwändiger.

Auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 hat die deutsche Ärzteschaft dies thematisiert und entsprechende Beschlüsse gefasst. Es geht hierbei um Bewusstseinsbildung, um einen Zugewinn an Erfahrungen, aber auch um strukturelle Veränderungen.

Bereits 2006 fand eine Veranstaltung der Landesärztekammer Hessen, dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, dem Netzwerk Behinderte Frauen in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung zum Thema „Gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung“ statt.

In Fortentwicklung dieser Tagung hat sich eine Kooperation zwischen der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, dem Netzwerk Behinderte Frauen, dem Hessischen Behindertenbeauftragten sowie der Leitenden Ärztin beim Landesversorgungsamt – RP Gießen – formiert, die sich diesem Thema widmet.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung am 25. September 2010 (siehe Seite 569) wird nun stehen, Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischem Fachpersonal praktische Werkzeuge, die mit vergleichsweise geringem Aufwand sowohl finanzieller wie organisatorischer Art in jeder Praxis oder

Ambulanz umsetzbar sind, an die Hand zu geben. Hierzu gehören Themen wie Barrierefreiheit oder Barrierearmut von Arztpraxen und Ambulanzen, auf dieses Patientenklintel zugeschnittene Kommunikation und die Möglichkeit zur Selbsterfahrung (z.B. „Welche Erfahrungen mache ich, wenn ich sehbehindert bin?“).

Staatsminister Jürgen Banzer, Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit, wird ein Grußwort halten. Ein Grußwort des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen ist angefragt.

*Liane Grewers
Referatsleiterin: Teilhabe Menschen mit
Behinderung im Hessischen Ministerium
für Arbeit, Familie und Gesundheit,
Wiesbaden*

*Sigrid Blehle
Geschäftsführerin der Akademie für
Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
der Landesärztekammer Hessen,
Bad Nauheim*

Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben

Erfolgreiche Mittwochsreihe im Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main gibt Tipps für mehr Gesundheit im Alter



Eröffnungsveranstaltung in Anwesenheit der Dezernentin für Umwelt und Soziales, Dr. Manuela Rottman (2.v.l.)

Unter der Schirmherrschaft der Dezernentin für Umwelt und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main, Dr. Manuela Rottmann, veranstaltet das Amt für Gesundheit seit Oktober 2009 jeden zweiten Mittwoch im Monat eine Reihe mit Vorträgen und Diskussionen, die unter dem Motto „Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben“ stehen (siehe Hessisches Ärzteblatt 11/2009). Ziel dieser Veranstaltungsreihe ist es, durch die Vermittlung gesundheitsfördernder Maßnahmen Wohlbefinden und Lebensfreude älterer Menschen zu steigern in der Hoffnung, ihr Risiko zu erkranken deutlich zu vermindern und die eigene Selbständigkeit bis ins hohe Alter aufrecht zu erhalten. So wechselten medizinische Kurzreferate zu Themen wie „Gutes Hören und scharfes Sehen“, „Tabletten, Tropfen und Tinkturen – ein gefährlicher Medikamentencocktail“ mit Angeboten wie „Warum nicht ...? Gekonnt flirten – auch im Alter“, einem Sporttag mit Tai Chi, Lachyoga, Feldenkrais, Seniorentanz. Ergänzt wurde die Reihe durch ein kulturelles Begleitprogramm „Das Alter kommt auf mei-

ne Weise“ – Autorenlesung mit Ilse Biberti und Henning Scherf, die Fotoausstellung „Silver Heroes“ des Fotokünstlers Karsten Thormaehlen. Die Veranstaltungsreihe wurde zu einem nicht erwarteten Erfolg. An den verschiedenen Tagen wurden bis zu 150 Besucher gezählt. Der erste Zyklus der Veranstaltungsreihe endete mit einer kleinen Feierlichkeit und der Verleihung des „Erstes Frankfurter Gesundheitsdiplom“ durch die Dezernentin für den mehr als fünffachen Besuch.

Die direkten Rückmeldungen an den bisherigen Veranstaltungstagen und die systematische Evaluation haben gezeigt, dass insbesondere die gute Verständlichkeit

und der hohe Praxisbezug der Informationen von den Besucherinnen und Besuchern positiv bewertet wurden. Damit kann davon ausgegangen werden, dass durchaus auch Effekte im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Frankfurt erzielt worden sind.

Aufgrund der großen Resonanz soll die Veranstaltungsreihe von Oktober 2010 bis Juni 2011 fortgesetzt werden. Die Themen der an jedem zweiten Mittwoch im Monat stattfindenden Veranstaltungen werden sein:

13.10.2010: Infektionserkrankungen und Impfungen im Alter

Vortrag und Diskussion über häufige Infektionserkrankungen und notwendige Impfungen im Alter

Referent: PD Dr. Dr. med. René Gottschalk, Amt für Gesundheit

10.11.2010: Es muss nicht immer Liebe sein – wenn das Herz schmerzt

Vortrag und Diskussion über Herzerkrankungen im Alter und deren Prophylaxe in Zusammenarbeit mit der Deutschen Herzstiftung

Referent: Dr. med. Wolfgang Andreas Fach, Kardiologisches Centrum Bethanien

08.12.2010: Winterschlaf und Betthupferl. Schlaf und Alter

Vortrag und Diskussion über Änderungen und Störungen des Schlafverhaltens im Alter
Referent: Professor Dr. med. Stephan Volk, Fachklinik Hofheim am Taunus

12.01.2011: Mit Biss ins Alter
Vortrag und Diskussion zur **Zahnhygiene** und zum **Zahnersatz im Alter**
Referentin: Dr. Katrin Nickles, Zahnärztliches Universitäts-Institut Carolinum, Frankfurt

09.02.2011: **Lachen** ist die beste Medizin
Vortrag und Diskussion über die Bedeutung des Lachens für unsere Gesundheit
Referent: Dr. Michael Titze, Tuttlingen

09.03.2011: Wenn aus Wolken Spiegeleier werden. **Die Alzheimer-Erkrankung.** Vortrag und Diskussion mit anschließender Möglichkeit des Besuchs der Dauerausstellung des berühmten deutschen Künstlers Carolus Horn
Referenten: Dr. med. Gerd-Roland Bergner, Amt für Gesundheit und Professor Dr. med.

Konrad Maurer, ehemals Universitätsklinik Frankfurt

13.04.2011: **Genussvoll und gesund ernähren** bis ins hohe Alter – wie kann das gelingen?
Vortrag und Diskussion über gesunde Ernährung, Bio- und Fair-Trade-Produkte
Referenten: Dr. Dr. Oswald Bellinger, Amt für Gesundheit; Anja Erhart, Ernährungsberaterin

11.05.2011: **Bewegungstag 2011.** Fit für die WM – 1:0 für die Gesundheit!
Ein bunter Aktionstag im Amt für Gesundheit mit den unterschiedlichsten Sportangeboten

08.06.2011: **Wasser** – spritzig, wichtig, unentbehrlich
Vortrag und Diskussion über die Bedeutung des Wassers für Mensch, Natur und Gesundheit

Referentin: PD Dr. med. Ursel Heudorf, Amt für Gesundheit

Im Anschluss an diese Veranstaltung erfolgt die Verleihung des „**Zweites Frankfurter Gesundheitsdiplom**“ durch die Dezernentin für Umwelt und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main, Dr. Manuela Rottmann.

Das kulturelle Begleitprogramm lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Die Veranstaltungen finden im Amt für Gesundheit in der Breite Gasse 28 statt. Die Veranstaltungen sind kosten- und barrierefrei. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Hans-Joachim Kirschenbauer
Leitender Medizinaldirektor
Amt für Gesundheit
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main
www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de*

Messtechnische Kontrolle an Tonomern

Im Rahmen unserer messtechnischen Dienstleistungen führen wir neben Eichungen und Kalibrierungen auch messtechnische Kontrollen an Tonomern durch. Uns fällt auf, dass diese Beauftragungen durch die Augenärzte immer sehr konzentriert kurz vor Jahresende oder aber gleich zu Anfang eines neuen Jahres erfolgen. Das führt unsererseits zu einer Überlastung, seitens der Kunden zu erheblichen Wartezeiten, verbunden mit einer nachvollziehbaren Unzufriedenheit.

Wir regen an, uns mit der messtechnischen Kontrolle über das ganze Jahr verteilt zu beauftragen. Die Kunden müssen in keinem Fall eine reduzierte Gültigkeit der messtechnischen Kontrolle in Kauf nehmen, da die Gültigkeit zwei volle Jahre im Anschluss an die messtechnische Kontrolle beträgt.

1. Beispiel: Die messtechnische Kontrolle erfolgt im Januar 2010. Die Gültigkeit endet mit Ablauf des Jahres 2012.

2. Beispiel: Die messtechnische Kontrolle erfolgt im Dezember 2010. Die Gültigkeit endet ebenfalls mit Ablauf des Jahres 2012.

Eine Beauftragung verteilt über das ganze Jahr, natürlich immer wenn es der Praxisbetrieb zulässt, würde für uns eine gleichmäßigere Auslastung und für die Kunden kürzere Wartezeiten bedeuten.

Mit einer telefonischen Terminvereinbarung mit unserem EichKalibrierZentrum-EKZ- würden Sie ebenfalls einen reibungslosen Ablauf unterstützen.

Unser EichKalibrierZentrum erreichen Sie telefonisch unter 06151 9501-140, per Fax unter 06151 9501-104 und per E-Mail unter ekz@hed.hessen.de

Hessische Eichdirektion, Darmstadt



I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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

Aktuelles aus Nephrologie und Nierentransplantation – Diabetes und Niere – was tun?

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Innere Medizin Gießen des Uniklinikums Gießen und Marburg.

Diabetes und Niere – was tun? **4 P**
Themen: Diabetische Nephropathie: Pathogenese, Frühdiagnostik, Therapie; Der niereninsuffiziente Diabetiker: Progressionshemmung, Medikamentenauswahl und Dosierung, Dialyseverfahren; Nierentransplantation bei Diabetikern – Postmortale Spende und Lebendspende; Inselzell- und Pankreastransplantation 2010
Mittwoch, 15. Sep. 2010, 18:00 – 20:30 Uhr
Leitung: PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. R. Weimer, Gießen
Teilnahmebeitrag: kostenfrei
Tagungsort: Klein-Linden, Bürgerhaus
Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,
Fon: 06032 782-281, Fax: -220, E-Mail: katja.baumann@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. *(siehe Seite 566)*

Samstag, 25. Sep. 2010 **7 P**
Leitung: Prof. Dr. med. K. R. Genth, Bad Homburg
Teilnahmebeitrag: kostenfrei
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

Fachgebietsveranstaltung Haut- u. Geschlechtskrankheiten

Mann, oh Mann **5 P**
Samstag, 04. Dez. 2010, 09:00 – 13:15 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. F.-R. Ochsendorf, 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

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

Qualitätsmanagement

Dokumentation eines QM-Systems, Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs
Donnerstag, 16. Sep. 2010, 9:00 – 17:00 Uhr **11 P**
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

Aktuelle Diabetologie

Gemeinsame Fortbildungsreihe für Hausärzte der LÄKH in Zusammenarbeit mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD), DMP-zertifiziert
Mittwoch, 29. Sep. 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.

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 **55 P**
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





Fachgebiet Hämotherapie / Transfusionsmedizin

Neue Richtlinien Hämotherapie 2010 – Was gibt es Neues?

Freitag, 19. Nov. 2010, 15:00 - 18:00 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Kassel

Tagungsort: Kassel, Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie, Mönchebergstr. 57

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

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

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 16 P

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

Fachgebiete Pathologie und operative Fächer

Zusammenarbeit zwischen Pathologen und operativen Fächern

Mittwoch, 10. Nov. 2010, 17:00 – 20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. M. Wolff, PD Dr. med. T. Müller, Hanau

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: -228, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Gastroenterologisches Fallseminar

Mittwoch, 06. Okt. 2010 3P

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

Risikomanagement

Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten

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 (Akademiemitgl. € 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

Priorisierung in der Medikation – Therapien bei Multimorbidität

Fachgebietsveranstaltung Allgemeinmedizin / Innere Medizin /
Pharmakologie

Mittwoch, 10. Nov. 2010, 15:00 – 18:15 Uhr 5 P

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Krankenhaus Sachsenhausen
Konferenzbereich Haus A, 4. OG., Schulstr. 31

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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



**Zurück in den Arztberuf –
Zurück in die berufliche Karriere**

Freitag, 03. Dez. – Sonntag, 05. Dez. 2010 **21 P**
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

Fachgebiet Arbeits- und Betriebsmedizin**Aktuelles aus der Arbeitsmedizin**

Samstag, 20. Nov. 2010
Leitung: Dr. med. M. Kern, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)
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

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung**Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur
(200 Std.)**

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztesgesellschaft 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 und Samstag, 11. Dez. 2010	E1-E2 E3

**II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare
(80 Std.)**

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 Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.,
 Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.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: 8
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

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 2010: 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155

Teilnahmebeitrag 2011: 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

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 **17 P**

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





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

Freitag, 17. Sep. 2010, 15:00 – 19:00 Uhr **insg. 16 P**
Samstag, 18. Sep. 2010, 09:00 – 17:00 Uhr
Leitung: J. Flöricke, 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

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

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 Uniklinikums 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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter
Freitag/Samstag, 12./13. Nov. 2010 **16 P**
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock
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

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Eine Kooperation der LÄK Hessen und LÄK Rheinland-Pfalz.
Donnerstag/Freitag, 11./12. Nov. 2010
Leitung: Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.
 Dr. med. T. Breidenbach, Mainz
Teilnahmebeitrag: € 330 (Akademiemitgl. € 297)
Tagungsort: Schmitten/Arnoldshain
 Martin-Niemöller-Haus, Am Eichwaldsfeld 3
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Fon: 06032 782-238, Fax: -220,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@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** **40 P**
 – 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

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)
Samstag, 18. Sep. 2010 oder **21 P**
Samstag, 06. Nov. 2010 **21 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Tagungsort: Bad Nauheim, Rehazentrum 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





Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

(s. HÄBl. 1/2010)

VI. 19. Nov. – 21. Nov. 2010 (Fr. 16:00 – So. 13:00 Uhr) 20 P

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

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

33. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2010

Theorie und Praxis: (s. HÄBl. 1/2010)

Block 4: Sonntag, 11. Sep. 2010, 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, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Telelernphase: **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. R. Kaiser / Dr. med. H. Herholz, 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

Termine 2011 in Planung

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

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. 6/2010)
Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010**

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

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

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, Dr. med. U. Nickel, 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

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, 08. Okt. – Samstag, 09. 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@artzkolleg.de

Frühjahr 2011 Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 27. – Samstag, 28. Mai 2011 18 P

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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





Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

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 5 P
Samstag, 11. Sep. 2010, vormittags
Spezialkurs Interventionsradiologie 6 P
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!

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

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. Böhnhof, 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)
Grundkurs 40 P
Samstag, 15. und Sonntag, 23. Jan. 2011 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 440 (Akademiemitgl. € 396)
Aufbaukurs 40 P
Samstag, 12. und Sonntag, 20. März 2011 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 440 (Akademiemitgl. € 396)
Abschlusskurs 29 P
Samstag, 05. Nov. 2011 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 250 (Akademiemitgl. € 225)
Gefäße
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Böhnhof
Abschlusskurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) 20 P
Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)
Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Interdisziplinärer Grundkurs 29 P
Donnerstag, 17. – Freitag, 18. Feb. 2011 (Theorie)
Samstag, 19. Feb. 2011 (Praktikum)
Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)
Aufbaukurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) 25 P
Donnerstag, 16. – Freitag, 17. Juni 2011 (Theorie)
Samstag, 18. Juni 2010 (Praktikum)
Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)
Abschlusskurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) 20 P
Freitag, 25. – Samstag, 26. Nov. 2011 (Theorie + Praktikum)
Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,
 Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.
Anmeldung: Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie etwaige Teilnahmevoraussetzungen!
Teilnahmebeitrag: gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).
Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Für Studenten der 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: Die in der Fortbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/Innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe erhält der/die Teilnehmer/in Anregungen zur Optimierung seiner/ihrer Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

Termin Kassel: Freitag, 24.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

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, 25.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

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 Kassel: Donnerstag, 07.10.2010, 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 Kassel: Freitag, 08.10.2010., 10:00 bis

Samstag, 09.10.2010, 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

Termin:

Stufe 1: Samstag, 30.10.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

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

Teilnahmegebühr: € 185

Erfolgreich auftreten im Beruf (PAT 9)

Inhalte: Erfolg im Beruf hängt immer mehr von unseren kommunikativen Fähigkeiten ab. Schlüsselfaktoren sind dabei sowohl die sprachlichen Ausdrucksformen als auch die nonverbalen Signale. Für den positiven Verlauf jeder Kommunikation ist die Authentizität einer Person sowie das gesamte äußere Erscheinungsbild von großer Bedeutung. Besonders im Hinblick auf den Umgang mit Patienten ist es hilfreich, sich diese Schlüsselfaktoren bewusst zu machen und anzuwenden.

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

Teilnahmegebühr: € 70

Supervision „Tabuzonen in der Kommunikation (PAT 11)

Inhalt: 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

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Teilnahmegebühr: € 95

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 12)

Inhalte: Anhand von Fallbeispielen wird das Verhalten am Telefon trainiert. Im Mittelpunkt der Übungen steht die Zufriedenheit der Patienten und die Zufriedenheit des Praxisteam durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

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

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günther, 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: Samstag, 11.09.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Inhalte: Aufbauend auf der Fortbildung EKG-Grundlagen werden vertiefend die Grundlagen zum Thema „pathologisches Ruhe-EKG“ vermittelt und die Erstellung eines Belastungs-EKG.

Termin: Samstag, 25.09.2010, 10:00-16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Belastungs-EKG und Langzeitmessungen für Fortgeschrittene Teil II (MED 5)

Inhalte: Aufbauend auf der Fortbildung „Ruhe- und Belastungs-EKG“ werden vertiefend die Grundlagen zum Thema „pathologisches Belastungs-EKG“ vermittelt sowie die Handhabung und Durchführung eines Langzeit-EKGs und einer Langzeit-Blutdruckmessung.

Termin: Samstag, 06.11.2010, 10:00-16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Injektionen/Infusionen (MED 6)

Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion unter Beachtung von hygienischen Maßnahmen steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

Termin: Samstag, 25.09.2010, 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 Notfall equipments, 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: Impfkalender der STIKO / Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, 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

Prävention im Kindes- und Jugendalter (PRK)

Kinder und Jugendliche – Entwicklung und Familie (PRK 1)

Inhalte: Entwicklungspsychologische Grundlagen von Kindheit und Jugend kennen, Systemische und dynamische Aspekte von Familie erkennen.
Termin: Montag, 01.11.2010, 10:00 – 15:30 Uhr (6 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 95

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

In der Fortbildung werden konkrete Konzepte der Präventionsmaßnahmen in der ambulanten Medizin erläutert und die Möglichkeiten der aktiven Unterstützung des Arztes durch sein engagiertes Team aufgezeigt: Gesundheits- und Krankheitskonzepte für Kinder und Jugendliche, Präventive Maßnahmen
Termin: Dienstag, 02.11.2010 09:00 Uhr bis Donnerstag, 04.11.2010, 15:45 Uhr (26 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 350

Sekundäre und tertiäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3/4)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen, bei präventiven Maßnahmen mitwirken, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitationsträger, Mitwirkung bei Disease-Management-Programmen
Termin: Freitag, 05.11.2010 09:00 – 14:30 Uhr, (6 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 95

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement im Bereich Prävention bei Kindern und Jugendlichen (PRK 5)

Inhalte: Organisation und Qualitätsmanagement von Patienten- und Elternschulungen, Kooperation im Team und mit externen Partnern, Soziale Netzwerke, Präventionsnetzwerk, Kinder- und Jugendrechte, Recall-System, Igel-Leistungen, Organisation/Dokumentation/Abrechnung
Termin: Mittwoch, 17.11.2010, 08:30 – 14:00 Uhr (6 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 95
Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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

Inhalte: Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, Infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte
Termin: Fr./Sa., 05./06.11.2010 und Donnerstag 11.11. bis Samstag, 13.11.2010
Teilnahmegebühr: € 410
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Klinikassistent (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhausesrelevanter 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.

Folgende von der Carl-Oelemann-Schule angebotenen Qualifizierungslehrgänge werden als Wahlteil anerkannt:

- Ambulante Versorgung älterer Menschen
- Assistenz beim ambulanten Operieren
- Betriebsmedizinische Assistenz
- Case Management in der ambulanten Versorgung
- Ernährungsmedizin
- Klinikassistent
- Onkologie für MFA und Arzthelfer/innen
- Palliative Versorgung
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Prävention im Kindes- und Jugendalter
- Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV

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



Für Frieden und Zusammenarbeit im früheren Jugoslawien

Ein Programm der deutschen Sektion der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung eines Atomkriegs – Ärzte für Soziale Verantwortung)

Ulrich Gottstein



Prof. Dr. Ulrich Gottstein mit Dr. Goran Trajkovski, dem Organisator des Treffens in Skopje. Zusammen mit seiner Frau Dr. Emilija Trajkovski gründen sie die Mazedonische Sektion der IPPNW.

Vom 9. bis 11. Juli 2010 fand in Skopje/Mazedonien ein Treffen von Ärzten und Medizin-Studenten aus Frankfurt, Würzburg, Leipzig sowie aus Prishtina/Kosovo, Skopje/Mazedonien, Belgrad und Novi Sad/Serbien und Slowenien statt.

Was war die Vorgeschichte?

Als IPPNW-Vizepräsident Europa war ich von 1992-1994 in den Kriegs- und Krisenjahren im damals noch ungeteilten Jugoslawien mehrfach in Kroatien, Serbien und in Bosnien-Herzegowina, dabei auch im belagerten und beschossenen Sarajewo und Ost-Mostar. Ich brachte dringend benötigte Medikamente zu den Krankenhäusern und Lazaretten sowie zu Flüchtlingslagern auf beiden Seiten und versuchte, in Gesprächen mit Politikern und Ärzten zum Abbruch der Feindseligkeiten beizutragen.

In Deutschland berichtete ich nicht nur unserer Regierung, sondern auch unserer

Ärzteschaft. Daraus entwickelte sich in unserer Würzburger IPPNW-Gruppe der Wunsch, „jugoslawische“ Medizin-Studenten einzuladen, die in einem sechswöchigen Aufenthalt in Würzburg gemeinsam in der Missionsärztlichen Klinik famulieren und zusammen leben könnten. Seit 1996 haben jedes Jahr 10 bis 20 Studenten aus den verschiedenen Teilen des ehemaligen Jugoslawien, auf Einladung der IPPNW, diese Angebote dankbar angenommen.

Um die entstandene Freundschaft und Versöhnungsbereitschaft auch im ehemaligen Jugoslawien fortsetzen zu können, haben wir Einladungen dorthin aus IPPNW-Spenden finanziell ermöglicht. Seit 1998 treffen sich jedes Jahr in einer „jugoslawischen“ Stadt 20 bis 30 Jungärzte und Medizin-Studenten auf Einladung der örtlichen Gruppen, unter der Thematik „für Kriegsverhütung und für Frieden, Versöhnung und soziale Verantwortung“. Dreimal fand das Treffen in Sarajewo statt, zweimal in Belgrad, einmal in Neum (B.H.) einmal in Mostar-West, einmal in Skopje. Jetzt im Juli trafen wir uns zum zweiten Mal in Skopje/Mazedonien. Wir waren 30 Ärzte und Medizin-Studenten, darunter sieben Deutsche. Wir hörten und diskutierten Vorträge: Professor Dr. Gottstein (Frankfurt): „For a future without nuclear weapons-why is our commitment still necessary?“ Professor Dr. Zisovska (Skopje): „Change management, analysis, decisions“, Dr. Ristevska (Skopje): „Work and life of the Balkan students“; Dr. Gross (Würzburg und Slowenien): „Stress to overcome“. Und wir besprachen „inner-jugoslawische“

Sorgen. In der Schlussdiskussion waren wir uns alle einig, dass wir Ärzte und Medizin-Studenten eine große Mitverantwortung für Frieden und Versöhnung haben. Die Kollegen aus Kosovo und Mazedonien beschlossen, eine eigene IPPNW-Sektion zu gründen, mit dem Namen „Physicians for Peace and Social Responsibility“ in Kosovo bzw. Mazedonien. In Serbien besteht eine solche Sektion schon seit einigen Jahren. Delegierte der neuen Sektionen sowie aus Serbien werden bereits im August am IPPNW-Weltkongress in Basel (25. bis 30. August) teilnehmen. Mit der deutschen Sektion der IPPNW wurde eine vertrauensvolle Zusammenarbeit vereinbart.

Neben den Arbeitssitzungen gab es wunderschöne Ausflüge in die herrliche Landschaft Mazedoniens, gemeinsame Tänze und gemeinsame Aufregung und Applaus beim Sieg der deutschen Fußball-Nationalmannschaft auf den dritten Platz der Weltmeisterschaft.

Beim Abschied waren sich alle einig, dass die Programme Würzburg und im früheren Jugoslawien wichtig sind und fortgesetzt werden sollen. Das nächste Treffen 2011 wird in Prishtina/Kosovo stattfinden.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein
Gründungs- und Ehrenvorstandsmitglied der deutschen IPPNW-Sektion
Ludwig-Tieck-Straße 14
60431 Frankfurt

Aktualisierung der STIKO-Impfempfehlungen

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) hat ihre Impfempfehlungen aktualisiert und im Epidemiologischen Bulletin 30/2010 veröffentlicht.

Zu den wichtigen Neuerungen gehören die Empfehlung einer generellen Masern-Schutzimpfung für junge Erwachsene und die erstmalige Empfehlung der Influenza-Schutzimpfung für alle Schwangeren. Bei den Impfempfehlungen für Röteln, Meningokokken, Tollwut und Cholera wurden Anpassungen und Präzisierungen vorgenommen. Einige Neuerungen werden im Folgenden zusammengefasst.

Influenza-Impfung

Die Influenza-Impfung sollte generell ab dem zweiten Trimenon der Schwangerschaft, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens bereits ab dem ersten Trimenon erfolgen.

Dieses Jahr wird der übliche saisonale Grippeimpfstoff, der sich aus den drei aktuell am häufigsten auftretenden Influenza-Virustypen zusammensetzt, auch das pandemische Influenza-Virus (»A/H1N1/California/2009«) enthalten. Anlässlich der neuen Impfempfehlungen hat das Robert

Koch-Institut die Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQs) zur saisonalen Influenza-Impfung aktualisiert.

Masern, Mumps, Rötelnimpfung (MMR)

Bei der **Rötelnimpfung** empfiehlt die Kommission, dass ungeimpfte Frauen oder Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter zweimal geimpft sein sollten – bei entsprechender Indikation mit einem MMR-Impfstoff. Bislang galt, dass seronegative Frauen mit Kinderwunsch eine einmalige Rötelnimpfung erhalten sollten. Einmal geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter sollen einmal geimpft werden – bei entsprechender Indikation mit einem MMR-Impfstoff. Dies gilt auch für ungeimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus, die in Einrichtungen der Pädiatrie, der Geburtshilfe und der Schwangerenbetreuung sowie in Gemeinschaftseinrichtungen tätig sind.

Nach 1970 geborene ungeimpfte bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen unter/gleich 18 Jahren oder Personen dieser Altersgruppe mit unklarem Impfstatus sollten einmal geimpft werden –

vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff. Dies gilt auch bei Tätigkeit im Gesundheitsdienst und bei der Betreuung von Immundefizienten sowie in Gemeinschaftseinrichtungen. Zur Postexpositionsprophylaxe sollte die einmalige Impfung auch bei Ungeimpften ab dem Alter von neun Monaten bzw. in der Kindheit nur einmal geimpften Personen durchgeführt werden. Im Fall eines Masern-Ausbruchs empfiehlt die Kommission darüber hinaus die einmalige Impfung, vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff, auch für nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit.

In folgenden Situationen kann die erste Masern, Mumps (MMR-Impfung) bei Kleinkindern unter Berücksichtigung der mütterlichen Immunität und der epidemiologischen Situation bereits in einem Alter von neun Monaten erfolgen:

- Bevorstehende Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung
- Nach möglichem Kontakt zu Masernkranken

Sofern die Erstimpfung vor dem Alter von elf Monaten erfolgte, muss die zweite MMR-Impfung bereits zu Beginn des zweiten Lebensjahres vorgenommen werden. Empfohlen wird die MMR-Impfung auch für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, insbesondere wenn sie im Gesundheitsdienst, in der Betreuung von Immundefizienten oder in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.

Weitere und ausführliche Informationen zu den geänderten Impfempfehlungen finden Sie unter www.rki.de/stiko

Sicherer Verordnen

Makrolide – neuropsychologische Effekte

Insbesondere drei Makrolide werden in europäischen Pharmakovigilanzzentren mit dem Auftreten neuropsychologischer unerwünschter Wirkungen (UAW) in Zusammenhang gebracht:

Clarithromycin (Klacid[®], viele Generika): akute Psychosen, Delir, Halluzinationen, manische Episoden

Erythromycin (viele Generika): Verwirrheitszustände, Halluzinationen, manische Episoden

Telithromycin (Ketek[®]): Verwirrheitszustände, Halluzinationen.

Nach dem belgischen Pharmakovigilanzzentrum zählen auch Azithromycin (Zithromax[®], viele Generika) und Roxithromycin (Rulid[®], viele Generika) zu den verursachenden Arzneistoffen dieser UAW. Die Autoren der Übersichtsarbeit empfehlen bei allen Makroliden, insbesondere bei Telithromycin, eine klare Indikationsstellung und bei erstmaligem Auftreten dieser Effekte die Einnahme von Makroliden in die Differentialdiagnose einzubeziehen.

Quelle: *Prescr. internat.* 2010; 19: 119

Antibiotikaverordnungen – Resistenzsteigerung

Es gehört zum theoretischen medizinischen Grundwissen, dass die Einnahme von Antibiotika bakterielle Resistenzen fördert. In einer neuen Übersichtsarbeit zu zwei Indikationen (bakterielle Harnwegsinfekte und Atemwegsinfekte) wurde bestätigt, dass

- eine klare Korrelation zwischen Antibiotikaeinnahme und Resistenzentwicklung besteht: nach einem Monat waren bakterielle Resistenzen vierfach höher als bei Patienten ohne Antibiotikaeinnahme. Erst nach einem Jahr war die Häufigkeit von Resistenzen nur noch gering erhöht.
- in Hinblick auf Resistenzentstehung wahrscheinlich keine großen Unterschiede zwischen den einzelnen Antibiotikaklassen bestehen.
- hinsichtlich der Dosis und Dauer der Einnahme eines Antibiotikums kein klarer Effekt auf eine Resistenzentwicklung besteht (nur in einigen Studien war die

Einnahmedauer mitverantwortlich für die Resistenzentwicklung).

Die Autoren empfehlen, dass

- bei Patienten, die innerhalb eines Jahres erneut antibiotisch behandelt werden sollen, der Wechsel auf ein anderes Antibiotikum sinnvoll erscheint.
- eine Antibiotikaeinnahme nicht nur theoretisch Probleme verursachen kann und eine Verordnung dieser Arzneistoffe, wenn immer vertretbar, unterlassen werden sollte.

Quellen: *Brit.med.J.* 2010; 340: c2096; *Horten-Zentrum*, www.evimed.ch

Exenatid – Pankreatitis

Die Australier weisen in ihrem neuen Safety Update auf das mögliche Auftreten einer akuten Pankreatitis unter der sc-Gabe von Exenatid (Byetta[®]), einem Inkretin-Mimetikum, hin. Trotz einer amerikanischen Analyse von ca. 28.000 Behandelten, in der kein erhöhtes Risiko für eine akute Pankreatitis gefunden wurde, sind Berichte über ein Verschwinden der Pankreatitis nach Einnahme-Stopp (22 Berichte) und ein Wiederauftreten dieser UAW nach erneuter Einnahme (drei Fälle) ernst zu nehmen und grundsätzlich beweisend für einen Kausalzusammenhang zwischen

der Einnahme eines Arzneistoffes und dem Auftreten einer UAW.

Eine Notwendigkeit der Absenkung des HbA_{1c}-Wertes unter 7,0 % wird derzeit infrage gestellt, insbesondere dann, wenn dies nur durch eine Kombination mehrerer Antidiabetika gelingt. Bei alleiniger Gabe von Metformin und/oder Veränderungen des Lebensstils ist eine Absenkung unter 7,0 % jedoch akzeptiert.

Liraglutid (Victoza[®]), ein Me-too von Exenatid, hat nach einer französischen Einschätzung, keinen klaren Vorteil gegenüber Exenatid. Auch dieser Arzneistoff kann Pankreatitiden verursachen, darüber hinaus werden unter der Einnahme von Liraglutid das Auftreten von Schilddrüsenkarzinomen und kardiovaskuläre Risiken vermutet.

Quellen: *Austr. Med.Safety Update* 2010, Nr. 3: 82; *Prescr. Internat.* 2010; 19: 109; *ZfA* 2010; Nr. 5, S. 195-202

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:

Rheinisches Ärzteblatt 7/2010

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

Aus der Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen, Frankfurt am Main

Aufklärung über UAW – Es steht Aussage gegen Aussage

W. Rösch, H. Gießler

Zur Bringschuld des Arztes seinen Patienten gegenüber gehört zum einen die Aufklärung über mögliche Risiken diagnostischer oder operativer Eingriffe, zum anderen die Information über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) verordneter Medikamente. Der Hinweis auf die Gebrauchsinformation („Waschzettel“) genügt hierbei nach gängiger Rechtsprechung nicht, erhält man doch zum Beispiel im Krankenhaus seine Tabletten als „Tagesration“ praktisch immer ohne Einblick in die Gebrauchsinformation der Originalpackung (und häufig ohne ein Aufklärungsgespräch) über mögliche Nebenwirkungen. Die Dokumentation über die Medikamentenausgabe ist fast immer mangelhaft, so dass sich Konfliktsituationen ergeben, wie der folgende Fall zeigt.

Kasuistik

Die 39-jährige Patientin hat eine lange i.v.-Drogenkarriere hinter sich; nach eigenen Angaben ist sie seit fünf Jahren „clean“. Folge dieser Anamnese ist eine durchgemachte Hepatitis B (HBeAg negativ) und eine chronische Hepatitis C Genotyp 1a mit einer Viruslast von 2.249.515 I.E./ml bei γ GT 46 U/l, GOT 42 U/l und GOT 38 U/l. Bereits vor drei Jahren hatte sie mit einem gastroenterologischen Zentrum wegen einer antiviralen Behandlung Kontakt aufgenommen und war über eine mögliche Therapie und deren Risiken aufgeklärt worden. Jetzt stellte sie sich an derselben Stelle zur Behandlung ihrer chronischen Infektion auf Anraten ihres Hausarztes erneut vor. Es wurde ihr nach einem Aufklärungsgespräch eine Behandlung mit pegyliertem Interferon in Kombination mit Ribavirin empfohlen und ein entsprechendes Rezept ausgestellt. Im Rahmen vorge-

sehener Laborkontrollen wurde eine Blutentnahme aus der Leiste vereinbart, da periphere Venen nicht mehr zur Verfügung standen. Auf ihren Einwand hin, dass sie früher unter Depressionen gelitten habe und dass dies doch eine Gegenanzeige für eine Interferon-Therapie darstelle, habe man nur mit einem Schulterzucken reagiert. Bereits eine Woche nach der ersten Injektion habe sie mit Abgeschlagenheit, deutlicher Leistungsminderung und depressiver Stimmung reagiert. Sie sei deshalb für eine Woche krankgeschrieben worden. Auf ihren Wunsch hin sei die Therapie fortgesetzt und zwei Wochen nach Beginn der Interferon-Behandlung eine antidepressive Behandlung mit 25 mg Doxepin begonnen worden (auf ihren Wunsch hin). Die Dosis sei drei Wochen nach Therapiebeginn auf 50 mg erhöht worden, da Müdigkeit, Abgeschlagenheit und depressive Verstimmung sich eher verstärkt hätten. Auch fünf Wochen nach der wöchentlichen Injektion von Interferon durch das gastroenterologische Zentrum habe sie unter starken Stimmungsschwankungen mit teils ausgeprägten depressiven Zügen gelitten; die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei um vier Wochen verlängert worden. Eine Laborkontrolle nach vier Wochen habe folgende Werte ergeben: GPT 63 U/l, GOT 47 U/l, γ -GT 57 U/l, Leukos 3.600. Da sie mit der Behandlung und der Betreuung durch drei verschiedene Ärzte des Zentrums unzufrieden gewesen sei, habe sie den behandelnden Arzt schließlich gewechselt.

Die Patientin macht den Ärzten des Zentrums zum Vorwurf, dass kein Beratungsgespräch stattgefunden habe und dass der Einsatz von Interferon bei einer anamnestisch angegebenen Depression nicht an-

geraten gewesen sei. An das vor drei Jahren zurückliegende Beratungsgespräch könne sie sich beim besten Willen nicht mehr erinnern.

Die Ärzte des gastroenterologischen Zentrums tragen vor, dass vor der ersten Interferon-Applikation ein Aufklärungsgespräch über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen stattgefunden habe. Diese Tatsache ist auch in den Ambulanzunterlagen dokumentiert. Allerdings ist nicht festgehalten, welche Nebenwirkungen der Interferon-Therapie vorgetragen und besprochen wurden. Der Patientin sei auch ein Rezept über Paracetamol ausgestellt worden. Davon sollte sie bis zu sechs Tabletten pro Tag einnehmen, doch habe sie diese nicht genommen, da sie von einer Hepatotoxizität von Paracetamol gehört habe.

Gutachterliche Stellungnahme

Der Gebrauchsinformation (Waschzettel) von Interferon ist zu entnehmen, dass im Rahmen einer Behandlung mit Interferon allein oder in Kombination mit Ribavirin einige Patienten depressiv werden. In manchen Fällen traten bei Patienten Selbstmordgedanken auf oder sie zeigten aggressives Verhalten (manchmal gegen andere Personen gerichtet). Weiter heißt es: „Zu Beginn der Behandlung verursacht Interferon gewöhnlich grippeähnliche Krankheitszeichen mit Fieber, Ermüdung, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen und Schüttelfrost. Ihr Arzt kann Ihnen unter Umständen Paracetamol verordnen, wenn diese Symptome auftreten“.

In der Fachinformation für Ärzte ist unter der Rubrik „besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“

festgehalten: Schwerwiegende, zentralnervöse Wirkungen, vor allem Depressionen, Selbstmordgedanken und Suizidversuche sind bei einigen Patienten während der Behandlung mit pegyliertem Interferon und sogar auch nach Beendigung der Behandlung, vor allem während der sechsmonatigen Nachbeobachtungszeit beobachtet worden. Falls solche Symptome auftreten, muss sich der verschreibende Arzt der Schwere dieser unerwünschten Wirkungen bewusst sein und die Notwendigkeit geeigneter therapeutischer Maßnahmen in Erwägung ziehen. Dauern die psychiatrischen Symptome an, verschlimmern sie sich oder zeigen sich Selbstmordabsichten, wird empfohlen, die Behandlung abzubrechen, den Patienten weiterhin zu beobachten und soweit erforderlich, psychiatrisch behandeln zu lassen. Patienten mit bestehenden oder aus der Vorgeschichte bekannten schweren psychiatrischen Erkrankungen: Falls die Behandlung mit Interferon bei erwachsenen Patienten mit bestehenden oder aus der Vorgeschichte bekannten schweren psychiatrischen Begleiterkrankungen für notwendig erachtet wird, sollte diese nur begonnen werden, wenn eine geeignete individuelle Diagnostik und Therapie der psychiatrischen Begleiterkrankung gewährleistet ist.

Zur Frage der Therapieindikation bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen nimmt die S 3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, die Therapie der Hepatitis C-Virusinfektion betreffend, wie folgt Stellung (Z Gastroenterologie 2010;48:289-351): Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, die als stabil oder als nicht akut krank eingestuft werden, können mit einer Interferon-basierten antiviralen Therapie behandelt werden. Insbesondere stellen frühere Depressionen keine Kontraindikation für eine Therapie mit Interferon dar.

Zusammengefasst kann somit festgehalten werden

Die Indikation zu einer Interferon-Therapie der chronischen HCV-Infektion war bei der Patientin mit einer Depression in der Anamnese gegeben. Bei den ersten Symptomen von Seiten des ZNS wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Stimmungsschwankungen wurde von Seiten der behandelnden Ärzte mit einer Doxepin-Medikation, zunächst 25 mg, dann 50 mg reagiert.

Was die unterschiedlichen Auffassungen über die Aufklärung, mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen betreffend, anlangt, so muss die zusätzliche Verordnung von Paracetamol zur Prophylaxe grippeähnlicher Symptome als Beweis für eine entsprechende Information der Patientin gewertet werden. Sicher wäre es hilfreich gewesen, wenn neben dem Karteikarteneintrag „Aufklärung über UAW“ eine kurze Auflistung der häufigsten Nebenwirkungen unter einer Interferon-Therapie erfolgt wäre. Die Industrie (Thieme Compliance) bietet im übrigen entsprechende Aufklärungsbögen nicht nur für diagnostische und operative Eingriffe, sondern auch für nebenwirkungsreiche Therapien an, die im Gegensatz zu den o.g. Schriftsätzen in Klinik und Praxis noch wenig Verwendung gefunden haben.

Trotzdem bleibt festzuhalten: mit der Patientin ist definitiv ein Aufklärungsgespräch (siehe Karteikarteneintrag) geführt worden. Ein vermeidbar fehlerhaftes Verhalten ist somit nicht zu konstatieren.

Rechtliche Beurteilung

Bei der Behandlung eines Patienten treffen den Arzt die verschiedensten Aufklärungspflichten, zu denen vor allem die Verpflichtung zur sogenannten Risikoaufklärung gehört. Die Risikoaufklärung dient vor allem dazu, dem Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung darüber zu ermöglichen, ob er in die vom Arzt vorgeschlagene Heilmaßnahme einwilligt oder sie ablehnt. Da so gut wie jede Heilmaßnahme neben Heilungschancen auch Risiken (unerwünschte Wirkungen oder Nebenwirkungen) in sich birgt, ist es Aufgabe des behandelnden Arztes, dem Patienten die mit der Heilmaßnahme verbundenen Risiken aufzuzeigen. Dies gilt für Heilmaßnahmen jeder Art, gleichgültig ob es sich um operative Maßnahmen oder um den Einsatz diagnostischer Maßnahmen oder von Heilmitteln, wie Arzneien, handelt¹. Die Tatsache, dass nach dem Medizinproduktegesetz (§ 11 Abs.2) auch der Hersteller eines Medizinproduktes verpflichtet

ist, dem von ihm vertriebenen Medizinprodukt eine Informationsschrift (Beipackzettel) beizugeben, ändert an der Verpflichtung des Arztes zur Risikoaufklärung nichts².

Im vorliegenden Fall hat die Patientin behauptet, ärztlicherseits nicht über das Risiko einer Depression belehrt worden zu sein, das mit einer Interferon/Ribavirin-Therapie verbunden ist. Die behandelnden Ärzte haben demgegenüber vorgetragen, im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs über die depressiven Nebenwirkungen der Therapie aufgeklärt zu haben. Bei diesen sich einander widersprechenden Behauptungen taucht die Frage auf, wer beweispflichtig ist, also wer nachweisen muss, dass über das Risiko einer Depression aufgeklärt worden ist oder nicht.

Der Patient, der einen vermeidbaren Behandlungsfehler behauptet, muss den Nachweis für einen ärztlichen Behandlungsfehler erbringen. Demgegenüber hat jedoch der behandelnde Arzt die Beweislast dafür, den Patienten über ein für ihn relevantes Behandlungsrisiko aufgeklärt zu haben. Dies deshalb, weil jede mit Einwirkungen auf Körper oder Gesundheit des Patienten verbundene ärztliche Maßnahme der Einwilligung des Patienten bedarf und diese Einwilligung rechtswirksam nur abgegeben werden kann, wenn der Patient ordnungsgemäß über Chancen und Risiken der Behandlung belehrt worden ist.

Wegen dieser dem Arzt obliegenden Beweislast wird in den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Patientenaufklärung³ (unter Nr. 12) geraten, „bei bedeutenden Eingriffen .. die Tatsache der Aufklärung, ihren Zeitpunkt sowie den wesent-

lichen Inhalt des Aufklärungsgesprächs oder die besonderen Gründe, aus denen von einer Aufklärung abgesehen worden ist, in den Krankenpapieren zu dokumentieren“. Im vorliegenden Falle wurde dokumentiert, dass und an welchem Tag ein Aufklärungsgespräch mit der Patientin stattgefunden hat. Damit kann als nachgewiesen angesehen werden, dass ein Aufklärungsgespräch erfolgte.

Fraglich bleibt aber, ob die Patientin, die bereits einmal an Depressionen gelitten hat, auch über das neuerliche und dann auch eingetretene Depressionsrisiko belehrt worden ist.

Für eine derartige Situation hat das OLG Koblenz in einer Entscheidung vom 9. April 2009⁴ ausgeführt: „Ist Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch in der gebotenen Weise erfolgte.“ Das OLG hielt nach Vernehmung von Zeugen und des beklagten Arztes ein „gewissenhaftes Aufklärungsgespräch“ für nachgewiesen. Im Verfahren bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle können solche Vernehmungen aber nicht durchgeführt werden, sodass in derartigen Fällen die Frage nach einer ordnungsgemäßen Aufklärung (auch über das Depressionsrisiko) offen bleiben muss.

Ist eine korrekte Risikoaufklärung nicht erfolgt oder nicht nachgewiesen, so steht dem Arzt noch die Möglichkeit offen, sich auf eine hypothetische Patienteneinwilligung zu berufen⁵. Dazu muss der Arzt vortragen, dass der Patient dem Eingriff auch bei gebotener Aufklärung zugestimmt

hätte, etwa wegen der Dringlichkeit der Behandlung und der Größe des Leidensdrucks. Gelingt dem Arzt unter Vortrag der maßgebenden Umstände des konkreten Falles die schlüssige Darlegung einer hypothetischen Einwilligung, so hat er alles seinerseits Erforderliche für die Annahme einer hypothetischen Einwilligung getan. Nunmehr muss der Patient aber nicht etwa nachweisen, dass er bei korrekter Aufklärung die Behandlungsmaßnahme abgelehnt hätte; es genügt sein Vortrag, dass er bei genügender Aufklärung in einen echten Entscheidungskonflikt geraten wäre, ob er in den Eingriff, wie er tatsächlich stattgefunden hat, einwilligt oder ihn ablehnt.

Im vorliegenden Fall hatte weder Arzt noch Patient dazu etwas vorgetragen. Ein diesbezüglicher Vortrag brauchte auch durch die Gutachterstelle nicht angeregt zu werden, da über entsprechendes Beteiligteinvorbringen nur nach Durchführung einer umfänglichen Beweisaufnahme (persönliche Anhörung von Beteiligten und Zeugen) hätte entschieden werden können, die im Verfahren vor der Gutachterstelle nicht möglich ist.

Fazit:

Wenn man schon in vorbildlicher Weise die Aufklärung über eine medikamentöse Therapie in der Patientendatei dokumentiert, wäre es ein leichtes gewesen, die beiden wesentlichen UAW des Interferons, nämlich grippeähnliche Symptome und depressive Verstimmung aufzulisten. Mit den beiden Worten „Grippe, Depression“ hätte man sich somit viel Ärger und Schreiarbeit ersparen können.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Wolfgang Rösch
Steinbacher Hohl 32
60488 Frankfurt am Main
E-Mail: wolfgang.roesch@online.de

¹ vgl. *Deutsch: Die Aufklärung bei Medizinprodukten, VersR 2006,1145 ff.*

² vgl. *Deutsch, aaO. Seite 1149.*

³ *DÄBl. 1990, 39 ff.*

⁴ *VersR 2010, 770 unter Bezugnahme auf BGH VersR 1985,3610=NJW 1985,1399.*

⁵ vgl. *dazu Schellenberg: Aufklärungsmangel, hypothetische Einwilligung und der echte Entscheidungskonflikt im Arzthaftungsrechtsstreit, VersR 2008, 1298 ff.*

„Der Lotse geht von Bord“



Foto: © Rainer Wohlfahrt

Als damaliges Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen erinnere ich mich gut an die Überlegungen, die 1986 zur Berufung von Dr.

med. Michael Popović in Nachfolge von Professor Dr. Horst Joachim Rheindorf als Hauptgeschäftsführer und Geschäftsführender Arzt der Kammer geführt hatten. An erster Stelle war seine über vierjährige Tätigkeit bei der Bundesärztekammer, zuletzt als stellvertretender Leiter des Dezernats I und als Dezernent zu nennen. Seine Tätigkeit dort umfasste bereits damals schwerpunktmäßig die ärztliche Weiterbildung, den ärztlichen Notdienst, den Rettungsdienst, das Sanitätswesen im Katastrophen-, Zivilschutz und in der Bundeswehr, Organspende und -Transplantation und den Schutz des ungeborenen Lebens. Organisations- und Führungserfahrung hatte er zuvor bereits als aktiver Sanitätsoffizier erworben. Hinzu kam noch, dass er als in Fulda geborener Arzt den größten Teil seiner ärztlichen Weiterbildung und seine berufspolitischen Engagements im Marburger Bund in Hessen absolviert hatte, in ehrenamtlichen Funktionen für die hessische Kammer und KV engagiert war und somit die hiesigen Strukturen gut kannte. Insgesamt waren das sehr gute Voraussetzungen für die Übernahme einer solchen Leitungsfunktion.

Um sein späteres Handeln richtig zu verstehen, muss man wissen, dass er aus tiefer Überzeugung seine ganze Kraft für die Erhaltung der ärztlich-ethischen Tugenden, wie sie in § 1 (2), der Berufsordnung beschrieben sind, einsetzte. Zitat: „Auf-

gabe des Arztes ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen, sowie Leiden zu lindern“. Aus dem Text wird deutlich, dass diese Formulierungen sehr patientenorientiert sind und dem gesundheitlichen Gemeinwohl dienen. So sah er das ebenfalls, und auf dieser Basis, dem Gebot des Lebensschutzes in jeder Phase, erfolgte sein Einsatz für die gesundheitliche Aufklärung, die (Gewalt- und Kriminal-)Prävention, Migration und Gesundheit, für die Katastrophenmedizin oder auch den unbedingt nötigen Aufbau der Palliativmedizin, die endlich auch in Hessen gute Fortschritte machte. Durch eine überzeugende Vorlage im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens, erreichte er, dass der medizinische Katastrophenschutz in das hessische Katastrophenschutzkonzept übernommen wurde, was es so in keinem anderen Bundesland gibt.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass er eine gute Kooperation nicht nur mit dem Aufsichtsministerium, sondern auch mit anderen Ressortministerien pflegte. Das daraus erwachsende Vertrauensverhältnis ermöglichte es z.B., dass die Verpflichtung der hessischen Plan-Krankenhäuser, Stellen für die ärztliche Weiterbildung zur Verfügung zu stellen, gesetzlich verankert wurde. Auch die Beteiligung der nachgeordneten Ärzte an den Privatliquidationserlösen der Chefärzte (sog. Poolverordnung), wurde vom Ministerium aufgrund eines ausformulierten Lösungsvorschlages, trotz vielfach veränderter Chefarztverträge, im Hessischen Krankenhausgesetz und einer ergänzenden Rechtsverordnung des Landes geregelt. Hier muss auch Popović's jahrzehntelanger Einsatz gegen die sittenwidrige Ausbeutung ärztlicher Arbeitskraft, die sogenannte Gastarztstätigkeit, erwähnt werden, denn diese widerspricht der Tatsache, dass die ärzt-

liche Weiterbildung ein Nebenprodukt arbeitsrechtlich geschuldeten Dienstes, der auch entsprechend vergütet werden muss, ist.

Besonders hervorzuheben ist sein Einsatz für den Erhalt und die Modernisierung der Liegenschaften der Kammer in Bad Nauheim. Wer heute das moderne Fortbildungszentrum mit Carl Oelemann-Schule (COS), Seminargebäude und neu erbautem Gästehaus bewundert, kann kaum glauben, wie oft dieses Projekt „auf der Kippe“ stand. Es war ganz wesentlich den Visionen, der Zähigkeit in der Überzeugungsarbeit und einer leidenschaftlichen Rede von Dr. Popović vor der Delegiertenversammlung für den Internatsneubau zu danken, dass dieser große Wurf gelang. Ohne das Internat wäre die COS langfristig in ihrer Existenz bedroht gewesen.

Als Bad Nauheimer Bürger weiß ich, dass man in der Stadtführung die Kammerobjekte als eine großartige Ergänzung des Projektes „Gesundheitsstadt Bad Nauheim“ sieht.

Dr. Popović war darüber hinaus in vielen Initiativen und Ausschüssen, die man hier gar nicht alle aufzählen kann – deshalb nur einige Beispiele:

- Im Rahmen des Projektes „Deutsche Ärzte für Südafrika“, wurden fünfzig deutsche Ärzte für jeweils drei Jahre in die Homelands von Südafrika entsandt.
- Die Mitarbeit als Experte und in Sachverständigenkommissionen für die Europäische Kommission, betreffend die Beurteilung der Aus- und Weiterbildungssysteme von Heil- und medizinischen Fachberufen in der Tschechoslowakei (Tschechien), Polen und Ungarn – und deren Angleichung – im Zuge des EU-Beitrittes.
- Während der langjährigen Tätigkeit als Mitglied der Sachverständigen-Kommis-

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

sion Kriminalprävention des Hessischen Justizministeriums gab er wesentliche Impulse zur Berücksichtigung ärztlicher Erkenntnisse mit dem Ziel des primärpräventiven Ansatzes im frühen Kindesalter.

- Im Landesausschuss für den Rettungsdienst des hessischen Sozialministeriums und im Landesbeirat für den Brandschutz, Allgemeine Hilfe und Katastrophenschutz des Hessischen Innenministeriums galt sein Einsatz der ständigen Verbesserung der Notfallversorgung und -Logistik.
- Als Mitglied der Arbeitsgruppe Katastrophenmedizin der Schutzkommission des Bundesministers des Inneren, hat er maßgeblich am Bericht der Kommission zum Schutz und zur Rettung von Menschenleben bei Großschadensereignissen mitgewirkt. Hierbei war sicher auch sein Status als Sanitätsoffizier der Reserve im Range eines Oberstarztes von Bedeutung.

Zwei außerhessische Engagements bedürfen allerdings der ausdrücklichen Erwäh-

nung. 1990-92, nach der Wiedervereinigung war er Berater beim Aufbau der Ärztekammer unseres Nachbarlandes Thüringen, sowie bis 1995 auch für den Aufbau einer neuen Ärztekammer in Tschechien, für die medizinisch-wissenschaftliche Forschungsförderung durch die Interne Grantagentur sowie bei der Entwicklung des tschechischen Krankenversicherungsgesetzes. In einem Dankschreiben aus Prag heißt es dazu: „Sehr geehrter Herr Dr. Popović, Sie haben für die tschechische Gesundheitsfürsorge sehr viel getan und zu deren Umwandlung in ein offenes und funktionales System erfolgreich beigetragen. Ihre Verdienste werden niemals vergessen werden.“

Diese vielfachen Aktivitäten und Verdienste wurden am 5. März 2004 auch von der Politik mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande gewürdigt. In einer bewegenden Rede anlässlich der Verleihung betonte der damalige Hessische Minister des Inneren und für Sport, Volker Bouffier, besonders, dass sich Dr. Popović nicht nur für die hessische Ärzteschaft

sondern vor allem auch für die Belange der Patienten und Bürger unseres Landes in vorbildlicher Weise eingesetzt habe.

Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kammer werden sein menschlicher und verständnisvoller Umgangsstil und sein vorbildlicher persönlicher Einsatz sicher in guter Erinnerung bleiben.

So bleiben mir am Schluss, lieber Michael Popović, viele gute Wünsche für den neuen Lebensabschnitt. Möge Dir Gesundheit und auch Muße geschenkt werden, um zusammen mit Deiner lieben Frau und Deinen Kindern und Enkeln das nachzuholen, was so oft den Pflichten zum Opfer fiel. Möge es Euch gelingen, auch den Stress des letzten Jahres zu verarbeiten. Einen Verdacht habe ich jedoch, dass nämlich eine solch breite Kenntnis des Medizinbetriebes und solche hervorragenden Managementfähigkeiten nicht lange ungefragt bleiben werden. Möge Dir auch viel Freude mit der Fliege, an der eine Forelle hängt, beschieden sein.

Dr. med. Wolfgang Furch, Bad Nauheim

... Jetzt ist er mal weg!

Leider ist es nicht so, was ihm auch alle seine Freunde gönnen würden, Hape Kerkeling's Pilgerreise auf dem Jakobsweg nach Santiago de Compostella – zumindest in seiner Seele – zurücklegen zu können, denn mancher Lebensstress scheint in einem anderen Licht.

Wir sprechen von meinem Freund Dr. med. Michael Popović, der zum 1. September 2010 vorzeitig in den Ruhestand geht.

Ich bin seit 1999 Schriftleiter des Hessischen Ärzteblattes und damit Mitglied

eines Redaktionsteams, das stets freundschaftlich und konstruktiv miteinander gearbeitet hat.

Als Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen war Dr. Michael Popović im Redaktionsteam mein Partner für die Belange der Landesärztekammer und ihrer Mitglieder und Mitarbeiter.

1999 hatte mich der damalige Präsident der Kammer gebeten, diesen Posten als

Schriftleiter des Hessischen Ärzteblattes zu übernehmen, denn ich hatte ja lange Zeit in führender Position in einem der größten Medizinverlage gearbeitet.

Da auch Professor Loch, den ich schon aus vielen Jahren gemeinsamer Arbeit in der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht kannte, mit an Bord war, fiel es mir umso leichter, die Schriftleitung in der Nachfolge von Professor Theopold zu übernehmen.

Mit Michael Popović hatte ich schon einige Jahre in einem gemeinsamen Beratergremium für das Tschechische Gesundheitsministerium bzw. beim Aufbau von Ärztekammerstrukturen zusammen gearbeitet.

Michael Popović war nicht nur ein sehr erfahrener Kollege, wenn es um Fragen der Struktur- und Prozessqualität, sondern auch um das Erreichen optimaler Ergebnisqualität ging. Insbesondere bei letzterem war er durch seine ungemein breite Fach- und Sachkenntnis ein zentraler Punkt in diesem Beraterstab und aufgrund seiner bei der Bundesärztekammer und der Hessischen Landesärztekammer gemachten Erfahrungen auch ein Kenner des gesamten politischen Umfeldes. Dies war gerade damals in den Wendezeiten ungemein wichtig, denn wir haben nicht nur für den strukturierten „Aufbau einer Ärztekammer“ als Nachfolger der zwar lange etablierten und über die Grenzen hinaus bekannten Purkinje-Gesellschaft gearbeitet. Es ging auch um einen angemessenen Umgang mit zahlreichen „Überbleibseln“ aus der kommunistischen Ära der dortigen Gesellschaft und ihrer versuchten Einflussnahme auf die neuen demokratischen Strukturen bei der Gründung einer Körperschaft öffentlichen Rechts. Hier und gerade hier war Michael Popović ein unersetzlicher Fachmann beim Aufbau funktionsfähiger Kammerstrukturen in einem Land, dessen ärztlich und nicht-ärztlich Engagierten vor allem die Erfahrung fehlte und wo vieles im Argen lag und schier unlösbar schien.

Im dienstlichen wie im privaten Bereich wurden wir schnell Freunde, denn auch seine Zuverlässigkeit und mit dem Wort „breite“ Sachkunde nur sehr unzureichend zu beschreibende Fähigkeit auch komplexe fachlich-politisch-menschlich Kompetenz

einzubringen, war für alle ein Maßstab in diesem Beratergremium.

Was als einziges von manchen wohl kritisiert wurde, war die Tatsache, dass er stets seine fundierte Meinung geäußert hat, aber nicht selten zum Leidwesen der anderen Kollegen mit kräftiger Stimme und unzähligen Belegen vorgetragen.

Es gibt halt nun mal Menschen im privaten und noch mehr im beruflichen Leben, die es nicht gut aushalten können, dass da zumeist einer war, der den anderen zeigt „Dazu haben wir schon ...“.

Zu seiner immensen fachlichen Kenntnis kam ein sehr breites Netzwerk von anderen Fachleuten, die etwas zu sagen oder zu bewirken hatten.

Ich habe niemals einen davon kennengelernt, sei es im gesundheitspolitischen und/oder fachlichen Bereich, der uns nicht unterstützt hat, wenn wir uns – natürlich mit seinem Einverständnis – auf Dr. Popović berufen haben.

Für mich selbst bleibt eine Begebenheit stets in Erinnerung, nämlich anlässlich der Fußball-WM 2006 und ein Jahr davor des Confederation Cups, für die ich jeweils der zuständige Medical Officer des Weltfußballverbandes FIFA war.

Neben unzähligen anderen Aufgaben gehörte es auch zu meinem Job die auf die Aufenthaltszeiten der Teams und ihrer Ärzte in Deutschland notwendigen befristeten Genehmigung zur Ausübung der Heilkunde zu koordinieren und die zoll- und arzneimittelrechtlichen Erfordernisse an die Teamärzte zu vermitteln.

Eine Frage an Popović genügte und wir hatten den richtigen/die richtige Ansprechpartner/in beim hessischen Sozialministerium und den oberen Zollbehörden. Dadurch wurde alles zentral über Hessen geregelt, und wir mussten nicht das gleiche Procedere in allen Bundesländern, in

denen es Spiele gab, jedes Mal neu bearbeiten.

Übrigens dank Dr. Popović wird das auch 2010 und 2011 bei der U20-WM und der Frauen-WM in Deutschland so zentral durch die zuständigen Behörden in Hessen geregelt werden.

Zurück zum Hessischen Ärzteblatt: da war nicht immer alles Gold, was glänzt.

Intern in der Landesärztekammer und damals noch mit der später ausgestiegenen KV Hessen gab es Entscheidungen zu treffen, bei denen es die Interessen aller zu berücksichtigen und vernünftige Kompromisse zu schließen galt.

Auch hier war er ein sachkundiger, bisweilen schlitzohriger, aber immer am Ziel orientierter Mitredakteur unseres Hessischen Ärzteblattes.

Unzählige von ihm gefilmte (fotografierte) oder auf dem Computer ge-lay-outeten Titelbilder stammen von ihm, denn neben der Familie sind Fotografieren und Fischen seine Hobbies.

Nun mag man sagen, wo geraspelt wird, fallen Späne.

Aus der Sicht der Redaktion des Hessischen Ärzteblattes haben wir mit seinem Ausscheiden aus den Diensten der Landesärztekammer und der Akademie in Bad Nauheim einen „Typ“ weniger, den man vielleicht durch andere ersetzen kann und denen man auch ihre Chance geben muss.

Wir wünschen ihm eine lange und genussreiche Rentenzeit und werden sicherlich das eine oder andere Mal wieder auf ihn zukommen.

Wir als Redaktionsteam danken ihm für die engagierte und kompetente Zusammenarbeit.

*Professor Dr. med. Toni Graf-Baumann
für das Redaktionsteam*

Dr. med. Maria Stamelou mit Promotionspreis 2009 der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet

1966 stiftete die Landesärztekammer Hessen erstmals einen Preis für die beste Dissertation der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Frankfurt, Gießen und Marburg. Dieser wurde nach dem Arzt Dr. med. Carl Oelemann benannt und mit einem Geldbetrag von 5.000 DM ausgestattet. Seit dem Jahr 2000 trägt die heute mit 3.000 Euro dotierte Auszeichnung den Titel „Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen“. Mit dem jährlich verliehenen Preis sollen junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Medizin gefördert werden.

Auf der Promotionsfeier der Philipps-Universität Marburg wurde die Ärztin Dr. med. Maria Stamelou auch mit dem Promotionspreises 2009 der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet. Das Präsidium der Kammer war bei der Preisvergabe dem Vorschlag des Fachbereichs Medizin in Marburg gefolgt, wie Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach in seiner Rede hervorhob. In ihrer neurologischen Forschungsarbeit hat sich Maria Stamelou, die bei Professor



v.l. Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Stamelou, Prof. Dr. Oertel

Dr. med. Wolfgang Oertel promovierte, speziell mit der neurodegenerativen Erkrankung Progressive Supranukleäre Parese (PSP) beschäftigt. Bisher ist für dieses atypische Parkinson-Syndrom, das innerhalb von höchstens zehn Jahren zum Tod führt, keine durchgreifende Therapie bekannt. Auf der Grundlage eigener klinischer und experimenteller Vorarbeiten leitete

die Arbeitsgruppe Höglinger, der Stamelou seit 2005 angehört, die Hypothese ab, dass eine Behandlung mit Coenzym Q10, einem Co-Faktor der mitochondrialen Atmungskette, zu einer Verbesserung des zerebralen Energiestoffwechsels führen müsste. Die Prüfung dieser Frage stand im Mittelpunkt von Stamelous Dissertation mit dem Titel: „Short-term effects of coenzyme Q10 in progressive supranuclear palsy: a randomized, placebo-controlled trial“. Stamelou wurde 1979 in Griechenland geboren und studierte von 1996 bis 2002 Medizin an der Aristoteleion Universität Thessaloniki in Griechenland. Ihr chirurgisches Tertial des Praktischen Jahres absolvierte sie an der Universität Freiburg und erhielt im Januar 2003 die Approbation als Ärztin in Griechenland. Anschließend arbeitete sie bis Juli 2004 als Ärztin im Praktikum im Kreiskrankenhaus Korinth in Griechenland; im Dezember 2004 wurde ihr die deutsche Approbation erteilt. Seit 2005 ist Stamelou als Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie, Marburg, tätig.

Katja Möhrle

Nachruf für Dr. med. Eckhard Stück



Im Alter von 78 Jahren verstarb am 18. Juni 2010 in Kassel Dr. med. Eckhard Stück. Als Hausarzt war er von 1964 bis 1998 in seiner Praxis im Stadtteil Wilhelmshöhe – seit 1993 in einer Gemeinschaftspraxis mit seinem Sohn – tätig

und bei seinen Patienten beliebt und angesehen, weil er sich ihnen mit überdurchschnittlichem Einsatz widmete. Schon Großvater und Vater waren dort als Hausärzte niedergelassen. Außerdem war er in Kassel von 1981 bis 2002 als Leiter der Arztnotrufzentrale bekannt. Sein Einsatz für die Kollegen in Kassel wie in Hessen war vorbildlich. Sowohl in der Kassenärztlichen Vereinigung als auch in der Ärztekammer hat er sich engagiert. Von 1972 bis 1997 war er Mitglied des Geschäftsausschusses der KV in Kassel, dabei von

1980 bis 1988 stellv. Vorsitzender und während dieser Zeit ordentliches Mitglied des Vorstandes in Hessen. Nach seinem Ausscheiden aus der Praxis war er weiterhin als außerordentliches Mitglied im Geschäftsausschuss tätig. Von 1989 bis 1997 war er Vorsitzender des Landesfinanzausschusses und hat während seines beruflichen Lebens in zahlreichen Ausschüssen und Kommissionen sowohl in Kassel als auch in Frankfurt mitgearbeitet. Auch in die Gremien der Ärztekammer wurde er seit 1984 sowohl auf Bezirksebene in Kassel u.a. als Vorstandsmitglied als auch auf Landesebene als Beisitzer ins Präsidium gewählt. Auch dort hat er sich in die Arbeit der Ausschüsse vertieft, so z.B. von 1972 bis 1984 und erneut von 1992 bis 2000 im Finanzausschuss. In der Bundesärztekammer hat er die hessischen Belange in der Ständigen Konferenz „Verkehrs- und Notfallmedizin“ vertreten.

Als treues Mitglied des Hartmannbundes war er über viele Jahre Vorsitzender in

Kassel und seit 1988 stellvertretender Vorsitzender in Hessen.

Bei solch einem Engagement bleiben Ehrungen nicht aus. Für sein verdienstvolles langjähriges Wirken für den Hartmannbund in den Körperschaften wurde ihm schon 1995 die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen. Die Kammer zeichnete ihn mit der Ehrenplakette in Silber und die KV mit einer Ehrenurkunde aus. Außerdem erhielt er, verliehen vom damaligen Ministerpräsidenten Hans Eichel, 1998 das Bundesverdienstkreuz.

Allen, die ihn kannten, wird sein vielfältiges Engagement, seine ehrliche Haltung und absolute Verlässlichkeit sowie sein hintergründiger Humor im Gedächtnis bleiben. Die Kasseler, aber auch die hessischen Ärzte müssen den Verlust eines lebenswerten Kollegen beklagen, der sich sein Leben lang für sie eingesetzt hat.

Dr. med. Eckart Claus

Bezirksärztekammer Darmstadt

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

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Helmut Brückner, Bad Wildungen
* 31.8.1923 † 7.6.2010

Karin Weber-Hofmann, Darmstadt
* 16.11.1920 † 12.6.2010

Dr. med. Viorica Ionescu-Luchian, Marburg
* 17.4.1924 † 19.2.2010

Dr. med. Günther Klug, Kassel
* 30.5.1920 † 7.7.2010

Dr. med. Richard Munz, Lahntal
* 28.4.1953 † 1.7.2010

Dr. med. Margarete Sarges, Wetzlar
* 14.3.1918 † 23.6.2010

Dietrich Süße, Pohlheim
* 20.12.1950 † 27.6.2010

Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „**Interdisziplinäre Aspekte der Behandlung von Beckenbodendysfunktionen**“ in der Juli-Ausgabe 2010, Seite 430

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

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.
Gesellschaftspolitisches Forum

lädt ein zu dem

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

PATIENTENRECHTE IN EUROPA – EINE VISION?

am Mittwoch, dem 22. September 2010, 18:00 Uhr,
im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Haus 22/2 (Franz Volhard-Hörsaal),
Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt a.M.

Begrüßung

Dr. med. Ingrid Hasseblatt-Diedrich

Einführung

Wolfram-Arnim Candidus

Präsident der

Gesellschaft für Versicherte und Patienten, Worms

Podium

Daniela Hubloher

Ärztin

Verbraucherzentrale Hessen, Frankfurt

Martina Döben-Koch

Rechtsanwältin

Fachanwältin für Medizinrecht, Frankfurt

Moderation

Angelika Bork

Journalistin

Hessischer Rundfunk, Frankfurt

Patientenrechte sind Bürgerrechte, auf hohem Niveau gesichert durch Gesetze, Rechtsprechung, in der Berufsordnung der Ärzte. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Grundgesetz Deutschland) findet sich in der „Europäischen Charta für Patientenrechte“. Ökonomische Begrenzungen, falsche Verteilung der Mittel, überbordende Bürokratie führen Patientenrechte ad absurdum. Patientenrechte sind zu „Versichertenrechten“ mutiert. Von Experten erfahren Sie Fakten und den möglichen Weg zu einer Vision für Patientenrechte in Deutschland und Europa.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Zübeyde Tavsan, tätig bei Dr. med. H.-L. Zienau, Darmstadt

Isabella Tardio, tätig bei Dr. med. H. Brüggemann, Langen

Jasmin Marchewka, tätig bei N. Frank, Witzenhausen

Nicole Lottici, tätig bei Dipl.-Med. E. Neblung und J. Löns, Fulda

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

Eileen Steffan, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. G.-C. Jelinek und Dr. med. C. Jelinek, Darmstadt

Emma Jäger, seit 15 Jahren tätig bei Doctor-medice L.-C. Höll und Dr. med. F. Gründler, Lahnau

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

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

Simone Kohn, tätig bei Dr. med. H. Major und N. Nahawi, Dieburg

Dagmar Arnold, tätig bei Dr. med. R. Leutgeb, vormals Praxis Dr. med. R. Lindenborn, Fürth

Kerstin Staude, tätig bei Dr. med. K. Gensch und Dr. med. E.-G. Gensch, Kirchhain

Annette Schulz, tätig bei Dr. med. R. Helmer, K. Kersberg und Dr. med. G. Hohenberger, Fulda

Sabine Becker, tätig bei Doctor-medice L.-C. Höll und Dr. med. F. Gründler, Lahnau

Manuela Schneider, tätig bei P. Nölling und Dr. med. Dr. med. dent. H. Nölling, Marburg

zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Marina Montag, seit 32 Jahren tätig bei Doctor-medice L.-C. Höll und Dr. med. F. Gründler, Lahnau

Kornelia Will, seit 30 Jahren tätig bei Doctor-medice L.-C. Höll und Dr. med. F. Gründler, Lahnau

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

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

Anke Vogel, seit 16 Jahren tätig bei Dipl.-Med. E. Neblung und J. Löns, Fulda

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS-G-6142, ausgestellt am 18.3.2005, für Dr. med. Roger Agne, Gießen,

Arztausweis Nr. HS-W-809, ausgestellt am 25.4.2007, für Dr. med. Alexia Bach, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS-F-13270, ausgestellt am 20.1.2006, für Dr. med. Markus Bickel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13692, ausgestellt am 4.8.2006, für Dorothee Binsfeld, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-K-9298, ausgestellt am 14.3.2006, für Dr. med. Sabine Brand, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-D-4588, ausgestellt am 24.5.2005, für Bärbel Franz, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-W-478, ausgestellt am 10.1.2006, für Philipp Grosser, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060012549, ausgestellt am 28.4.2009, für Dr. med. Julia Grüninger-Endres, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS-D-4816, ausgestellt am 19.4.2006, für Vera Jütte, Darmstadt,

Arztausweis (ohne weiteren Angaben) für Dr. med. Doris Meier-Neuhaus, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060016619, ausgestellt am 19.4.2010, für Dr. med. Miriam Münster, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-14301, ausgestellt am 13.6.2007, für Dr. med. Christina Sakkas, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-D-3736, ausgestellt am 31.5.2010, für Dr. med. Sabine Wade, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-W-119, ausgestellt am 3.8.2004, für Ute Wenzel, Wiesbaden.

EIGNUNGSTEST

Mit diesen Test wollen wir Sie bei der Auswahl geeigneter Bewerber/innen für den neu geordneten Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r unterstützen!

Die relativ hohe Anzahl von vorzeitigen Vertragsabbrüchen, die zunehmend in arbeitsgerichtliche Streitigkeiten münden, wird erfahrungsgemäß durch mangelhafte Auswahl verursacht! Die Landesärztekammer Hessen stellt deshalb jeder/jedem hessischen Ärztin/Arzt einen Eignungstest zur Verfügung, der sie/ihn bei der Bewerberauswahl unterstützen soll. Der Eignungstest soll dazu anregen, sich intensiv mit der Person der/des Bewerberin/Bewerbers und ihren/seinen Fähigkeiten zu beschäftigen.

Der Eignungstest gliedert sich in folgende Teile:

1. Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
2. Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
3. Testaufgaben
4. Lösungen.

Der Eignungstest ist **kostenfrei** – und ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter der Nummer 069 97672-154/155 oder per E-Mail: Med.Fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie unser Angebot annehmen würden.

Bitte beachten Sie, dass sich die Auswahlmöglichkeiten verschlechtern, wenn die Auswahl zu spät erfolgt. **Wählen Sie deshalb Ihre/n Auszubildende/n – wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch – frühzeitig aus, spätestens im Herbst des Vorjahres!**

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

15. September 2010, 19:00 – 21:00 Uhr **3 P**
im „Dr. O.P. Schäfer-Saal“
1. Stock im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt

Molekulare Therapien in der Onkologie und deren Probleme

Molekulare Therapien in der Onkologie

Prof. Dr. med. Kai Uwe Chow, Hämatonkologe,
Ambulantes Krebszentrum Schaubstr. 16, Frankfurt am Main

Hautprobleme und deren Therapie bei EGFR-Inhibitor-Therapien

Dr. med. Sylvie Pätzold, OÄ Dermatookologie,
Universitätsklinik Frankfurt am Main

Der interessante Fall / Diskussion beim Imbiss

Dr. med. W.A. Fach, Vorsitzender der Bezirksärztekammer
Prof. Dr. med. J. Bargon, Fortbildungsbeauftragter der
Bezirksärztekammer

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen 2011/2012

Zwischenprüfung 2011: Mittwoch, den 2. März 2011

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2011:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 27. April 2011*

* (Achtung! Termin liegt in den Osterferien!)

Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche Prüfung: 30. Mai bis 16. Juli 2011

Winterprüfung 2011/2012:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 11. Januar 2012

Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche Prüfung: 13. Februar bis 10. März 2012

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/Arztshelfer/innen im Winter 2011 vom 12. Januar 2011 bis zum 19. März 2011

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/ Arztshelfer/innen im Winter 2011 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

6. Oktober bis zum 13. Oktober 2010

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Winterprüfung 2011 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2011 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 19. Mai 2011 endet**,
2. Auszubildende, die die **Abschlussprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen (i.d.R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. **Wiederholer/innen**, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. **Externe**, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arztshelfer/Arztshelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

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

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **mindestens 2,0**,
- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens „gut“ beurteilt werden und
- die Leistungen in der **Zwischenprüfung** im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens **befriedigende Ergebnisse** erbracht haben.

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte und Arztshelfer/innen*

Kurzmeldung

Deutlicher Anstieg der Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten

Zum 31. Juli 2009 hatten wir 574 neue Ausbildungsverträge für den Ausbildungsbeginn registriert. Die Zahl zum 31. Juli 2010 ist deutlich höher, sie liegt bei 652 neuen Ausbildungsverträgen.

Wir bedanken uns bei allen hessischen Ärztinnen und Ärzten für ihre Ausbildungsbereitschaft. Zu loben ist auch die durch die Ausbildungsbereitschaft zum Ausdruck gebrachte Weitsicht der Praxisinhaberinnen/Praxisinhaber, denn die Schulabgängerzahlen werden in den nächsten Jahren zurückgehen. Deshalb gilt es den Fachkräftenachwuchs für die Praxen zu sichern, um auch in den nächsten Jahren die erforderliche Qualität in der Patientenversorgung gewährleisten zu können.

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte und Arztshelfer/innen*

Ausschreibung des Dr. Rusche-Forschungsprojekts

**Projektförderung auf dem Gebiet der Herzchirurgie,
vergeben von der Deutschen Stiftung für Herzforschung und
der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie**

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die auf dem Gebiet der Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie in Deutschland tätig sind, können Fördermittel aus dem Stiftungsfonds Dr. Ortwin Rusche für ihr Forschungsprojekt beantragen. Gefördert werden Projekte in der Größenordnung von 60.000 Euro und einer Laufzeit von bis zu zwei Jahren. Die Förderung ist als Anschubfinanzierung zu betrachten und hat als Zielgruppe Nachwuchsforscher/innen bis zum 40. Lebensjahr.

Das Dr. Rusche-Forschungsprojekt wird einmal im Jahr von der Deutschen Stiftung für Herzforschung (DSHF) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) vergeben. Der am besten bewertete Antrag wird alljährlich auf der Jahrestagung der DGTHG ausgezeichnet.

Anträge auf Förderung können bis spätestens 30. September 2010 – mit frühestem Förderbeginn 1. März des darauffolgenden Jahres – gestellt werden. Der Antragsteller hat auszuschließen, dass ein gleich lautender Antrag oder Teilinhalte aus ihm an anderer Stelle zur Förderung eingereicht worden sind. Die Bewerbung wird in der Regel zwei Fachgutachtern zur Beurteilung vorgelegt und im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat durch den Vorstand der DSHF vergeben.

Ausführliche Richtlinien und Antragsformulare online unter www.dshf.de/dr_rusche_forschungsprojekt.php – alternativ kann die Bewerbung auch per Post in 15-facher Ausfertigung mit den dafür vorgesehenen Antragsformularen erfolgen (Poststempel):

Deutsche Stiftung für Herzforschung, Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Kontakt: Christine Koch, Fon: 069 955128-128, E-Mail: koch@herzstiftung.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Seeheim-Jugenheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Büttelborn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Groß-Gerau	
Ginsheim-Gustavsburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main – Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main – Bornheim	Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt am Main	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main – Eschersheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaft)
Frankfurt am Main – Eschersheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaft)
Frankfurt am Main	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Königstein	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis	Frauenärztin/Frauenarzt
Main-Kinzig-Kreis	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaft)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

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

Landkreis Offenbach

Neu-Isenburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------------	--

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Pohlheim	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Pohlheim	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Rosbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Vilbel	Kinderärztin/Kinderarzt
Bad Nauheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Bad Nauheim	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Frauenärztin/Frauenarzt
Herborn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag) (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Frielendorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Fritzlar	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag) (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Fulda

Großenlüder Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bebra Internistin/Internist – hausärztlich – oder Allgemeinärztin/Allgemeinarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Kassel Internistin/Internist – hausärztlich – oder Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
 Kassel Urologin/Urologe (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Augenärztin/Augenarzt
 Vellmar Augenärztin/Augenarzt
 Hofgeismar Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
 Edertal Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Bad Wildungen Urologin/Urologe (Gemeinschaftspraxisanteil)

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Taunusstein Chirurgin/Chirurg
 Taunusstein Chirurgin/Chirurg

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Kreis Limburg-Weilburg 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, Beratung Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon 069 79502-604** zu wenden.

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

Argentinien's Gala Nacht in der Alten Oper mit Daniel Barenboim und dem Rodolfo Mederos Trio

5. Oktober 2010, 21:00 Uhr, Großer Saal – Opernplatz 1 – 60313 Frankfurt

Unter dem Motto „Cultura en movimiento – Kultur in Bewegung“ präsentiert sich in diesem Jahr Argentinien als Ehrengast der Frankfurter Buchmesse, die zwischen dem 6. und 10. Oktober viele Literatur- und Kulturinteressierte in die Mainmetropole ziehen wird.

Der musikalische Höhepunkt des vielschichtigen Programms, das Argentinien noch bis zum Jahresende in Deutschland präsentieren wird, ist die Gala Nacht in der Frankfurter Alten Oper am 5. Oktober 2010, dem Vorabend der Messeeröffnung. Freunde des Tango Argentinos erwartet eine emotionsgeladene musikalische Reise durch Argentinien mit **Daniel Barenboim** am Klavier und dem Tangovirtuosen und Meisterbandoneonisten **Rodolfo Mederos**. In Begleitung von **Armando De la Vega** (Gitarre)

und **Sergio Rivas** (Kontrabass) spielen sie unverzichtbare Kompositionen von Juan Carlos Cobian (*Nunca Tuvo Novio*), Arturo Bernstein (*Don Goyo*), Feliciano Latassa (*Gran Hotel Victoria*), Aníbal Troilo (*Romance de Barrio*), Enrique Matos Rodríguez (*La Cumparsita*), Augusto Berto (*La Biblioteca*), Arturo de Bassi (*El Caburé*), Carlos Gardel (*El día que me quieras*), Anselmo Aieta (*Palomita Blanca*), Ramon Sixto Rios (*Merceditas*), Aníbal Troilo (*Sur*), Angel Villoldo (*El Choclo / El Porteño*) und Scarpino – Caldarella (*Canaro en Paris*).

Im Vorverkauf ab 1. September 2010 an allen bekannten Vorverkaufsstellen. Schriftliche Kartenbestellungen ab sofort unter www.frankfurt-ticket.de möglich.