

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

11 | 2011

November 2011

72. Jahrgang

- **8. ordentliche Delegiertenversammlung der LÄK Hessen am 28.9.2011**
- **Die Bezirksärztekammer Frankfurt stellt sich vor**
- **Herz unter Druck**
Deutsche Herzstiftung startet bundesweite Herzwochen zum Bluthochdruck Hessens Ärzte zur Teilnahme aufgerufen
- **Zertifizierte Fortbildung: Neue Entwicklungen in der medikamentösen und interventionellen Hochdrucktherapie**
- **Das Alter, eine Herausforderung**
Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Ärzte in Frankfurt/Main
- **2. Hessisches Gründer- und Abgeberforum der KV Hessen**

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 Vogelsang 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: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
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
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Karl Matthias Roth, Fischbachtal
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
Prof. Dr. med. Max Zegelman, Frankfurt

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsang 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:

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

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2011 vom 1.1.2011 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 121,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 121,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,50 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. 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**

Visionen oder Wirklichkeit? 668

Landesärztekammer Hessen

Großes Interesse an Presseseminar zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz 669

8. ordentliche Delegiertenversammlung der LÄKH am 28.9.2011 671

Die Bezirksärztekammer Frankfurt stellt sich vor 674

2. Hessisches Gründer- und Abgeberforum der KV Hessen

670

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 30: Holunder 669

Medizinisches Kreuzworträtsel 676

Zertifizierte Fortbildung: Neue Entwicklungen in der medikamentösen
und interventionellen Hochdrucktherapie 677

Sicherer Verordnen 705

Aktuelles

Herz unter Druck – Deutsche Herzstiftung startet 675

bundesweite Herzwochen zum Bluthochdruck
„Das Alter, eine Herausforderung“ 690

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

695

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

701

Parlando

Ockerfarbene Weizenfelder im Bad Homburger Sinclair-Haus /
Der neue Alarmismus 703

Arzt- und Kassenarztrecht

BSG untersagt externe Kooperationen bei ambulanten Operationen 706

Satire

Die Krawatte sagt alles 708

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

709

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

710

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

714

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt; er überträgt 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 Verlags.

Visionen oder Wirklichkeit?



Dr. med. Gottfried von
Knoblauch zu Hatzbach
(Foto: privat)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, einmal mehr erleben wir einen spannenden und bewegten Herbst. Nicht nur die berechtigten Sorgen, die wir uns um die Schuldenlast einiger europäischer Freunde machen, treiben uns um, sondern

auch zahlreiche Gesetzesvorhaben in unserem eigenen Land, besonders die neuen Initiativen mit dem Ziel, den Nachwuchsmangel zu lindern.

Ein Beispiel ist die Gründung einer Nachwuchsakademie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (siehe Seite 694), die beginnend mit dem Sommersemester 2012 jedes Jahr zwölf Studierende auswählen möchte, um diese jungen Kräfte dann für einen Zeitraum von drei bis vier Jahren unter anderem durch die Bereitstellung von Mentoren zu fördern. Neben den weiterhin dringend benötigten strukturellen Änderungen ist eine solche Initiative ein weiterer Baustein, der den Medizinstudierenden zeigt, dass sie uns wichtig sind. Erfreulich ist auch die Absicht des Gesetzgebers, den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wieder vor das Praktische Jahr zu legen. Darüber hinaus soll das Praktische Jahr künftig nicht nur an der Heimatuniversität und deren akademischen Lehrkrankenhäusern, sondern auch an anderen geeigneten Krankenhäusern absolviert werden. Dies wird den Wettbewerb um den so dringend benötigten Nachwuchs sicherlich im Sinn der Studierenden fördern. Die Zeiten unbezahlter Stationsarbeit im Praktischen Jahr dürften sich damit auch in den letzten Kranken-

häusern, die sich einer Entschädigungszahlung verweigern, unweigerlich dem Ende nähern. Im Bemühen, Weiterbildungsstellen zu besetzen, wird das Werben um die Studierenden im Praktischen Jahr, auch zu weiteren Verbesserungen der dem Praktischen Jahr folgenden Weiterbildung führen. Hoffentlich werden die Ergebnisse der zweiten Evaluationsrunde zur Weiterbildung bald vorliegen. Betreffen die Nachwuchssorgen doch nicht nur die Allgemeinmedizin, sondern auch die anderen medizinischen Fachgebiete. Es bleibt zu wünschen, dass die Vertreter der Arbeitgeber bei den laufenden Tarifverhandlungen für die Ärzte an den Universitätskliniken sowie den kommunalen Krankenhäusern hier das nötige Fingerspitzengefühl zeigen.

Leider hat sich die Erkenntnis, dass fortwährende Angriffe auf die Ärzteschaft letztendlich dem Patienten schaden, indem sie nicht nur das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu unterminieren versuchen, sondern auch geeignet sind, geeigneten Nachwuchs zum Überdenken des Berufswunsches zu veranlassen, noch nicht bei dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen durchgesetzt, wie dessen jüngste Kritik an den Individuellen Gesundheitsleistungen deutlich machte. Auch die regelmäßig wiederholten Vorwürfe hinsichtlich zu langer Wartezeiten auf einen Arzttermin beruhen weniger auf Sachkenntnis als vielmehr in dem Bemühen, die eigene Position zu stärken. Am 27. September 2011 veröffentlichte die Techniker Krankenkasse das Ergebnis der Umfrage des „Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen“ (WINEG). Das WINEG befragte die Versicherten zu Wartezeit und Freundlichkeit in der Arztpraxis. Das Ergebnis ist mitnichten ein

Beleg für die vielfach zitierte Zwei- oder gar Mehrklassenmedizin. Vielmehr sind neun von zehn Versicherten zufrieden mit der Wartezeit auf einen Arzttermin.

Außerdem zeigten sich deutlich über 90 Prozent der Menschen mit der Freundlichkeit des Personals und der Atmosphäre in der Praxis zufrieden. Diese Ergebnisse einer Umfrage, die wohlgemerkt nicht von ärztlicher Seite beauftragt wurde, sprechen für sich.

Vielleicht gelingt es uns mit vereinten Kräften, die uns alle plagenden bürokratischen Lasten – auch im Interesse unserer Patienten, für die wir dann sowohl in den Kliniken wie auch in den Praxen mehr Zeit hätten – zu vermindern. Für eine Umkehr ist es nie zu spät. So hat die britische Regierung jetzt den Stopp eines Programms des Nationalen Gesundheitsdienstes zur technischen Aufrüstung des Gesundheitswesens und zum Aufbau eines Systems elektronischer Patientenakten angeordnet, in das umgerechnet bereits etwa 14,5 Milliarden Euro investiert worden sein sollen. Auch in den Niederlanden wurde ein gleiches Projekt im Abgeordnetenhaus wieder zurückgenommen, u.a. besonders deswegen, weil man letztlich keine absolute Sicherheit für den Datenschutz, eine unverzichtbare Voraussetzung für ein erfolgreiches, vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis, garantieren konnte. Ähnlichkeiten zu bundesdeutschen Projekten wären rein zufällig.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Großes Interesse an Presseseminar zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Foto: Manuel Maier

Auf ein großes Echo ist das Presseseminar zum geplanten Versorgungsstrukturgesetz am 1. September 2011 gestoßen, zu dem die Landesärztekammer gemeinsam mit der BKK-Hessen in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Sozialministerium eingeladen hatte. 18 Journalistinnen und Journalisten waren zu der Veranstaltung im Frankfurter Haus am Dom gekommen, um einen Überblick über die Kernpunkte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und dessen Einfluss auf regionale Ebenen zu erhalten. In ihren Vorträgen beleuchteten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach,

Präsident der Landesärztekammer Hessen, Jörg Osmers, Leiter der Abteilung Gesundheit im Hessischen Sozialministerium, und Dr. med. Andreas Braun vom BKK-Landesverband Hessen die Auswirkungen des Gesetzes, das 2012 in Kraft treten soll, für Hessen. Wie wichtig die Information der Medien über Inhalte und Auswirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen ist, zeigten die zahlreichen Fragen und lebhaften Diskussionen im Haus am Dom.

Katja Möhrle

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 30: Holunder (*Sambucus nigra* L.) Alexander H. Jakob



Fruchtstand des Schwarzen Holunder

Der Holunder ist eine in Hessen als Strauch und Baum vorkommende Pflanze aus der Familie der Geißblattgewächse. Die Verwendung der Blüten in der Küche erfolgt als Küchlein, welche frittiert oder in Teig ausgebacken werden und auch Weine, Sekt und Sirup werden hieraus hergestellt. Aus den Holunderbeeren können Marmeladen und Säfte gewonnen werden. Für zahlreiche Vögel stellt der Holunder eine wichtige Nahrungsquelle dar. Schon früher wurden Teezubereitungen in der Erfahrungsheilkunde traditionell auf-

grund ihrer schweißtreibenden Wirkung bei Erkältungskrankheiten eingesetzt. Desweiteren steigern solche Teezubereitungen die Bronchialsekretion, so dass auch heute nach der Kommission E die Indikation für Holunderblüten (*Sambuci flos*) für Erkältungskrankheiten gegeben ist. Für diesen Einsatz gibt es Teemischungen, die zum Beispiel als Zusatz Lindenblüten enthalten. Für den präventiven Einsatz werden ferner Saftzubereitungen der Beeren konsumiert. Auf den Genuss roher Holunderbeeren sollte aber verzichtet werden, da dies zu Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe führen kann, was durch das Erhitzen verhindert wird.

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



Wir bringen Sie zusammen!

**12. Nov. 2011
Kassel**

Foto: Scherer

Sie sind herzlich eingeladen: Das 2. Hessische Gründer- und Abgeberforum

Sie wollen Ihre Praxis abgeben oder
suchen eine Praxis, um sich niederzulassen?

Dann kommen Sie zum 2. Hessischen Gründer-
und Abgeberforum der Kassenärztlichen Verei-
nigung Hessen am 12. November 2011 nach
Kassel.

Zwischen 10 und 14 Uhr bieten wir Ihnen ein
breites Portfolio an: Neben zahlreichen Fach-
vorträgen, wie z. B. zur erfolgreichen Praxis-
abgabe, haben Praxisabgeber auf unserem
Marktplatz die Gelegenheit, ihre Praxis zu inse-
rieren. Niederlassungsinteressierte können ent-
weder direkt auf die Anzeigen reagieren oder
selbst ein Inserat zur Praxissuche schalten. Au-
ßerdem können sich – wenn gewünscht – Praxis-
abgeber und Existenzgründer direkt begegnen.

Veranstaltungsort:

Kongress Palais Kassel
Holger-Börner-Platz 1 / Eingang Kattenstraße
34119 Kassel

12. November 2011 • 10 – 14 Uhr

Ihr Inserat nehmen wir auch gerne vorab
entgegen. Nutzen Sie dazu unser Suche- oder
Biete-Formular auf unserer Homepage
www.kvhessen.de

Nähere Infos und Anmeldung zum
2. Hessischen Gründer- und Abgeberforum:

Online über www.kvhessen.de,
per E-Mail an: praxisforum@kvhessen.de oder
per Fax an: (05 61) 7008-4747

Wir freuen uns auf Sie!

8. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 28. September 2011

Am 28. September 2011 fand die erste zusätzliche Delegiertenversammlung an einem Mittwochnachmittag statt, die künftig den Novembertermin inhaltlich entlasten soll. Jährlich wiederkehrende Tagesordnungspunkte, wie der Bericht zum Versorgungswerk und der Jahresabschluss, wurden vorgezogen. Die einzelnen Tagesordnungspunkte konnten relativ zügig abgearbeitet werden. Nach seiner Begrüßung und nach der Genehmigung des Beschlussprotokolls der 7. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 26. März 2011 leitete Dr. von Knoblauch zu Hatzbach direkt zu den Arbeitsthemen über.

Jahresabschluss 2010

Den Jahresabschluss 2010 stellte der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. med. Günther Golla vor. In seinem Bericht informierte er die Delegiertenversammlung darüber, dass die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PriceWaterhouseCoopers in ihrer Prüfung des Jahresabschlusses der LÄKH des Geschäftsjahres 2010 zu dem Ergebnis kam, dass Buchung und Belegwesen ordnungsgemäß erfolgt seien, der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften entspreche und der Lagebericht eine zutreffende Vorstellung von der Lage der LÄKH gebe und Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung zutreffend darstelle. Ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk wurde ausgestellt.

Golla berichtete, dass im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der Kammermitglieder um 595 auf 31.116 gestiegen sei. Das entspräche einem Anstieg von 2 % (2009: 30.521 Mitglieder). Dadurch seien die Kammerbeiträge im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr um 9,2 % auf ca. 15,5 Mio. Euro gestiegen. Die Bilanzsumme belief sich für 2010 auf 47,017 Mio. Euro (Steigerung um 8,9 % gegenüber dem Vorjahr). Das



Dr. med. Günther Golla

Jahresergebnis betrug 3,174 Mio. Euro. Schließlich informierte Golla, dass inzwischen ein Risikomanagement eingeführt worden ist und die Empfehlungen der Wirtschaftsprüfer umgesetzt wurden. Bestandsgefährdende Risiken seien nicht erkennbar.

Der Vorsitzende des Ausschusses „Hilfsfonds“, Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph informierte in seinem Bericht für das Jahr 2010 u.a. darüber, dass das Vermögen des Hilfsfonds laut Prüfbericht der PriceWaterhouseCoopers Deutsche Revi-



Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph

sion zum 31. Dezember 2010 390.983,84 Euro betragen habe.

Das Ärzteparlament stellte den Jahresabschluss einstimmig fest und entlastete das Präsidium für das Jahr 2010.

Nachwahl eines Beisitzers in den Vorstand der Bezirksärztekammer Darmstadt

Als Nachfolger von Dr. med. Günther Golla wurde Dr. med. Matthias Moreth einstimmig zum Beisitzer in den Vorstand der Bezirksärztekammer Darmstadt gewählt.



Blick ins Plenum

Vorschläge zur Besetzung des Berufsgerichts

Auf Antrag der Delegierten der Liste ÄrztINNEN Hessen wurden – zusätzlich zu der bereits in der Frühjahrs-Delegiertenversammlung verabschiedeten Vorschlagsliste zur Besetzung des Heilberufsgerichts beim Verwaltungsgericht Gießen mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern – drei weitere Ärztinnen nachnominiert.

Verschiedenes

Große Zustimmung fand der Antrag von Dr. med. Lars Bodammer, ein Konzept zur Nachwuchsförderung zu erarbeiten, das über die bisherigen Bemühungen hinaus gezielt junge Ärztinnen und Ärzte ansprechen soll, sich in Gremien und Institutionen der LÄKH einzubringen.

Katja Kölsch

Bericht des Vorstandes des Versorgungswerkes

Auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 28. September 2011 berichtete die Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende, zu verschiedenen Anträgen und Anfragen von Delegierten.

Im Mittelpunkt stand dabei der Vorschlag des Vorstandes des Versorgungswerkes an die Delegiertenversammlung, ab dem Jahr 2012 wieder eine prozentuale Erhöhung laufender Renten zu bewilligen und die Überschüsse an die Anwärter von zukünftig zu beziehenden Renten nicht mehr linear, sondern gestaffelt zu verteilen. Damit kam der Vorstand einem Antrag der Delegiertenversammlung aus dem Jahr 2009 nach.

Wie allgemein bekannt, musste das Versorgungswerk aufgrund versicherungsmathematischer Vorgaben ab dem Jahr 2004 in seiner Bilanz wegen der statistisch gestiegenen Lebenserwartung seiner Mitglieder (sog. „Längerlebigkeit“) einen zusätzlichen Betrag von 576 Mio. Euro „erwirtschaften“ und in die Deckungsrückstellung einstellen.

Wegen der geringeren Zinseinnahmen infolge der damaligen Wirtschaftskrise



Dr. med. Brigitte Ende

blieb dem Versorgungswerk keine andere Wahl, als den Jahrzehnte lang geltenden garantierten Rechnungszins von 4,0 % auf 3,5 % abzusenken und im Jahr 2010 erneut um 0,5 Prozentpunkte auf 3,0 % zu reduzieren (im Vergleich: Private Lebensversicherer garantieren derzeit einen Rechnungszins von 2,25 % und müssen diesen ab dem Jahr 2012 auf 1,75 % absenken). Es entstehen damit drei sog. Zinsgenerationen. Diese Rechnungszinsabsenkung hat zwar keinen Einfluss auf die laufenden Renten und die bereits gezahlten Beiträge – hier gilt Bestandsschutz, aber es sinkt naturgemäß für zukünftige Rentner der in der Leistungstabelle zugesagte Betrag einer Altersrente.

Vom Eingriff in die Leistungstabelle durch die Absenkung des Rechnungszinses sind insbesondere die jüngeren Mitglieder betroffen, wohingegen bei älteren Mitgliedern ein Großteil der eingezahlten Beiträge noch mit 4,0 % verzinst wird. Die Delegiertenversammlung hatte in der Herbst-Sitzung im Jahr 2009 dem Vorstand des Versorgungswerkes aufgetragen, nach Mitteln und Wegen zu suchen, diesen finanziellen Nachteil der Zinsabsenkung, insbesondere für die Zinsgruppe der jüngeren Mitglieder auszugleichen, deren Beiträge mit nur 3 % bzw. 3,5 % verrentet werden.

Nun hat das Versorgungswerk im Geschäftsjahr 2010 wieder bilanzielle Überschüsse erwirtschaftet, die sowohl für eine Erhöhung der laufenden Renten als auch für eine Überschussverteilung für die aktiven Mitglieder verwendet werden können.

Dynamisierung der Anwartschaften und Renten

Der Vorstand des Versorgungswerkes hat vorgeschlagen, nach einigen „Nullrunden“ für die Rentner wieder eine prozentuale Erhöhung der laufenden Renten durchzuführen. An den Überschüssen sollen somit einerseits die Rentner partizipieren, die in den letzten Jahren nicht zuletzt wegen der Berücksichtigung ihrer eigenen höheren Lebenserwartung auf Leistungserhöhungen verzichten mussten. Der Vorstand wird der kommenden Delegiertenversammlung im November 2011 eine Renten Anpassung um 1,25 % zum 1. Januar 2012 empfehlen. Andererseits sollen auch die Anwärter – d.h. „Noch-Nicht-Rentenbezieher“ – an den bilanziellen Überschüssen beteiligt werden.

Generationengerechtigkeit

Die Delegiertenversammlung hat den Vorschlag des Vorstandes des Versorgungswerkes einstimmig gut geheißen, dass Überschüsse eines Geschäftsjahres nicht mehr wie bisher prozentual linear auf alle Anwärter ausgeschüttet, sondern dass die zu verteilenden Überschüsse gestaffelt auf die drei Zinsgenerationen unterschiedlich verteilt werden. Dadurch können Beiträge, die zuletzt mit 3,0 % verzinst wurden, mit 3,5 % verzinst werden. Mit übrigen bleibenden finanziellen Mitteln kann die Verzinsung der Beiträge, die mit 3,5 % verzinst wurden, auf 4,0 % angehoben werden. Sollten dann immer noch Überschüsse verfügbar sein, würden sie auf alle Zinsgenerationen wieder linear verteilt.

Aufbauend auf dem jetzt getätigten Beschluss der Delegierten zur neuen Systematik der Überschussverteilung mit dem Ziel einer „Generationengerechtigkeit“, kann der Versicherungsmathematiker des Versorgungswerkes nun mit seinen genauen Berechnungen beginnen, damit die Delegiertenversammlung in ihrer November Sitzung den satzungskonformen Beschluss zur Überschussverwendung des Geschäftsjahres 2010 für die Anwärter und Rentner fasst. Außerdem können schon notwendige Arbeiten an den EDV-Systemen des Versorgungswerkes eingeleitet werden.

Höhere Lebenserwartung im Versorgungswerk kein Thema mehr

Sofern die Delegiertenversammlung dem Jahresabschluss 2010 auf der nächsten Delegiertenversammlung zustimmt, ist die

gestiegene Lebenserwartung der Mitglieder durch eine Erhöhung der Deckungsrückstellung bereits vollständig berücksichtigt. Insgesamt waren – wie oben schon ausgeführt – dafür 576 Mio. Euro erforderlich. Die Delegierten sprachen dem Versorgungswerk ihre Anerkennung dafür aus, diesen Kraftakt gemeistert zu haben.

Europäische Schuldenkrise

Die nach wie vor kaum oder nur in Teilen gelöste europäische Schuldenkrise sorgt weiterhin für große Verunsicherung. Seit August kommt es zu neuerlichen Turbulenzen an den Finanzmärkten. Das Versorgungswerk hat bereits vor Ausbruch der aktuellen Krise weitreichende Sicherungs- und Kontrollmechanismen eingeführt, um Risiken zu minimieren. Zu erwähnen ist etwa das laufende sog. zentrale Risikocontrolling durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und das mit eigenen Mitarbeitern durchgeführte operative Risikomanagement. Die größten Zukunftssorgen bereiten immer noch die sogenannten PIIGS-Staaten, also Portugal, Italien, Irland, Griechenland und Spanien. Das Versorgungswerk ist nur in sehr geringem Umfang in diesen Staaten investiert. Von den Titeln, die sich im langfristigen Direktbestand befinden (Gesamt volumen ca. 5,6 Mrd. Euro) und im Bereich der extern gemanagten Fondsanlagen (Gesamt volumen ca. 868 Mio. Euro) entfallen lediglich 8,29 Mio. Euro auf Griechenland (d.h. weniger als 0,13 % des genannten Portfolios). Dass damit keine übertriebenen Risiken verbunden sind, wird dem Versorgungswerk regelmäßig vom zentralen Risikocontrolling bescheinigt.

*Dr. Matthias Moreth, Johannes Prien
Alle Fotos: Katja Kölsch*

Die Bezirksärztekammer Frankfurt stellt sich vor

Die Bezirksärztekammer Frankfurt hat das Selbstverständnis einer Serviceeinrichtung für Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger, sowie die hier gemeldeten ärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

Bei der Bezirksärztekammer Frankfurt sind 11.532 (Stand: 29. September 2011) Ärztinnen und Ärzte gemeldet. Geographisch reicht die Bezirksärztekammer Frankfurt von Rodgau im Süden bis Bad Homburg im Norden sowie Schlüchtern im Osten und Kriftel im Westen.

Alle Aspekte die mit dem ärztlichen Beruf zu tun haben, werden entweder in persönlichen Gesprächen, telefonisch oder schriftlich bearbeitet. In hohem Maße erfolgt die Beratung von Ärztinnen und Ärzten und die Konfliktlösung sei es bei schlichten Gesprächen oder in Schiedsgerichtsverfahren. Ein besonderes Anliegen der Bezirksärztekammer Frankfurt ist die ärztliche Fortbildung. Es werden regelmäßig Veranstaltungen, die fachlich von Professor Dr. med. Joachim Bargon konzipiert werden, angeboten. Auch Fortbildungen mit juristischer Fragestellung wurden bereits durchgeführt.

Meldewesen

Die Betreuung und Aufnahme von Neu- und Wiederzugängen der gemeldeten Ärztinnen und Ärzte in Hessen, sowie deren Stammdatenpflege liegt im Verantwortungsbereich der Bezirksärztekammer Frankfurt.

Seit 2009 führt die Bezirksärztekammer Frankfurt zweimal im Jahr eine Begrüßungs- und Informationsveranstaltung für neue Mitglieder durch. Hierbei werden auch Fragen des Versorgungswerkes, der Weiterbildung, juristische Aspekte der ärztlichen Berufsausübung, aber auch Fragen die mit ethischen Aspekten des Berufes zusammenhängen, angesprochen. Ein besonderes Gewicht liegt bei der Ansprache einer Stressbewältigung und einer „Burn-out-Prophylaxe“.

Medizinische Fachangestellte

Telefonisch und persönlich werden Auszubildende, Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit Fragen um die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten beraten und betreut.

Die Zwischen- und Abschlussprüfungen werden vorbereitet und abgenommen, Abschlusszeugnisse ausgestellt und im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung überreicht. Derzeit befinden sich 954 Auszubildende in Ausbildung.

Überwachung und Berufsordnung

Fragen die mit Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern und Ärzten untereinander zusammenhängen werden seitens der Bezirksärztekammer Frankfurt betreut. Diese Arbeit geschieht in enger Abstimmung mit der Rechtsabteilung im Hause.

Serviceleistungen für die Kolleginnen und Kollegen und Bürgerinnen und Bürger

Die Bezirksärztekammer Frankfurt nimmt intensiv an der berufspolitischen Diskussion teil. Jede Delegiertenversammlung, das höchste Organ der Landesärztekammer Hessen, wird durch ein vorbereitendes Treffen der Delegierten begleitet.

Dem Vorstand der Bezirksärztekammer Frankfurt gehören an: Dr. med. Wolf Andreas Fach, Vorsitzender, Dr. med. Sigmund Drexler, stellvertretender Vorsitzender und als Beisitzer: Dr. med. Snjezana Krückeberg, Dr. med. Sabine Olischäger und Professor Dr. med. Jutta Peters. Diese arbeiten vertrauensvoll an der Strukturierung und Konzipierung der Arbeit der Bezirksärztekammer Frankfurt. Seit 2006 ist organisatorisch der Bezirksärztekammer Frankfurt die Drogen- und Suchtberatung angegliedert. In diesem Zusammenhang können sich sowohl Patienten als auch Mitarbeiter oder Ärzte, auch anonym, an die Landesärztekammer Hessen wenden.

Ein besonderes Augenmerk wird auf Service und zügige Erledigung der anfallenden Aufgaben gelegt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bezirksärztekammer Frankfurt sind: Hero Smid, Abteilungsleiter und Bezirksärztekammer-Koordinator für ganz Hessen, Ingrid Hitzel, Sekretariat, im Meldewesen: Sandra Rahsmann, Gerda Mierowski und Katja Kreis-Thiel, sowie im Medizinische Fachangestellten-Ausbildungswesen: Sabine Botte, Constanze Coch und Brunhilde Richter.

Der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen gehören aus dem Bereich der Bezirksärztekammer Frankfurt folgende Delegierte an:

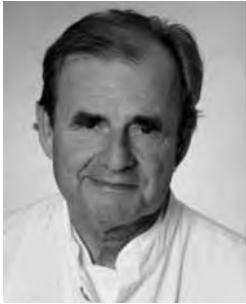
Dr. med. Lars Bodammer, Monika Buchalik, Dr. med. Sigmund Drexler, Professor Dr. med. Albrecht Encke, Dr. med. Wolf Andreas Fach, Professor Dr. med. Ulrich Finke, Dr. med. Günther Golla, Dr. med. Doris Grether, Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Markus Herkströter, Dr. med. Georg Holfelder, Dr. med. Stefan Hornung, Dr. med. Gisela Illies, Dr. med. Klaus König, Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth, Dr. med. Snjezana Krückeberg, PD Dr. med. Ute Maronna, Dr. med. Sylvia Gabriele Mieke, Dr. med. Alfred Möhrle, Barbara Mühlfeld, Joachim Odenwald, Dr. med. Detlef Oldenburg, Dr. med. Sabine Olischläger, Professor Dr. med. Jutta Peters, Dr. med. Klaus Wolfgang Richter, Dr. med. Anthony Ruhl, Dr. med. Wolfgang Seher, Dr. med. Eckhard Starke, Dr. med. Rolf Teßmann, Dr. med. Gerd Zimmermann.

*Dr. med. Wolf Andreas Fach
Vorsitzender der
Bezirksärztekammer Frankfurt*

*Dr. med. Sigmund Drexler
stellv. Vorsitzender der
Bezirksärztekammer Frankfurt*

Herz unter Druck

Deutsche Herzstiftung startet bundesweite Herzwochen zum Bluthochdruck. Hessens Ärzte sind zur Teilnahme aufgerufen



Prof. Dr. med.
Thomas Meinertz
(Foto: Univ. Herz-
zentrum Hamburg)

Bluthochdruck ist der häufigste Risikofaktor für Herz- und Gefäßerkrankungen in Deutschland. Schätzungsweise wissen hierzulande sieben bis zehn Millionen Menschen nicht, dass sie

einen hohen Blutdruck haben, weil sie ihn nicht messen lassen. „Das ist eine alarmierend hohe Zahl“, sagt der Kardiologe Professor Dr. med. Thomas Meinertz, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. „Sie alle laufen Gefahr einer schleichenden schwerwiegenden Schädigung ihrer Gefäße und Organe.“ Die Patientenorganisation mit Sitz in Frankfurt sieht deshalb dringlichen Aufklärungsbedarf und hat den Bluthochdruck zum Thema der Herzwochen 2011 gewählt. Die

se stehen unter dem Motto „Herz unter Druck“ und finden bundesweit vom 1. bis zum 30. November statt.

Gemeinsam mit den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, Internisten, Kardiologinnen und Fachärzten anderer Fächer sowie den Ärzten in den Kliniken will die Deutsche Herzstiftung erreichen, dass jeder über 35 seinen Blutdruck kennt und ihn regelmäßig kontrolliert. Aus diesem Grund appelliert die Deutsche Herzstiftung an Hessens über 31.000 Ärztinnen und Ärzte, die Organisation bei diesem Vorhaben während der Herzwochen und darüber hinaus zu unterstützen. Hierzu bietet die Herzstiftung ein kostenloses Aktionspaket speziell für Ärzte an. Es besteht aus der Experten-Broschüre „Bluthochdruck heute“ (s. unten), dem „Kleinen Bluthochdruck-Ratgeber“, dem „Blutdruck-Pass“ und einem Wartezimmer-Plakat (A3) für Ärzte zur Kampagne (www.herzstiftung.de/HW-2011/).

Handlungsbedarf für Hessens Ärzte und Patienten

„Nur mit Hilfe der Ärztinnen und Ärzte in Hessen können wir erreichen, dass Bluthochdruckpatienten ihre Situation ernst nehmen, das heißt, ihren Lebensstil ändern und die Medikamente konsequent einnehmen“, sagt Meinertz. „Hier sind besonders die Hausärzte angesprochen. Denn sie nehmen bei der Diagnostik und der Behandlung von Bluthochdruckpatienten eine Schlüsselrolle ein, weil sie häufig als erste den Patienten in Augenschein nehmen und ihn dann in der Behandlung kontinuierlich begleiten.“ Die Deutsche Herzstiftung sieht es als ihre Aufgabe, die Bevölkerung für die Gefahren des Bluthochdrucks und die Wichtigkeit der Blutdruckmessung zu sensibilisieren. „Wir wollen verhindern, dass erst die katastrophalen Folgen eines unbehandelten Bluthochdrucks wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen und Nierenversagen die Patienten zur Behandlung zwingen“, betont der Vorsitzende. Handlungsbedarf besteht für das Land Hessen – auch bei einer insgesamt guten Versorgungssituation für Herzpatienten. So lag 2009 die Morbiditätsziffer für vollstationäre Patienten mit akutem Myokardinfarkt bei 15.039 Fällen, bei Herzinsuffizienz-Patienten bei 25.785 und bei den Herzrhythmusstörungen waren es 26.840 vollstationäre Fälle (nach: Ernst Bruckenberg, Herzbericht 2010, S. 13).

Für frühzeitige Blutdruckmessungen

Hinzu kommt: Patienten, die ihre Erkrankung an einem hohen Blutdruck kennen, lassen sich häufig nicht oder nicht ausreichend behandeln. Viele Bluthochdruckpatienten nehmen ihre Medikamente nicht wegen tatsächlicher oder vermuteter Neben-

Der Experten-Ratgeber *Bluthochdruck heute – Lebensstil, Medikamente, neue Verfahren*, den die Deutsche Herzstiftung zu den Herzwochen herausbringt, informiert laienverständlich mit Beiträgen von Kardiologen, Pharmakologen und Psychologen über den heutigen Stand der Medizin, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei Bluthochdruck. Der Band eignet sich sehr gut als Nachschlagewerk für Ärzte und Patienten, die darin Tipps für den Umgang mit hohem Blutdruck erhalten. Der Ratgeber ist gegen 3 Euro in Briefmarken erhältlich bei: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstr. 50, 60322 Frankfurt.



wirkungen, vermindern die Dosierung oder brechen die Therapie ganz ab. Häufig werden die Patienten nicht ausreichend über Wirkungen und Nebenwirkungen der Blutdruckmedikamente aufgeklärt. Deshalb warnt die Herzstiftung vor den Gefahren des Bluthochdrucks und appelliert an die Bevölkerung, regelmäßig den Blutdruck beim Arzt messen zu lassen. „Jeder über 35 sollte seinen Blutdruck kennen und ihn regelmäßig kontrollieren“, empfiehlt Meinertz. Auch sollte der Blutdruck frühzeitig bei allen regulären Untersuchungen gemessen werden, zum Beispiel bei Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen und bei allen Einstellungsuntersuchungen – vor allem bei allen Besuchen, die die Menschen bei den Hausärzten aus ganz anderen Grün-

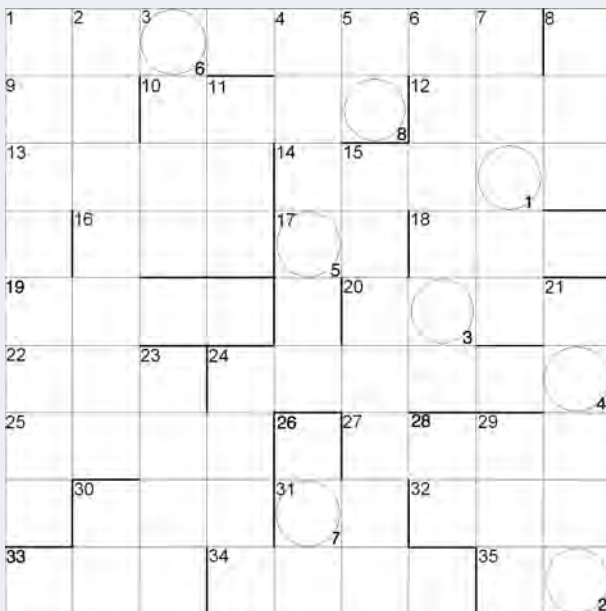


Wartezimmer-Plakat zur Kampagne

den absolvieren. Auch Fachärzte wie Augenärzte, Gynäkologen und Urologen sollten routinemäßig den Blutdruck messen. In den Herzwochen können sich Betroffene und Interessierte von unabhängigen Experten der Kliniken und niedergelassenen Praxen über den heutigen Stand der Medizin, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sowie zu den wichtigsten Entwicklungen auf dem Gebiet des Bluthochdrucks informieren lassen. Über 1.000 Veranstaltungen sind geplant. Termine der Herzwochen können unter www.herzstiftung.de/HW-2011/ abgerufen oder unter Tel. 069 955128-3333 erfragt werden.

Michael Wichert, Pressesprecher
Deutsche Herzstiftung e.V.

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

1 2 3 4 5 6 7 8

Waagerecht

1 Angeborene Fehlstellung der Hand mit „Bajonettform“ der Ulna: ...-Deformität (Eponym) • 9 Abk. für Immunkomplexe • 10 Distale Form der Spinalen Muskelatrophie Duchenne-... (Eponym) • 12 Substanz für den Transport von Laborröhrchen: Trocken... • 13 Lat.: ohne • 14 Galaktorrhö = ...fluss • 16 Phylogenetisch jüngster und am stärksten differenzierte Teil der Großhirnrinde = ...cortex • 17 Abk. für Insertionssegment • 18 Eine Form der Multisystematrophie = ...-Drager-Syndrom (Eponym) • 19 Bei Mädchen beschriebene frühkindliche Demenzform mit stereotypischen Handwaschbewegungen: ...-Syndrom (Eponym) • 20 HNO-Operation zur Schaffung einer Verbindung zwischen Nase und Tränensack (Eponym) • 22 Übliches Dosiermaß für flüssige Arzneien: ...löffel • 24 Nervale Leitungsbündel im Zentralen Nervensystem (dtsh.) • 25 Netz (lat.) • 27 Lebensende (lat.) • 30 Naevus (dtsh.) • 31 Engl. Abk. für „internationale Einheit“ • 32 Reisekinetose = ...krankheit • 33 Sehr plötzlich auftretend = ...akut • 34 Die Kraft, die die entspannte Ventrikelwand in der Enddiastole dehnt = Vor... • 35 Abk. für Nodus lymphaticus

Senkrecht

1 Koterbrechen • 2 Bewegungsblockade beim M. Parkinson • 3 Andere Bezeichnung für das Hepatitis B – Virus = ...-Partikel (Eponym) • 4 Teil des Os ethmoidale = ... cribrosa • 5 Abk. für die Rezepturanweisung uso noto (bekannten Gebrauch) • 6 ACTH-produzierendes Adenom der Hypophyse, kann bei Pat. mit bds. Adrenalectomie auftreten = ...-Tumor (Eponym) • 7 Stoffwechselerkrankung mit erhöhter Harnsäure im Blut • 8 Hormon des Hypophysenvorderlappens (Abk.) • 11 Virengattung, zu der auch die Rotaviren gehören = ...-Viridae • 15 Die Engstelle der Körperhauptschlagader am Übergang vom Bogen in den absteigenden Teil = ... aortae (lat.) • 21 Insulinproduzierende Zellen im Pankreas = ...zellen • 23 Katarakt = Grauer ... • 24 Einseitige periphere Fazialisparese (Eponym) • 26 Weiche Hirnhaut = ...mater • 28 Knochen (lat.) • 29 Niere (lat.) • 30 Abk. für Mangelerscheinung

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602011107580009

Neue Entwicklungen in der medikamentösen und interventionellen Hochdrucktherapie

Mengden Thomas¹, Nef Holger^{2,3}, Liebetrau Christoph², Dörr Oliver³, Möllmann Helge^{2,3}, Hamm Christian^{2,3}

Einleitung

Die aktuelle Übersicht beschäftigt sich mit neuen Entwicklungen in der medikamentösen und interventionellen Hochdrucktherapie. In diesem Rahmen wird auf klinisch bereits einsetzbare Substanzen resp. Verfahren fokussiert.

In Anlehnung an die kürzlich publizierte Neubewertung der Leitlinien der Europäischen Hochdruckliga (Mancia 2009) liegt der Schwerpunkt dieser Übersicht bei folgenden Fragestellungen:

1. Zielblutdruckwerte in Abhängigkeit von Co-Morbiditäten
2. Fixe Kombinationstherapien.
3. Renale Denervation

Wann sollte eine medikamentöse antihypertensive Therapie eingeleitet werden?

Aktuelle Leitlinien empfehlen die Einleitung einer antihypertensiven Therapie bei einer Hypertonie vom Schweregrad I, wenn nicht pharmakologische Maßnahmen, insbesondere Lebensstiländerungen nicht erfolgreich waren (Tabelle 1 und 2). Die wissenschaftliche Evidenz für eine solche Empfehlung ist jedoch dünn, da auch neuere Studien, wie die FEVER-Studie [Liu et al. 2005] durch folgende Faktoren limitiert waren:

1. Relativ hoher systolischer Blutdruck bei Studieneinschluss um 160 mmHg oder größer
2. Ein hoher Anteil von Patienten, die bereits eine antihypertensive Therapie zu Studienbeginn hatten

Tabelle 1: Blutdruckhöhe und Begleitriskien: Risikoklassen für ein kardiovaskuläres Ereignis [Deutsche Hochdruckliga, 2010]

Andere Risikofaktoren und Krankheitsgeschichte	Normal SBD 120 – 129 oder DBD 80 – 84	Hoch Normal SBD 130 – 139 oder DBD 85 – 89	Grad 1 SBD 140 – 159 oder DBD 90 – 99	Grad 2 SBD 160 – 179 oder DBD 100 – 109	Grad 3 SBD ≥ 180 oder DBD ≥ 110
Keine anderen Risikofaktoren	Durchschnittliches Risiko	Durchschnittliches Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko
1-2 Risikofaktoren	Leicht erhöhtes Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko
3 oder mehr Risikofaktoren oder Endorganschäden oder DM oder MS	Mäßig erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko
Klinisch manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko

SBD: Systolischer Blutdruck [mmHg], DBD: Diastolischer Blutdruck [mmHg];
DM: Diabetes mellitus; MS: Metabolisches Syndrom

3. Hoher Anteil von Patienten mit bereits eingetretenem hypertensiven Endorganschaden, die damit definitionsgemäß in eine Hochrisikokategorie fallen (siehe Tabelle 1).

Ähnlich verhält sich die Situation bei Altershypertonikern. Hier gibt es keine Studie, die Patienten mit einer Grad-I-Hypertonie, d.h. mit einem systolischen Blutdruck <160 mmHg, eingeschlossen hätte [Zanchetti et al. 2009].

Auch bei Diabetikern, die gemäß Tabelle 1 bereits bei hochnormalen Blutdruckwerten zwischen 130-139 mmHg oder 85-89 mmHg ein stark erhöhtes kardiovaskuläres Risiko

haben, gibt es keine konklusiven Belege, eine medikamentöse antihypertensive Therapie bereits in diesem hochnormalen Blutdruckbereich zu initiieren. Die in diesem Zusammenhang genannten Studien wie ABCD [Schrier et al. 2002], MICROHOPE [HOPE Group 2000] und ADVANCE [ADVANCE Group 2007] geben aufgrund diverser methodischer Limitationen keinen eindeutigen Hinweis, eine antihypertensive Therapie bei Diabetikern bereits im hochnormalen Bereich einzuleiten. Ähnliches gilt für Hypertoniker mit vorausgegangenem Schlaganfall oder TIA sowie Patienten mit begleitender koronarer Herzkrankung [PROGRESS Group 2001; Arima et al. 2006; Zanchetti et al. 2009].

¹ Kerckhoff-Klinik gGmbH, Abt. Rehabilitation, Bad Nauheim

² Kerckhoff-Klinik gGmbH, Herz- und Thoraxzentrum, Bad Nauheim

³ Universitätsklinikum Gießen, Medizinische Klinik I

Blutdruckziele: Je niedriger desto besser?

1. Bei unkomplizierter Hypertonie

Aus den Daten von fünf relevanten Interventionsstudien bei unkomplizierter Hypertonie geht hervor, dass bei Patienten mit unkomplizierter Hypertonie der Schweregrade I und II und niedrigem bis moderatem totalen kardiovaskulären Risiko eine Blutdrucksenkung unter 140 mmHg systolisch indiziert wurde [Zanchetti et al. 2009]. Darüber hinaus gibt es Daten aus der HOT-Studie [Gueyffier et al. 1999], die zeigen, dass ein diastolischer Zielblutdruck unter 80 mmHg mit weniger Myokardinfarkten assoziiert war als ein diastolischer Zielblutdruck unter 90 mmHg.

2. Zielblutdruck bei koronarer Herzerkrankung

Die Zielblutdruckwerte im diastolischen Bereich bei koronarer Herzerkrankung werden seit einigen Jahren intensiv und kontrovers diskutiert. Die Protagonisten des sog. „J-Kurven-Effektes“ führen in dieser Kontroverse immer wieder ins Feld, dass eine zu niedrige Senkung des diastolischen Blutdrucks mit einer erhöhten Inzidenz an Myokardinfarkten assoziiert ist. Die Gegner der J-Kurve führen an, dass die J-Kurve ein Artefakt aus erhöhter Gefäßsteifigkeit (hohe Blutdruckamplitude

mit niedrigem diastolischem Druck) und Herzinsuffizienz ist.

Ohne Zweifel muss es ab einem bestimmten diastolischen Blutdruck eine J-Kurve geben, d.h. einen Punkt, wo die Sterblichkeit wieder ansteigt; wo dieser diastolische Blutdruckwert allerdings liegt, ist bislang prospektiv nicht geklärt. Aus einer retrospektiven Post-hoc-Analyse der INVEST-Studie [Messerli 2006] wird geschlussfolgert, dass eine Zunahme der Inzidenz von Herzinfarkten bei diastolischen Blutdruckwerten < 70 mmHg zu beobachten war. Ein genauerer Blick in die Originalstudiendaten zeigt jedoch, dass bereits zu Studienbeginn (vor Therapieänderung) eine Zunahme von Myokardinfarkten, koronaren Revaskularisationen, Schlaganfällen, Herzinsuffizienz und sogar Karzinomen bei diastolischen Blutdruckwerten unter 70 mmHg zu beobachten war. Somit spiegelt die J-Kurve für Myokardinfarkte vermutlich keinen Therapieeffekt wider. Vielmehr ist ein niedriger bis sehr niedriger diastolischer Blutdruck vermutlich unabhängig von einer antihypertensiven Therapie ein Risikomarker für erhöhte kardiovaskuläre als auch nicht-kardiovaskuläre Morbidität. Ein entsprechender Kommentar des Editors der „Annals of Intern Medicine“ lautet demnach, dass „die Studie nicht beweisen konnte, dass die antihypertensive Therapie per se über eine zu niedrige dias-

tolische Blutdrucksenkung die prognostisch ungünstigen Effekte“, nämlich den J-Kurven-Effekt, verursacht.

Tatsächlich ist die autoregulatorische Schwelle bei Hypertonikern mit oder ohne hypertensive Herzerkrankung in prospektiven Studien nicht untersucht und somit nicht bekannt. Vorsicht ist vermutlich geboten bei Patienten mit linksventrikulärer Hypertrophie und angehobener koronarer Perfusionsschwelle, wenn der Blutdruck akut gesenkt wird (z.B. von 110 mmHg auf 70 mmHg diastolisch). Ähnliches könnte möglicherweise auch für Patienten mit nicht revaskularisierter koronarer Herzerkrankung gelten, obwohl es hierzu keine prospektiven Studien gibt. Insbesondere problematisch ist die Situation bei der häufigsten Hypertonieform, der isolierten systolischen Hypertonie, die definitionsgemäß bereits mit niedrigen diastolischen Blutdruckwerten ohne antihypertensive Therapie einhergeht. Hier wird sich klinisch häufig die Frage stellen, ob bei einem Blutdruck von z.B. 160/70 mmHg der Nutzen einer Senkung des systolischen Blutdrucks den möglichen Schaden einer zu starken Senkung des diastolischen Blutdrucks überwiegt. In diesem Zusammenhang von besonderem Interesse bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung sind die Daten der CAMELOT-Studie, in der normotensive KHK-Patienten in der Verum-Gruppe einen Blutdruck von 124/76 mmHg erreichten [Nissen et al. 2004]. Neben der Verringerung der Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse wurde durch diese Blutdrucksenkung im normotensiven Bereich mittels intravaskulärem Ultraschall eine Plaqueregession (-4,6 mm³) bei Patienten beobachtet, die einen Blutdruck < 120/80 mmHg erzielten.

Fazit: Bis zum Vorliegen von entsprechenden prospektiven Studien, die vermutlich nie durchgeführt werden, scheint es rat-

Tabelle 2: Schweregradeinteilung der Hypertonie gem. Praxis- und Langzeitblutdruckwerten (ABDM Tagesmittelwert) [Lüders et al., DMW, 2005]

Klassifikation	Systolisch (mmHg)		Diastolisch (mmHg)	
	Praxis-Blutdruck	ABDM-Tagesmittelwert	Praxis-Blutdruck	ABDM-Tagesmittelwert
Optimal	<120	<115*	<80	<75*
Normal	120 – 129	115 – 124*	80 – 84	75 – 79*
Hoch-normal	130 – 139	125 – 134*	85 – 89	80 – 84*
Grad 1	140 – 159	135 – 146	90 – 99	85 – 89
Grad 2	160 – 179	147 – 156	100 – 109	90 – 95
Grad 3	≥180	≥157	≥110	≥96
isolierte syst. Hypertonie	≥140	≥135	<90	<85

* orientierende Analogwerte

sam, bei Patienten mit nicht revaskularisierter koronarer Herzerkrankung den Blutdruck nicht zu aggressiv und zu schnell auf Blutdruckwerte unter 70 mmHg zu senken. Besondere Beobachtung verdient in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass selbstgemessene Blutdruckwerte zu Hause oder Werte aus der ambulanten 24-Stunden-Blutdruckmessung in Abhängigkeit des Schweregrades der Hypertonie im Schnitt 5-10 mmHg niedriger liegen als die entsprechenden Werte aus der Praxis. Die Zielblutdruckwerte sind hier entsprechend den Analogwerten aus Tabelle 2 zu adaptieren.

3. Zielblutdruck bei Diabetes

In den 2007er-Empfehlungen der Europäischen Hochdruckgesellschaft (ESH) und der Europäischen Kardiologengesellschaft (ESC) wurde für Diabetiker ein Zielblutdruck unter 130/80 mmHg (gemäß Praxisblutdruckwerten) empfohlen. Diese Empfehlung beruhte auf dem stark erhöhten kardiovaskulären Risikoprofil von Diabetikern bei bereits hochnormalen Blutdruckwerten [Mancia 2007].

Obwohl es bei einzelnen Patienten mit Diabetes, insbesondere beim Vorliegen einer Nephropathie, durchaus ratsam scheinen

mag, solche Zielblutdruckwerte zu realisieren, wird dieser Zielwert < 130/80 mmHg seit einiger Zeit kontrovers diskutiert [Zanchetti et al. 2009].

Ein neues Licht auf diese Diskussion wirft die vor kurzem publizierte ACCORD-Studie [Cushman et al.]. In dieser Studie wurde bei hypertensiven Typ-II-Diabetikern ein Zielblutdruck unter 140 mmHg systolisch mit einem aggressiven Zielblutdruck unter 120 mmHg systolisch (gemäß Praxisblutdruckwerten) verglichen. Auch hier lohnt sich ein Blick in die Originalpublikation, da die Studie auch in Fachkreisen als negative Studie diskutiert wird. Die erreichten Blutdruckwerte in der „<120-Gruppe“ lagen bei durchschnittlich 119 mmHg systolisch und 64 mmHg diastolisch im Vergleich zu 136/71 mmHg in der Kontrollgruppe. Der primär kombinierte Endpunkt aus Myokardinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulärem Tod wurde durch eine intensivere Blutdrucksenkung nicht günstig beeinflusst. In der Diskussion der Studie schränken die Autoren diese Ergebnisse allerdings dahingehend ein, dass aufgrund einer deutlich unter dem Erwartungswert liegenden Ereignisrate die Studie statistisch deutlich unterpower war, d.h. dass

selbst ein Benefit im Bereich von 25 % Risikoreduktion durch die Studie nicht hätte erkannt werden können. Im Gegensatz zum primär kombinierten Endpunkt konnte jedoch durch die intensive Blutdrucksenkung die Schlaganfallrate in der intensiven Therapiegruppe um mehr als 40 % reduziert werden! Vor dem Hintergrund der oben bereits erwähnten J-Kurven-Diskussion erscheint es interessant, dass in der „<120-Gruppe“ mit diastolischen Werten deutlich unter 70 mmHg keine erhöhte Zahl an Myokardinfarkten beobachtet wurde. Da auch bei asymptomatischen Typ-II-Diabetikern von einer hohen Prävalenz klinisch stummer koronarer Herzerkrankung ausgegangen werden muss, spricht die ACCORD-Studie somit gegen einen ausgeprägten J-Kurveneffekt.

Wenn aufgrund einer gleichzeitig vorliegenden Nephropathie beim Typ-II Diabetiker im Einzelfall niedrigere Blutdruckwerte angestrebt werden (siehe Seite 680), so ist für die Praxis darauf zu achten, dass hypotensive Episoden, insbesondere die orthostatische Hypotonie, durch engmaschige klinische Überwachung und durch Therapiekontrolle mittels ambulanter 24-

Stunden-Blutdruckmessung vermieden werden.

Zusammenfassend sollten beim Diabetiker folgende Zielblutdruckwerte (gem. Praxisblutdruck) angestrebt werden

- a. Ohne Nephropathie:
Zielblutdruck 130/80 mmHg
- b. Mit Nephropathie:
< 130/80 mmHg.

4. Zielblutdruckwerte bei Nephropathie

Beim Endorganschaden Nephropathie ist zwischen diabetischer und nicht diabetischer Nephropathie zu differenzieren.

In der ADVANCE-Studie mit Typ-II-Diabetikern wurde gezeigt, dass die zusätzliche Gabe von ACE-Hemmer/Thiazidanalogen (Perindopril/Indapamid) zu einer bestehenden antihypertensiven Therapie die Entwicklung einer Mikroalbuminurie signifikant verzögerte. Eine kürzlich publizierte Subgruppenanalyse von ADVANCE zeigte, dass bezüglich des Endpunktes aller renalen Ereignisse eine kontinuierliche Risikoreduktion bis zu einem systolischen Blutdruck unter 110 mmHg erzielt werden konnte [de Galan et al. 2009]. Indirekte Hinweise ergeben sich ebenso aus der bereits oben zitierten ACCORD-Studie, in der eine intensive Blutdrucksenkung < 120 mmHg systolisch mit einer signifikanten Reduktion von Mikro- und Mikroalbuminurie assoziiert war.

Darüber hinaus gibt es insbesondere bei den Blockern des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (sog. RAAS-Blocker) blutdruckunabhängige Effekte auf die diabetische Proteinurie, insbesondere wenn z.B. AT₁-Blocker in deutlich höheren Dosen, als für die maximale Blutdrucksenkung erforderlich sind, verabreicht werden, aber auch bei einer dualen Hemmung

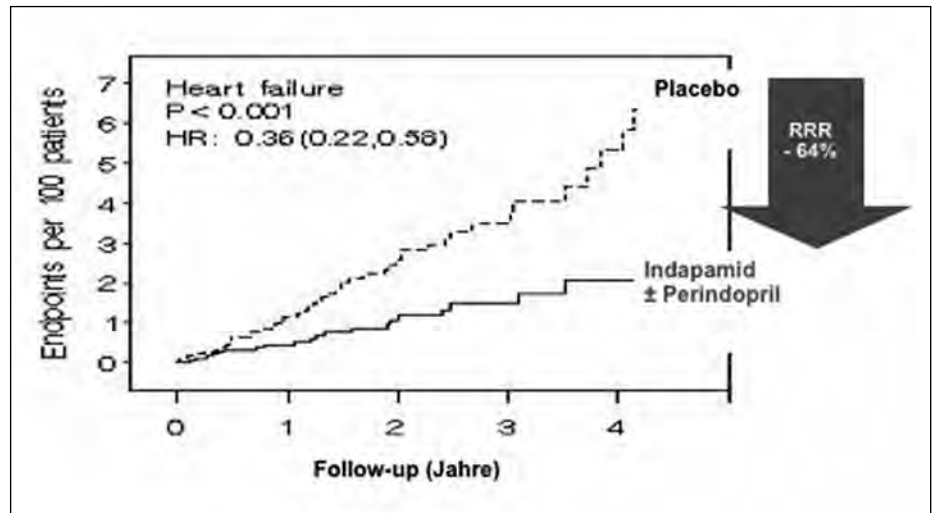


Abb.1: Inzidenz der Herzinsuffizienz in der HYVET Studie bei Hypertonikern über 80 Jahre. Endpunkte pro 100 Patienten im Vergleich Indapamid ± Perindopril vs Placebo

des RAAS-Systems mit ACE-Hemmern und AT₁-Blockern.

Zur Frage der Zielblutdruckwerte bei Patienten mit nicht diabetischer Nephropathie liegen fast nur Post-hoc-Analysen von Subgruppen wie z.B. aus der MDRD-Studie [Peterson et al., 1995] sowie der AASK-Studie [Appel et al. 2010] sowie eine Metaanalyse vor [Jafar et al. 2003].

Fazit: Aus diesen Analysen kann für die Praxis die Schlussfolgerung gezogen werden, dass bei Patienten mit Niereninsuffizienz ein Zielblutdruck < 130/80 mmHg vorteilhaft ist. Wenn gleichzeitig eine Proteinurie über 1 g pro Tag vorliegt, sollten Zielblutdruckwerte < 125/75 mmHg angestrebt werden. Diese Werte gelten in Analogie auch für die Nephroprotektion bei Diabetikern mit Niereninsuffizienz und/oder Proteinurie über 1 g pro Tag.

Der nephroprotektive Effekt bei diabetischer Nephropathie ist insbesondere bei Blutdrucksenkung mit ACE-Inhibitoren oder Angiotensin-1-Antagonisten besonders ausgeprägt. Der Zielblutdruck bei Typ-II-Diabetikern richtet sich demnach insbesondere daran, ob eine Nephropathie

in Form einer Niereninsuffizienz, Makro- und Mikroalbuminurie vorliegt.

5. Zielblutdruckwerte bei Altershypertonie

Die häufigste Hochdruckform im Alter ist die sog. isolierte systolische Hypertonie, die pathophysiologisch durch eine verminderte Windkesselfunktion der versteiften Aorta charakterisiert ist und klinisch sich in normalen bis niedrignormalen diastolischen Blutdruckwerten bei hoher Blutdruckamplitude manifestiert. Sowohl die bei isolierter systolischer Hypertonie als auch die bei systolisch/diastolischer Hypertonie durchgeführten Interventionsstudien zeigen durchweg einen prognostischen Benefit der Interventionstherapie versus Placebo.

In keiner der bei Altershypertonikern durchgeführten Interventionsstudien wurde ein durchschnittlicher Blutdruck < 140 mmHg systolisch erreicht [SHEP Group 1991; Staessen et al. 1997; Collins et al. 1994; Staessen et al. 2000]. Des Weiteren gibt es bislang keine Studie, die ältere Hypertoniker der Schweregrade I, d.h. systolischer Blutdruck zwischen 140 und 160 mmHg,

eingeschlossen hätte, sodass zu dieser Patientengruppe keine evidenzbasierten Daten vorliegen.

Eine weitere Evidenzlücke bestand für die Altersgruppe der Hypertoniker über 80 Jahre, die mit der kürzlich publizierten HYVET-Studie geschlossen werden konnte [Beckett et al. 2008]. Altershypertoniker im Alter von mindestens 80 Jahren und einem systolischen Blutdruck ≥ 160 mmHg wurden in der Verum-Gruppe mit dem Thiazid-Analogen Indapamid und bei Bedarf zusätzlich mit einem ACE-Hemmer (Perindopril) mit dem Ziel behandelt, den systolischen Blutdruck $< 150/80$ mmHg zu reduzieren.

Mit einem erreichten Zielblutdruck von $144/78$ mmHg wurden Schlaganfall, Herzinsuffizienz, schwere kardiovaskuläre Ereignisse und insbesondere die Gesamtmortalität um 21 % deutlich reduziert (Abb. 1). Überraschender Weise fand sich eine ausgezeichnete Verträglichkeit mit einem Nebenwirkungsprofil unter Placeboniveau, insbesondere was die gefürchtete orthostatische Hypotonie anbelangt. Diese sehr positiven Daten der HYVET-Studie können jedoch nicht 1:1 auf alle Altershypertoniker über 80 Jahre übertragen werden, da in HYVET ein stark selektiertes Patientenkollektiv ohne manifeste kardiovaskuläre Vorerkrankungen und in einem guten physischen sowie mentalen Zustand eingeschlossen wurden. Da in der HYVET-Studie ein Thiazid-ähnliches Diuretikum mit nur schwacher diuretischer Wirksamkeit bei starken, NO-vermittelten vasodilatierenden Eigenschaften eingesetzt wurde, sind die Ergebnisse der HYVET-Studie nicht zwanglos auf alle Diuretika, insbesondere Thiazid-Diuretika übertragbar, da es in dieser Gruppe große pharmakologische und pharmakokinetische Unterschiede gibt (siehe Seite 683).

Zusammenfassend kann für die Zielblutdruckwerte von Altershypertonikern Folgendes festgehalten werden:

Es gibt einen eindeutigen prognostischen Benefit der antihypertensiven Therapie bei älteren als auch bei sehr alten (über 80-jährigen) Hypertonikern. Entsprechend den Empfehlungen bei jüngeren Hypertonikern erscheint es auch bei älteren Hypertonikern ratsam, eine antihypertensive Therapie bei einem systolischen Blutdruck > 140 mmHg einzuleiten und einen Zielblutdruck von < 140 mmHg anzustreben. Vor dem Hintergrund spezifischer Probleme des Altershypertonikers sollten jedoch die orthostatische Hypotonie (Blutdruckmessung im Stehen!) sowie die Neigung zu Exsikkose (cave: zu starke Diurese) in der Behandlung Beachtung finden.

6. Zielblutdruck bei Zustand nach Schlaganfall oder TIA

Bei diesem häufigen Krankheitsbild ist die Datenlage bezüglich anzustrebender Zielwerte zurzeit noch sehr schwach [Zanchetti 2009] und in keiner der Schlaganfall-Stu-

dien wurde ein mittlerer Blutdruck < 130 mmHg erzielt. In der PROGRESS-Studie wurde ein mittlerer Blutdruck von 132 mmHg erreicht [Arima et al. 2006]. In der PROGRESS-Studie zeigte sich eindeutig, dass dieser erreichte Blutdruck in der Interventionsgruppe mit einem deutlichen prognostischen Benefit verbunden war.

Die Frage des Blutdruckmanagements beim akuten Schlaganfall bleibt weitgehend ungeklärt, obwohl die CHIPS-Studie vor Kurzem zeigte, dass bei akuten Schlaganfall-Patienten mit einem systolischen Blutdruck > 160 mmHg eine Blutdrucksenkung mit einem ACE-Hemmer oder Betablocker vorteilhafte prognostische Effekte hatte [Potter 2009].

Zusammenfassend lässt sich für die Praxis festhalten, dass auch Patienten mit vorangegangenen Schlaganfall oder TIA von einer Blutdrucksenkung profitieren. Der Zielblutdruck sollte < 140 mmHg systolisch liegen; niedrigere Zielblutdruckwerte < 130 mmHg sind durch entsprechende Studien nicht gesichert.

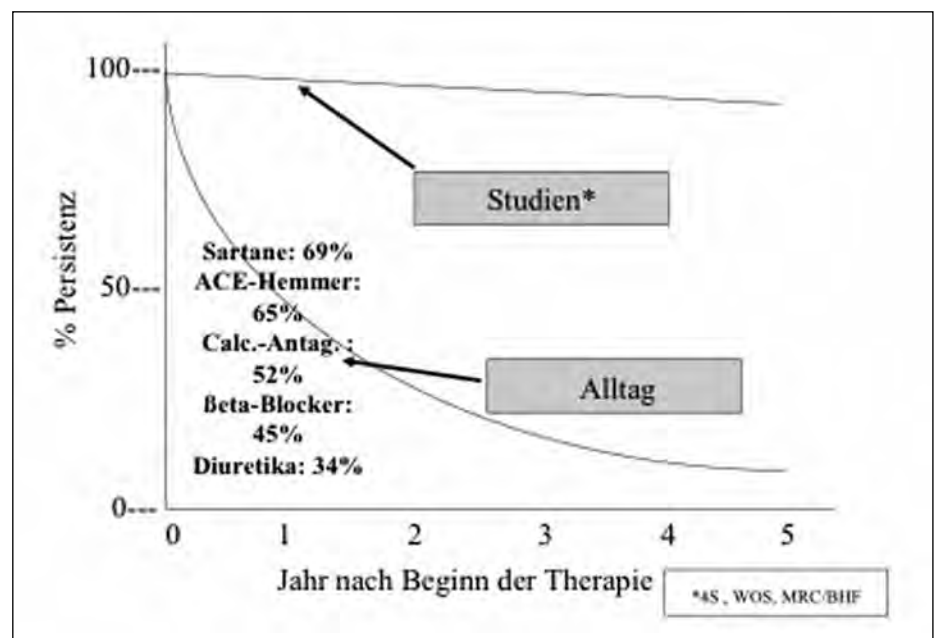


Abb. 2. Therapieadhärenz: Alltag versus Studien (Veronesi 2007): Unterschiedliche Persistenz (Fortführung der Therapie) nach einem Jahr Therapie in Abhängigkeit der Substanzgruppe

Tabelle 3: Empfehlungen zum praktischen Vorgehen beim Einsatz von Antihypertensiva [Deutsche Hochdruckliga 2010]

Substanzklasse	Vorteil / Einsetzen bei	Nachteil / nicht einsetzen bei
Diuretika	Herzinsuffizienz	Hypokaliämie, Hyperurikämie, Gicht, Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom,
Betablocker	Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen	Asthma bronchiale, AV-Block II oder III, Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom
Kalziumantagonisten	Stabile Angina pectoris	AV-Block (Nicht-Dihydropyridine), Ödeme (Dihydropyridine), Instabile Angina pectoris, Akuter Myokardinfarkt (erste vier Wochen)
ACE-Hemmer	Herzinsuffizienz, Zustand nach Myokardinfarkt, Niereninsuffizienz, Diabetische Nephropathie	Schwangerschaft, Hyperkaliämie, bilaterale Nierenarterienstenosen
AT1-Antagonisten	Herzinsuffizienz, Zustand nach Myokardinfarkt, Diabetische Nephropathie	Schwangerschaft, Hyperkaliämie, bilateralen Nierenarterienstenosen

Welches Antihypertensivum in welcher Situation?

1. Bei Hypertonikern ohne Komorbiditäten oder Endorganschäden

Bei der initialen Monotherapie von Hypertonikern ohne Komorbiditäten oder Endorganschäden sollte die Auswahl des Antihypertensivums auf der Basis der Therapie-Adhärenz (sog. Therapietreue) erfolgen. Ein wichtiger Aspekt der Therapie-Adhärenz stellt die sog. „Persistenz“ dar. Unter

dem Begriff Persistenz wird die Fortführung einer initial verordneten Therapie verstanden. Betrachtet man unter klinischen Bedingungen den zeitlichen Verlauf der Persistenz bis zum Abbruch einer Therapie, so zeigt sich, dass bereits nach dem ersten Jahr 50 Prozent der Patienten ihre Medikation abgebrochen haben [Jones 1995]. Nach fünf Jahren nehmen nur noch 10 bis 15 Prozent der Hypertoniker ihre antihypertensive Therapie weiterhin ein (Abb. 2).

Diese Beobachtung gewinnt ein umso größeres Gewicht, wenn man die unterschiedlichen Persistenzdaten für verschiedene antihypertensive Basissubstanzen vergleicht. In allen durchgeführten Studien zeigt sich eine signifikant schlechtere Persistenz für Diuretika im Vergleich zu allen anderen Antihypertensiva. In einer Studie von Blooms [Blooms 1998] zeigten sich folgende Persistenzdaten nach einem Jahr:

- Angiotensin Rezeptor Blocker: 64 %
- ACE-Hemmer: 58 %
- Calcium-Antagonisten: 50 %
- Beta-Blocker: 43 %
- Thiazid Diuretika: 38 %.

Diese retrospektiven Daten wurden kürzlich in einer prospektiven Studie [Veronesi 2007] bestätigt (Abb. 2).

2. Bei Hypertonikern mit Komorbiditäten oder Endorganschäden

Wie bereits in der 2007er-Version der Leitlinien der Europäischen Hochdruckliga ausgeführt [Mancia et al. 2007], wird der Hauptnutzen einer antihypertensiven Therapie durch die Blutdrucksenkung per se erreicht, unabhängig von der eingesetzten Substanzgruppe. Bei der Auswahl eines geeigneten Antihypertensivums sollten demnach primär vorhandene Komorbiditäten, wie in Tabelle 3 angegeben, berücksichtigt werden.

Dennoch lohnt sich auch ein Blick auf weichere Endpunkte wie die linksventrikulären Hypertrophie, die Intima-Media-Dicke der Carotis oder strukturelle Veränderungen von großen und/oder kleinen Arterien. Bei diesen sog. Surrogat Parametern wurden klinisch bedeutsame unterschiedliche Effekte in Abhängigkeit des untersuchten Antihypertensivums beobachtet, die in die Differentialtherapie individueller Patienten einfließen sollten.

Tabelle 4: Pharmakokinetische Unterschiede zwischen Diuretika der „Thiazid“-Gruppe [aus Middeke: „Arterielle Hypertonie“; Georg-Thieme-Verlag 2005]

Thiazide	Halbwertszeit (h)	Wirkdauer nach oraler Gabe (h)	Dosis bei Hypertonie
Hydrochlorothiazid	2,5 – 12,0	8 – 12	1x 12,5 – 50,0 mg
Chlortalidon	44,0 – 60,0	24 – 72	1x 12,5 – 25,0 mg
Bendroflumethiazid	3,0 – 8,5	6 – 24	1x 2,5 – 5,0 mg
Xipamid	7,0 – 9,0	12 – 24	1x 5,0 – 40,0 mg
Indapamid	15,0 – 18,0	18 – 24	1x 1,5 – 2,5 mg

So zeigte sich z.B. für die heterogene Gruppe der Betablocker, dass diese im Vergleich zu ACE-Hemmern, AT1-Blockern und Calciumantagonisten weniger wirksam waren,

- eine erhöhte linksventrikuläre Masse zu reduzieren [Klingbeil, 2003],
- die Intima-Media Dicke zu reduzieren [Zanchetti et al. 2002],
- die aortale Steifigkeit zu reduzieren [Laurent et al. 2009] sowie
- im Bereich der kleinen Widerstandsgefäße die Wanddicke zu reduzieren [Schiffrin et al. 1995; Schiffrin et al. 2002; Smith et al. 2008].

Eine Sonderrolle bei den Betablockern spielen vasodilatierende Substanzen wie z.B. Nebivolol. Diese vasodilatierenden Eigenschaften, über NO vermittelt, führen dazu, dass der sog. „zentrale Blutdruck“ stärker gesenkt wird als im Vergleich zu Betablockern ohne vasodilatierende Eigenschaften. Dieser günstigere Einfluss auf den zentralen Blutdruck hat vermutlich in der ASCOT-Studie bewirkt, dass der Betablocker-/Diuretikum-Arm eine erhöhte Inzidenz an Schlaganfällen verzeichnete im Vergleich zum Calciumantagonisten-/ACE-Hemmer-Arm [Dahlöf 2005] (siehe Seite 685).

Eine ebenso heterogene Gruppe, wie die Betablocker, stellt die Gruppe der Diuretika, insbesondere der Thiazid-Diuretika, dar. Wie aus Tabelle 4 ersichtlich, unterscheidet sich das in Deutschland am häufigsten

verordnete Hydrochlorothiazid (HCT) bezüglich Halbwertszeit und Wirkdauer nach oraler Gabe beträchtlich von anderen Thiazid-Diuretika wie Chlortalidon, Bendroflumethiazid sowie Xipamid oder Indapamid. Ohne Zweifel ist, dass Hydrochlorothiazid eine nur begrenzte antihypertensive 24-Stunden-Wirksamkeit aufgrund seiner pharmakokinetischen Daten hat. Dies wurde zuletzt auch in einer Metaanalyse mit 24-Stunden-Langzeitblutdruckmessung von Messerli [Messerli 2011] aufgezeigt. Die Präferenz der USA-amerikanischen Hypertonie-Leitlinien bezüglich einer Vorrangstellung der Diuretika beruht im Wesentlichen auf der mit Chlortalidon durchgeführten ALLHAT-Studie [The ALLHAT Officers 2002]. Aus Tab. 4 geht hervor, dass aufgrund der deutlich längeren Wirksamkeit von Chlortalidon im Vergleich zu Hydrochlorothiazid eine Extrapolation der Chlortalidon-Daten auf Hydrochlorothiazid sachlich nicht gerechtfertigt ist. Auch die Gruppe der sog. Thiazid-Analoga, die eine Thiazid-ähnliche Struktur aufweisen, aber im Wesentlichen durch ihre direkte Wirkung am Gefäßendothel und Vasodilatation gekennzeichnet sind, sind mit Hydrochlorothiazid nicht zu vergleichen. Größere Studien, in denen Thiazidanaloga wie z.B. Indapamid mit einem prognostischen Benefit verbunden waren, stellen z.B. die HYVET-Studie bei Altershypertonie und die ADVANCE-Studie bei hypertensiven Typ-2-Diabetikern dar [HYVET, ADVANCE 2007].

Neuere Antihypertensiva

Zu den neueren Antihypertensiva, die in den letzten Jahren ihre Datenbasis erheblich erweitert haben, gehört der direkte Renin-Inhibitor Aliskiren. Der Ausgang von zurzeit laufenden Studien mit harten Endpunkten mit Aliskiren in der Mono- oder Kombinationstherapie wird mit Interesse erwartet. Bis diese Studien abgeschlossen sind, ist aufgrund der zurzeit verfügbaren Evidenz der Einsatz dieser Substanz, insbesondere in Kombination mit anderen Antihypertensiva, durchaus gerechtfertigt.

Fixkombinationen als antihypertensives Gesamtkonzept

Sowohl aus der Praxis als auch aus klinischen Studien ist bekannt, dass eine Monotherapie häufig nicht ausreichend ist, um den angestrebten Zielblutdruck zu erreichen. Ca. 60 % aller Hochdruck-Patienten benötigen eine 2er-Kombination, weitere 15-20 % eine antihypertensive 3er-Kombination [Hansson 1998; Dahlöf et al. 2005]. Klinische Charakteristika von Patienten, die eine 2er- oder 3er-Kombination benötigen, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Hypertonie Schweregrad II und III
2. Aktueller Blutdruck 20 mmHg systolisch oder 10 mmHg diastolisch über dem Zielblutdruck
3. Hohes bis sehr hohes kardiovaskuläres Risiko
4. Niedriger Zielblutdruck (z.B. < 130/80 mmHg).

Die am schwierigsten zu behandelnde Hypertonieform ist die isolierte systolische Altershypertonie, insbesondere der Schweregrade II und III, da hier strukturelle Gefäßwandschädigungen der großen Windkesselarterien vorliegen. Die Wirkung der bisher gängigen Basisantihypertensiva auf die Versteifungsvorgänge in der Aorta

sind bislang nur unzureichend untersucht. Obwohl es erste Hinweise gibt, dass RAAS-Blocker und Calciumantagonisten die arterielle Gefäßsteifigkeit und den zentralen Blutdruck besser beeinflussen als Betablocker und/oder Diuretika, fehlt es bislang an Studien, die einen daraus erwachsenen prognostischen Benefit gezeigt haben.

Die fixe, initiale 2er-Kombination kann eingesetzt werden, wenn die o.g. klinischen Parameter es wahrscheinlich machen, dass mit einer initialen Monotherapie der Zielblutdruck nicht erreicht wird. Die Initialisierung einer antihypertensiven Therapie mit einer fixen 2er-Kombination hat verschiedene Vorteile. Der wichtigste Effekt ist, dass der angestrebte Zielblutdruck schneller erreicht wird [Brown 2011]. Die schnellere Erreichung des Zielblutdrucks führt ihrerseits wiederum zu zwei Effekten:

- Prognostischer Benefit bezüglich kardiovaskulärer Ereignisrate bei Hochrisikopatienten [Weber et al. 2004].
- Höhere Patientenzufriedenheit, bessere Therapieadhärenz und damit weniger Therapieabbrüche.

Da beim einzelnen Patienten aufgrund klinischer Befunde nicht zu klären ist, welche genauen pathophysiologischen Mechanismen der Hypertonie zugrunde liegen, erreicht man mit zwei pharmakologischen Wirkungsprinzipien in der Regel eine höhere Responderrate als mit einer hochdosierten Monotherapie. Darüber hinaus können durch Kombinationstherapien zum Teil substanzspezifische Nebenwirkungen ausgeglichen werden. Als Beispiel sei hier die verminderte Ödemrate unter der Kombination ACE-Hemmer oder AT₁-Blocker mit Amlodipin genannt.

Wie bereits in den 2007er-Leitlinien der ESH/ESC erwähnt, sind mehrere antihypertensive 2er-Kombinationen für den klinischen Einsatz brauchbar. Nicht für alle Kombinationen wurde jedoch ein prog-

nostischer Benefit bezüglich kardiovaskulärer Endpunkte dokumentiert. Eine Verminderung harter Endpunkte wurde insbesondere für folgende Kombinationen dokumentiert:

- Diuretikum plus ACE-Hemmer,
- Diuretikum plus AT₁-Blocker,
- Diuretikum plus Calciumantagonist,
- ACE-Hemmer plus Calciumantagonist.

Diese Kombinationen sowie AT₁-Blocker plus Calciumantagonist können für den primären Einsatz in der initialen 2er-Kombination empfohlen werden [Beckett et al. 2008; ADVANCE Group 2007; Staessen et al. 1997; Liu et al. 1998; Pepine et al. 2003; Dahlöf et al. 2005; Jamerson et al. 2008; Dahlöf et al. 2002]. Die Kombination aus einem Betablocker mit einem Diuretikum

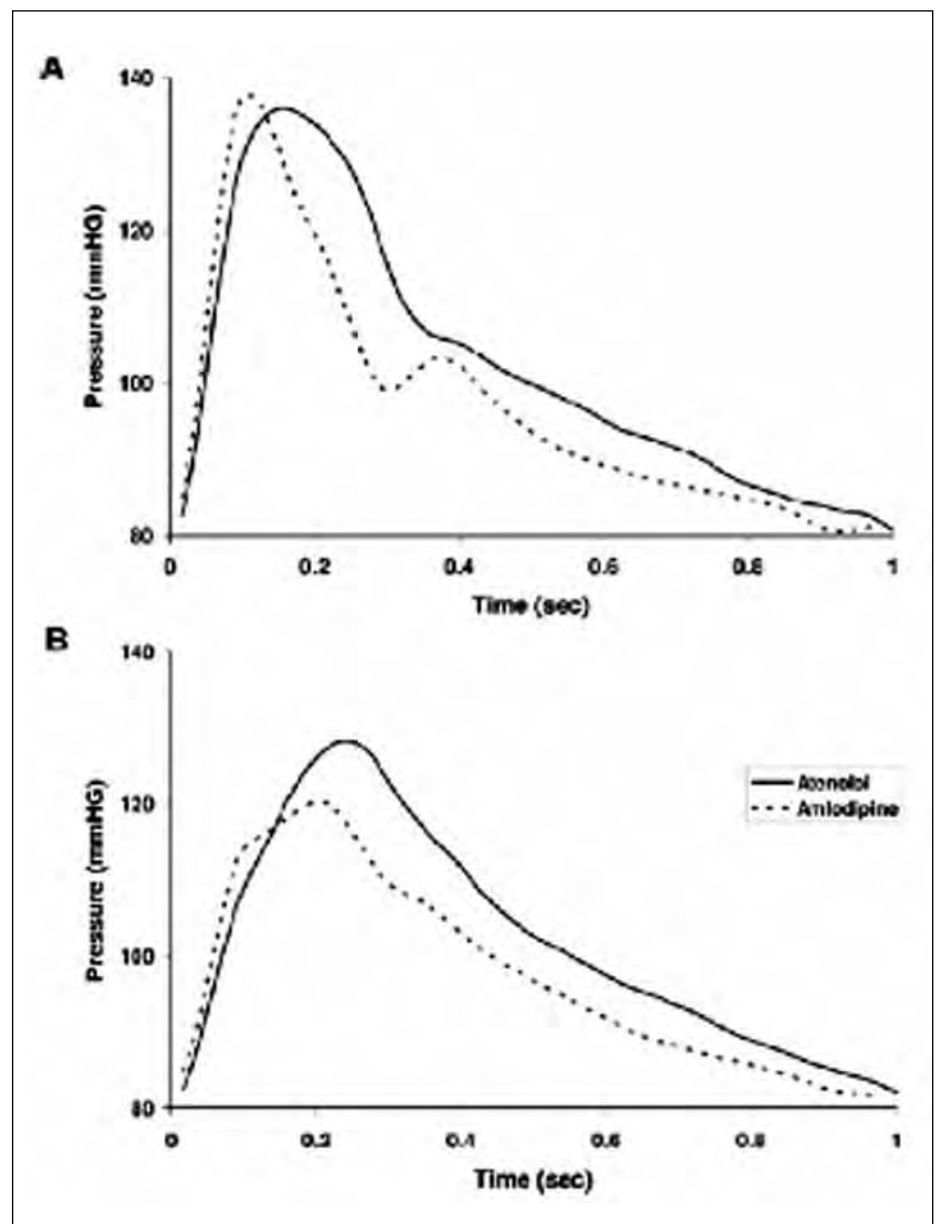


Abb. 3: Peripherer (oben) und zentraler systolischer Blutdruck (unten) in der Cafe-Studie: Atenolol- versus Amlodipin-basierte Therapie. Bei gleichem Blutdruck am Oberarm (peripher) zeigte sich unter einer Amlodipin-basierten Therapie ein niedrigerer zentraler Blutdruck [Williams 2006]

sollte im Allgemeinen vermieden werden, da hierdurch die Neuentwicklung eines Diabetes gefördert werden kann.

Bei der interessanten Frage, welche antihypertensive 2er-Kombination gegenüber anderen Kombinationen überlegen ist, gibt es einen Kopf-an-Kopf-Vergleich in der ASCOT-Studie [Dahlöf et al. 2005] sowie in der ACCOMPLISH-Studie [Jamerson et al. 2008].

Die Wirksamkeit eines Therapieregimes bestehend aus ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten hinsichtlich der Senkung kardiovaskulärer Ereignisse wurde auch in der ASCOT-Studie (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial) bekräftigt. Hierbei wurde an über 19.257 Patienten die antihypertensive Strategie Betablocker Atenolol ± Diuretikum Bendroflumethiazid mit der Strategie Kalziumantagonist Amlodipin ± ACE-Hemmer Perindopril vergleichend untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Kombination Diuretikum und Betablocker der Kombination mit Kalziumantagonist und ACE-Hemmer signifikant bezogen auf das Risiko für Schlaganfälle, kardiovaskuläre Ereignisse und der Gesamtmortalität unterlegen war [Dahlöf et al. 2005].

Zudem wurde in der Subgruppenanalyse der ASCOT-Studie, der CAFE-Kohorte mit 2.199 Patienten beobachtet, dass durch die Kombination Amlodipin/Perindopril bei identischer Senkung des brachialen Blutdruckes, der zentrale systolische Blutdruck signifikant stärker gesenkt werden kann ($-4,3$ mm Hg, $p < 0,0001$) als durch die Kombination Atenolol/Bendroflumethiazid [Williams et al. 2006]. Zur genauen Beurteilung dieser Ergebnisse bedarf es weiterer Studien.

In der ACCOMPLISH-Studie (Avoiding Cardiovascular Events Through Combination Therapy in Patients Living With Systolic

Hypertension) wurden erstmals zwei Fix-Dosis-Kombinationen bei 11.506 Hypertonikern mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko hinsichtlich tödlicher und nichttödlicher kardiovaskulärer Ereignisse miteinander verglichen: ACE-Hemmer Benazepril/Kalziumantagonist Amlodipin ($n=5.744$) und ACE-Hemmer Benazepril/Diuretikum HCT ($n=5.762$). Die systolischen und diastolischen Blutdruckwerte wurden durch beide Kombinationen in gleicher Weise gesenkt ($131,6/73,3$ mmHg vs. $132,5/74,4$ mmHg). Doch trotz vergleichbarer Blutdrucksenkung in beiden Studienarmen wurde durch die fixe Kombination ACE-Hemmer Benazepril/Kalziumantagonist Amlodipin eine signifikante Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität um 19,6 % im Vergleich zur ACE-Hemmer/Diuretikum-Kombination ($p < 0,001$) erzielt.

Mittels der dualen Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) durch die Kombination eines ACE-Hemmers mit einem AT₁-Antagonisten konnte in verschiedenen Studien eine bessere Senkung des Blutdruckes sowie der Proteinurie bei diabetischer und nicht-diabetischer Nephropathie als durch die jeweilige Monosubstanz aufgezeigt werden. Doch dieser potentielle Benefit wird seit der Publikation der ONTARGET-Studie (The Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial) diskutiert. Trotz einer etwas stärkeren Blutdruckabsenkung um systolisch 2-3 mmHg durch die Kombinationsbehandlung wurden die Herzkreislauf-Endpunkte während der im Mittel 56-monatigen Beobachtungszeit ähnlich häufig erreicht wie bei einer Einzelbehandlung mit Ramipril oder Telmisartan. Zudem zeigt sich unter Kombination beider Substanzen eine erhöhte Nebenwirkungsrate [Yusuf et al. 2008]. Die Übertragbarkeit der ONTARGET Daten auf die Behandlung der arteriellen Hyper-

tonie darf allerdings angezweifelt werden, da ONTARGET keine Hypertoniestudie im eigentlichen Sinne war, und folgende, schwerwiegenden Limitationen aufweist:

1. Die Diagnose „Hypertonie“ war kein Einschlusskriterium für die Patienten.
2. Es gab keinen Zielblutdruckwert.
3. Es gab keine individualisierte Dosisanpassung gem. Blutdruckwerten.

Triple-Therapie

Bei den 15-20 % von Hypertonikern, bei denen eine 2er-Kombination nicht ausreicht, kann eine 3er-Kombination, bestehend aus einem RAAS-Blocker, einem Calciumantagonisten und einem Diuretikum, gegeben werden.

Sowohl für die 2er- als auch für die 3er-antihypertensive-Kombinationstherapie gilt, dass die fixen Kombinationen, d.h. die Wirkstoffe sind jeweils in einer Tablette, im Vergleich zu den frei kombinierbaren Kombinationsregimen eine deutlich höhere Therapieadhärenz aufweisen und damit zu bevorzugen sind (Abb. 4).

Wenn mit einer 3er-Kombination unter Einschluss eines Diuretikums schließlich der Zielblutdruck nicht erreicht werden kann, spricht man von einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie.

Therapieresistente arterielle Hypertonie

Die therapieresistente Hypertonie ist ein häufiges klinisches Problem sowohl in der Hausarztpraxis als auch in spezialisierten Zentren. Ihre genaue Prävalenz ist nicht bekannt, vorsichtige Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass mindestens 5-10 % aller behandelten Hypertonie-Patienten hiervon betroffen sind. Bei 25 bis 30 Millionen Menschen mit hohem Blutdruck in Deutschland stellt diese Patientengruppe somit sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eine Herausforderung dar.

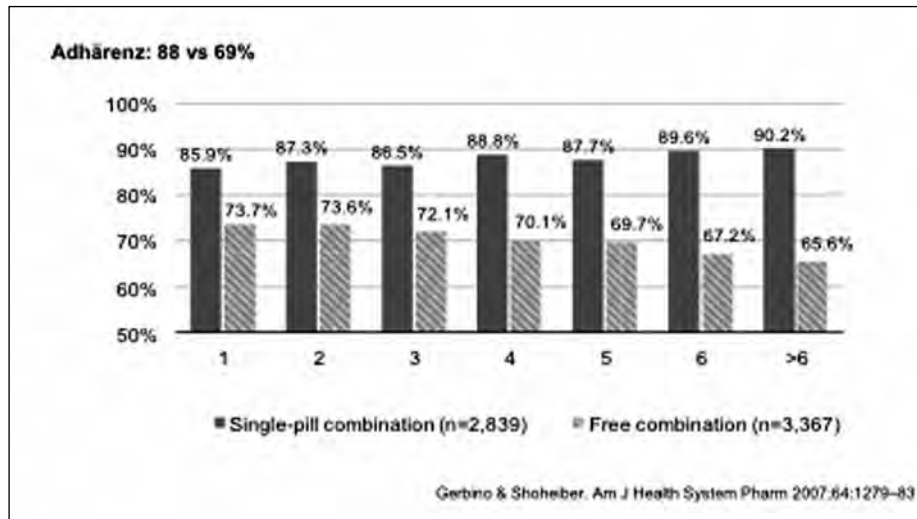


Abb. 4: Therapieadhärenz bei fixer 2er-Kombination (single-pill) im Vergleich zu freier Kombination (free combination). Unabhängig von der Anzahl der Begleitmedikamente (1-6 Tabletten) wird unter der fixen 2er-Kombination eine bessere Therapieadhärenz beobachtet als unter der freien Kombination

peutisch ein großes Patientenkollektiv dar.

Eine therapieresistente Hypertonie liegt definitionsgemäß vor, wenn trotz einer dreifach antihypertensiven Kombinationstherapie – unter Einschluss eines Diuretikums – die Blutdruckwerte weiterhin oberhalb des Zielbereiches bleiben. Während in der Vergangenheit die Abklärung seltener sekundärer Hypertonieformen, wie z.B. renovaskuläre Hypertonie oder primärer Hyperaldosteronismus, im Vordergrund standen, haben zwischenzeitlich neue diagnostische und therapeutische Methoden die Annäherung an dieses Krankheitsbild erheblich verändert.

Die Gründe für das Versagen einer Pharmakotherapie liegen häufig bei einer unzureichenden Therapieadhärenz (Compliance). Aus diesem Grunde gewinnen moderne Kombinationstherapien, zuletzt auch mit der Renaissance Triple-Therapie, wieder zunehmend an Bedeutung.

Darüber hinaus kristallisierte sich das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom als eine der häufigsten sekundären Hypertoniefor-

men in den letzten Jahren heraus. In welchem Ausmaß die Therapie des Syndroms auch die Blutdruckwerte verbessert wird in der Literatur noch diskutiert.

Renale Denervation

Eine zusätzliche Therapieoption einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie ist die sogenannte renale Denervation. Obwohl das Konzept der Denervation von renalen sympathischen Nervenfasern schon lange bekannt ist, ist dieses Verfahren erst durch die Entwicklung von katheterbasierten, interventionellen Radiofrequenzablationen eine klinisch relevante Therapieoption geworden. Hierdurch ist es möglich, sowohl afferente als auch efferente sympathische Nervenfasern über einen intraarteriellen Zugang zu veröden.

Patientenselektion

Die Indikation der renalen Denervation sollte derzeit jedoch nur einem speziellen Patientenkollektiv vorbehalten sein und nach sorgfältiger Prüfung sekundärer Hypertonieformen, wie beispielsweise renoparenchymatöser Hypertonie, Nierenarterienstenosen, primärem Hyperaldostero-

nismus, Phäochromozytom oder Schlafapnoe-Syndrom erfolgen. Diese sekundären und damit potentiell kurativ behandelbare Hypertonieformen sind als Ursache einer therapieresistenten Hypertonie immer vor einer renalen Ablation der sympathischen Nervenfasern auszuschließen. Entsprechend den Einschlusskriterien der bisher verfügbaren Studien sollten Patienten nur dann diesem neuen interventionellen Verfahren zugeführt werden, wenn der systolische Blutdruck trotz einer optimierten antihypertensiven Therapie mit mehr als drei Substanzklassen nicht unter 160 mmHg bzw. 150 mmHg bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II zu senken ist.

Zum Ausschluss einer Pseudoresistenz muss eine 24-Stunden-Blutdruckmessung durchgeführt werden. Bei therapieresistenter Hypertonie sollte die Gabe eines Aldosteronantagonisten aufgrund der häufig additiven blutdrucksenkenden Wirkung in Erwägung gezogen werden. Auch die Medikamentenadhärenz und eine ausreichende hohe Dosierung der Substanzen ist zu prüfen. Fixe Dreifach-Kombinationspräparate (Renin-Angiotensin-System-Blocker, Kalziumantagonist und Diuretikum) stehen zur Verfügung und verbessern nachweislich die Therapietreue. Medikamente oder Substanzen, die zu einer Blutdruckerhöhung führen können oder die Wirkung von Antihypertensiva abschwächen, wie beispielsweise Nicht-Steroidale-Antiphlogistika sollten abgesetzt werden. Die renale Nervenablation ist nicht als Alternative zu einer antihypertensiven Medikation zu sehen und sollte demnach nicht bei medikamentös gut einstellbarer Hypertonie durchgeführt werden.

Der pathophysiologische Hintergrund ist eine erhöhte sympathische Aktivität von afferenten und efferenten Nervenfasern im Bereich der Nierenarterien, die z.T. bis

in die Adventitia hineinreichen. Aus vielen Studien ist bekannt, dass diese Überaktivität zur Entwicklung einer arteriellen Hypertonie und anderen Endorganschädigungen bzw. Komorbiditäten beiträgt. Die Anbindung des sympathischen Nervensystems an den Nieren erfolgt über thorakolumbal (Th10-L1) aus dem Grenzstrangganglion austretenden Nervenfasern, die sich netzartig um die Nierengefäße legen. Experimentelle Untersuchungen zeigen, dass dessen Gesamtaktivität in bedeutender Weise durch die afferenten Nervenfasern der Nieren reguliert wird. So führen beispielsweise erhöhte Adenosin- und Stickstoffmonoxidkonzentrationen, sowie renale Ischämien zu einer Stimulierung dieses Systems. Auch die efferente sympathische Innervation der Nieren ist eng mit der Pathogenese der arteriellen Hypertonie verknüpft. Die Aktivierung des efferenten Sympathikus veranlasst eine vermehrte renale Reninsekretion und Natrium- und Wasser-Rückresorption sowie eine Verminderung des renalen Blutflusses und in der Folge eine Erhöhung des Blutdruckes.

Bei der renalen Denervation erfolgt der Zugang (6F-Schleuse) über eine perkutane Punktion der Arteria femoralis. Zunächst werden beide Nierenarterien zur Beurteilung der Gefäßmorphologie und zum Ausschluss einer Nierenarterienstenose angiographisch dargestellt. Damit während der Ablation eine ausreichende Kühlung durch den renalen Blutfluss gewährleistet wird, sollte darauf geachtet werden, dass die Nierenarterien einen Diameter $> 4\text{ mm}$ aufweisen. Anschließend wird der Radiofrequenz-Ablationskatheter (Symplicity® Flex-Catheter, Medtronic/Ardian Inc., USA) unter Röntgendurchleuchtung in die Nierenarterie nach distal bis zur ersten Bifurkation vorgeschoben. Der hierfür verwendete Radiofrequenz-Ablationskatheter ist mit

einem Generator verbunden, der kontinuierlich die Impedanz an der Katheterspitze misst. Hierüber ist es möglich den adäquaten Kontakt des Katheters zur Gefäßinnenwand zu detektieren. Die zur Radiofrequenz-Ablation freigegebene Energie sowie die Temperatur an der Katheterspitze wird während der gesamten Dauer der Ablation registriert. An der Katheterspitze wird lokal eine Temperatur von bis zu $50\text{--}70^\circ\text{C}$ erreicht. Durch diese Wärmeabgabe werden die in der Adventitia liegenden sympathischen Nervenfasern verödet. Das Ausmaß der Denaturierung durch die Radiofrequenz-Energie wird entsprechend des Impedanzabfalls erfasst. Die Ablationsdauer an einer Stelle beträgt standardisiert 120 Sekunden. Durch Rückzug werden an jeder Nierenarterie fünf bis sieben Ablationspunkte im Abstand von 5 mm in anteriorer, superiorer, posteriorer und inferiorer Position gesetzt. Durch das Setzen möglichst vieler Ablationspunkte kann die gesamte Zirkumferenz der Nierenarterien erfasst und verödet werden. Die Dauer der Intervention beträgt bei

beidseitiger Behandlung ca. 40-60 Minuten.

In den bisherigen Studien wurde von keinen schwerwiegenden Komplikationen berichtet. Allerdings treten aufgrund des gemeinsamen Verlaufs von Schmerzfasern und sympathischen Nervenfasern während der Ablation Schmerzen auf, die eine Analgosedierung erforderlich machen.

Der Erfolg der renalen Denervation bei Patienten mit therapierefraktären, arteriellen Hypertonie wurde in multizentrischen, prospektiven, randomisierten Studien (Symplicity HTN-I & HNT-II) untersucht. In diesen Studien konnte bereits nach vier Wochen ein signifikanter Blutdruckabfall von 20 mmHg systolisch und 7 mmHg diastolisch beobachtet werden. Nach einem Beobachtungszeitraum von drei Monaten konnte weiterhin ein systolischer Blutdruckabfall von 24 mmHg (diastolisch 4 mmHg) und nach sechs Monaten von 32 mmHg (diastolisch 12 mmHg) beobachtet werden. Die Effektivität dieser Maßnahme

wird zudem dadurch belegt, dass bei 20 % der Patienten eine Reduktion der eingenommenen Medikamente bzw. der Dosierung erzielt werden konnte.

In Hinblick auf die Langzeitergebnisse wurde in bisherigen Untersuchungen (Symplcity HTN-1 und HNT-2) ein anhaltend signifikanter Blutdruckabfall um 30 mmHg nach einem Beobachtungszeitraum von 24 Monaten dokumentiert. Diese Ergebnisse bestätigen den langfristigen Effekt der renalen Denervation auf die Blutdrucksenkung und lassen auf einen dauerhaften Einfluss schließen. Im Langzeitverlauf wurden zudem bisher duplexsonographisch, CT- und MR-angiographisch keine lokalen Komplikationen im Bereich der Nierenarterien beobachtet. Insbesondere gab es keine Hinweise auf Nierenarterienstenosen. Sowohl die Blutdruck-, als auch die Herzfrequenzadaptation blieb nach der Intervention erhalten.

Die Erfolgsrate der renalen Denervation ist insofern als hoch einzuschätzen, da nur bei ca. 10 % der Patienten kein signifikanter Blutdruckabfall verzeichnet wer-

den konnte. Gegenwärtig sind noch keine Faktoren identifiziert, die einen Einfluss auf Erfolg bzw. auf die Effektivität der Prozedur haben.

Eine Sympathikushyperaktivität beeinflusst neben dem Blutdruck auch den Glukosemetabolismus. Hierbei zeichnet sich der sympathische Effekt durch eine gesteigerte Insulinproduktion aus. Aus den bislang vorliegenden Daten geht hervor, dass sich nach Radiofrequenzablation sowohl der Nüchternglucosegehalt als auch die Insulinkonzentration reduzierte. Interessanterweise zeigen Patienten nach renaler Denervation auch eine Verbesserung ihrer Symptomatik im Rahmen eines zentralen oder obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. Obwohl die mechanistischen Hintergründe diesbezüglich noch weitgehend ungeklärt sind, scheint eine Veränderung des Natriumhaushaltes durch Reduktion der sympathischen Aktivität eine Rolle zu spielen.

Insgesamt ist die neue katheterinterventionelle Methode der renalen Denervation eine vielversprechende Therapieoption

bei therapierefraktärer arterieller Hypertonie. Diese wenig invasive und bei entsprechender Erfahrung relativ einfach durchzuführende Methode muss allerdings in weiteren Studien die initialen Ergebnisse im Langzeitverlauf bestätigen.

Korrespondenzadresse

*Professor Dr. med. Thomas Mengden
Ärztlicher Leiter
Kerckhoff-Klinik, Abteilung Rehabilitation
Ludwigstraße 41, 61231 Bad Nauheim
E-Mail:
T.Mengden@reha.kerckhoff-klinik.de*

Die Vorgehensweise (neue online-Auswertung) finden Sie auf Seite 617 der Oktober-Ausgabe.

**Einsendeschluss ist der
14. Dezember 2011**

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

Ausschreibung

Wissenschaftlicher Preis der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

Die Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie verleiht 2011 den Wissenschaftlichen Preis in Höhe von Euro 2.500.

Der Preis soll an Kollegen aus Hessen für hervorragende Publikationen auf dem Gebiet der Gastroenterologie vergeben werden. Bei den Arbeiten kann es sich um wissenschaftliche Veröffentlichungen, Fortbildungsarbeiten, Doktorarbeiten oder Habilitationsschriften aus den Jahren 2010/2011 handeln. Die Thematik kann aus der Inneren Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Röntgenologie, Pathologie oder anderen Gebieten mit Nähe zur Gastroenterologie kommen.

Die Arbeiten sind bis zum 15. November 2011 an den Vorsitzenden der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft, Professor Dr. med. Stefan Zeuzem, Direktor der Medizinischen Klinik 1, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, in fünffacher Ausfertigung (und CV) einzureichen.

Die Preisverleihung wird anlässlich des Jahresvortrags der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie, am Mittwoch, dem 7. Dezember 2011, in der Villa Bonn, Siesmayerstraße 12, 60323 Frankfurt am Main stattfinden. Der Preisträger wird gebeten, in einem 15-minütigen Referat über die Preisarbeit zu berichten.

Literatur zum zertifizierten Fortbildungsbeitrag VNR 276060201107580009

Neue Entwicklungen in der medikamentösen und interventionellen Hochdrucktherapie

(Hessisches Ärzteblatt 11/2011, Seite 677)

ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370:829-840.

ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in moderately hypercholesterolemic, hypertensive patients randomized to pravastatin vs usual care: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT-LLT). *JAMA*. 2002 Dec 18;288(23):2998-3007.

Appel LJ, Wright, Jr JT, Greene T, Agodoa LY, Astor BC, Bakris GL, et al.: Intensive blood-pressure control in hypertensive chronic kidney disease. *New Engl J Med* 2010; 363: 918-929.

Arima H, Chalmers J, Woodward M, Anderson C, Rodgers A, Davis S, MacMahon S, Neal B, for the PROGRESS Collaborative Group. Lower target blood pressures are safe and effective for the prevention of recurrent stroke: the PROGRESS trial. *J Hypertens* 2006; 24:1201-1208.

Barajas L, Powers K, and Wang P, Innervation of the renal cortical tubules: a quantitative study. *Am J Physiol*. 1984 Jul;247(1 Pt 2):F50-60.

Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, Stoyanovsky V, Antikainen RL, Nikitin Y, Anderson C, Belhani A, Forette F, Rajkumar C, Thijs L, Banya W, Bulpitt CJ, HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358:1887-1898.

Blooms BS. Continuation of initial antihypertensive medication after 1-year of therapy. *Clin Ther*. 1998;20:671-81

Prof Morris J Brown FMedSci a b, Prof Gordon T McInnes FRCP b c, Cheraz Cherif Papst PhD d, Jack Zhang MD d, Prof Thomas M MacDonald FRCP b e
Aliskiren and the calcium channel blocker amlodipine combination as an initial treatment strategy for hypertension control (ACCELERATE): a randomised, parallel-group trial *The Lancet*, Volume 377, Issue 9762, Pages 312-320, 22 January 2011

Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. *Br Med Bull* 1994; 50:272-298.

Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC, Jr., Grimm RH, Jr., Cutler JA, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 362:1575-1585.

Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U, Dahlöf B, Fyhrquist F, Ibsen H, Kristiansson K, Lederballe-Pedersen O, Lindholm LH, Nieminen MS, Omvik P, Oparil S, Wedel H, LIFE Study Group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359:995-1003.

Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, Wedel H, Beevers DG, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen SE, Kristianson A, McInnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J, ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 366:895-906.

de Galan BE, Perkovic V, Ninomiya T, Pillai A, Patel A, Cass A, et al. Lowering blood pressure reduces renal events in type 2 diabetes. *J Am Soc Nephrol* 2009;20:883-892.

Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 1999; 353:793-796.

Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;351:1755-1762.

Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICROHOPE substudy. *Lancet* 2000; 355:253-259.

Jafar TH, Stark PC, Schmid CH, Landa M, Maschio G, de Jong PE, et al. Progression of chronic kidney disease: The role of blood pressure control, proteinuria, and angiotensin-converting enzyme inhibition. A patient-level meta-analysis. *Ann Intern Med* 2003; 139:244-252.

Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, Hester A, Gupta J, Gatlin M, Velazquez EJ,

ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008; 359:2417-2428.

Jones JK, Gorkin L, Lian JF, et al. Discontinuation or and changes in treatment after start or new courses or antihypertensive drugs: a study or a United Kingdom population. *BMJ*. 1995;311:293-5

Klingbeil AU, Schneider M, Martus P, Messerli FH, Schmieder RE. A meta-analysis of the effects of treatment on left ventricular mass in essential hypertension. *Am J Med* 2003; 115:41-46.

Krum H, Schlaich M, Whitbourn R, et al. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: a multicentre safety and proof-of-principle cohort study. *Lancet* 2009;373:1275-1281

Laurent S, Briet M, Boutouyrie P. Large/small artery cross talk and recent morbidity-mortality trials in hypertension. *Hypertension* 2009; 54: 388-392.

Liu L, Wang JG, Gong L, Liu G, Staessen JA, for the Systolic Hypertension in China (Syst-China) Collaborative Group. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. *J Hypertens* 1998; 16:1823-1829.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Struijker Boudier HA, Zanchetti A. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105-1187.

Mahfoud F, Schlaich M, Kindermann I, et al. Effect of renal sympathetic denervation on glucose metabolism in patients with resistant hypertension: a pilot study. *Circulation* 2011;123:1940-1946

Mahfoud F, Kindermann M, Ukena C, Sobotta PA, Kindermann I, Schlaich M, Böhm M. Interventionelle renale Sympathektomie zur Behandlung der therapieresistenten Hypertonie. *J Hyperton* 2010; 14 (3): 18-20.

Messerli FH, Mancia G, Conti CR, Hewkin AC, Kupfer S, Champion A, Kolloch R, Benetos A, Pepine CJ. Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous? *Ann Intern Med*. 2006 Jun 20;144(12):884-93.

Messerli FH, Makani H, Benjo A, Romero J, Alviar C, Bangalore S. Antihypertensive efficacy of hydrochlorothiazide as evaluated by ambulatory blood pressure monitoring: a meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2011 Feb 1;57(5):590-600

Nissen SE, Tuzou EM, Libby P, Thompson PD, Ghali M, Garza D, et al. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure: the CAMELOT study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292:2217-2225.

Pepine CJ, Handberg EM, Cooper-DeHoff RM, Marks RG, Kowey P, Messerli FH, Mancia G, Cangiano JL, Garcia-Barreto D, Keltai M, Erdine S, Bristol HA, Kolb HR, Bakris GL, Cohen JD, Parmley WW, INVEST Investigators. A calcium antagonist vs a noncalcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290:2805-2816.

Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG, et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. *Ann Intern Med* 1995; 123:754-762.

PROGRESS Collaborative Study Group. Randomised trial of perindopril based blood pressure-lowering regimen among 6108 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358:1033-1041.

Schiffman EL, Deng LY. Comparison of effects of angiotensin I-converting enzyme inhibition and beta-blockade for 2 years on function of small arteries from hypertensive patients. *Hypertension* 1995; 25(4 Pt 2):699-703.

Schiffman EL, Pu O, Park JB. Effect of amlodipine compared to atenolol on small arteries of previously untreated essential hypertensive patients. *Am J Hypertens* 2002; 15:105-110.

Schrier RW, Estacio RO, Esler A, Mehler P. Effects of aggressive blood pressure control in normotensive type 2 diabetic patients on albuminuria, retinopathy and strokes. *Kidney Int* 2002; 61:1086-1097.

Smith RD, Yokohama H, Averill DB, Schiffman EL, Ferrario CM. Reversal of vascular hypertrophy in hypertensive patients through blockade of angiotensin II receptors. *J Am Soc Hypertens* 2008; 2:165-172.

SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-3264.

Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabadzisz GG, Birkenhäger WH, Bulpitt CJ, de Leeuw PW, Dollery CT, Fletcher AE, Forette F, Leonetti G, Nachev C, O'Brien ET, Rosenfeld J, Rodicio JL, Tuomilehto J, Zanchetti A, for The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997; 350:757-764.

Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den HE, Boissel JP, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000; 355:865-872.

Symplcity HTN-1 Investigators. Catheter-Based Renal Sympathetic Denervation for Resistant Hypertension: Durability of Blood Pressure Reduction Out to 24 Months. *Hypertension* 2011;57:911-917

Veronesi M, Cicero AF, Prandin MG, et al. A prospective evaluation of persistence on antihypertensive treatment with different antihypertensive drugs in clinical practice. *Vasc Health Risk Manag*. 2007;3:999-1005

Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009; 122:290-300.

Weber MA, Julius S, Kjeldsen SE, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, Hua T, Laragh JH, McInnes GT, Mitchell L, Plat F, Schork MA, Smith B, Zanchetti A. Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial. *Lancet* 2004; 363:2049-2051.

Williams B, Lacy PS, Thom SM, Cruickshank K, Stanton A, Collier D, Hughes AD, Thurston H, O'Rourke M; CAFE Investigators; Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Investigators; CAFE Steering Committee and Writing Committee. Differential impact of blood pressure-lowering drugs on central aortic pressure and clinical outcomes: principal results of the Conduit Artery Function Evaluation (CAFE) study. *Circulation*. 2006 Mar 7;113(9):1213-25. Epub 2006 Feb 13

Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, Schumacher H, Dagenais G, Sleight P, Anderson C. ONTARGET Investigators, Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med*. 2008 Apr 10;358(15):1547-59. Epub 2008 Mar 31

Zanchetti A, Bond MG, Hennig M, Neiss A, Mancia G, Dal Palu C, Hansson L, Magnani B, Rahn KH, Reid JL, Rodicio J, Safar M, Eckes L, Rizzini P, European Lacidipine Study on Atherosclerosis investigators. Calcium antagonist lacidipine slows down progression of asymptomatic carotid atherosclerosis: principal results of the European Lacidipine Study on Atherosclerosis (ELSA) – a randomised, double-blind, long-term trial. *Circulation* 2002; 106:2422-2427.

Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009; 27:923-934.

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

- ? 1.) Ein Typ-II-Diabetiker mit einem hochnormalen Blutdruck hat bezüglich seines Risikos für ein kardiovaskuläres Ereignis ein**
1. durchschnittliches Risiko
 2. leicht erhöhtes Risiko
 3. stark erhöhtes Risiko
 4. sehr stark erhöhtes Risiko
 5. keine der Antworten ist richtig
- ? 2.) Eine systolische Grad-II-Hypertonie gemäß Praxisblutdruckwerten entspricht folgendem Tagesmittelwert aus der ambulanten 24-Stunden-Blutdruckmessung**
1. < 115 mmHg
 2. 115 – 124 mmHg
 3. 135 – 146 mmHg
 4. 147 – 156 mmHg
 5. > 157 mmHg systolisch
- ? 3.) Der Zielblutdruck bei diabetischer Nephropathie mit einer Proteinurie < 1 g/Tag beträgt**
1. < 110 mmHg systolisch
 2. < 120/80 mmHg
 3. < 130/80 mmHg
 4. < 140/70 mmHg
 5. < 150/70 mmHg
- ? 4.) Die isolierte systolische Altershypertonie ist aus folgendem Grund häufig therapierefraktär**
1. Die diastolischen Blutdruckwerte sind nicht < 90 mmHg zu senken.
 2. Die systolische Altershypertonie ist pathophysiologisch hauptsächlich durch eine periphere Widerstandserhöhung gekennzeichnet.
 3. Gängige Basisantihypertensiva wirken bei der Altershypertonie in der Regel nicht.
 4. Sie beruht pathophysiologisch auf einer verminderten Windkesselfunktion der versteiften Aorta.
 5. Die Therapieadhärenz bei Altershypertonikern ist besonders schlecht.
- ? 5.) Die Prävalenz der sog. therapierefraktären Hypertonie beträgt**
1. < 1 %
 2. < 5 %
 3. 5 – 10 %
 4. > 20 %
 5. > 30 %
- ? 6.) Die Therapieadhärenz gemessen an der sog. Persistenz ist am schlechtesten unter**
1. AT₁-Blockern
 2. ACE-Hemmern
 3. Calciumantagonisten
 4. Betablockern
 5. Thiaziddiuretika
- ? 7.) Die Wirkdauer von Thiazid-Diuretika nach oraler Gabe ist am längsten für**
1. Hydrochlorothiazid
 2. Chlortalidon
 3. Bendroflumethiazid
 4. Xipamid
 5. Indapamid
- ? 8.) Die autoregulatorische Schwelle der Koronardurchblutung bei Hypertonikern mit oder ohne hypertensive Herzerkrankung beträgt**
1. 60 mmHg
 2. 70 mmHg
 3. 80 mmHg
 4. 90 mmHg
 5. ist aus prospektiven Studien nicht bekannt
- ? 9.) Welche der folgenden Angaben rechtfertigen die Indikation zur renalen Denervation?**
1. Systolischer Blutdruck > 50 mmHg, unter einer Zweifach-Antihypertensiven Therapie, davon ein β -Blocker.
 2. Phäochromozytom als Ursache für den Hypertonus.
 3. Primärer Hyperaldosteronismus als Ursache für den Hypertonus.
 4. Systolischer Blutdruck ≥ 160 mmHg (≥ 150 mmHg bei Diabetes mellitus Typ II), bei mindestens drei unterschiedlichen Antihypertensiva in adäquater Dosierung, davon mindestens ein Diuretikum.
 5. Nierenarterienstenose als Ursache für den Hypertonus.
- ? 10.) Welche der folgenden Angaben über den Therapieerfolg treffen zu?**
1. Der Therapieerfolg ist unmittelbar nach der Intervention zu erwarten.
 2. Die medikamentöse Therapie sollte zeitnah umgestellt werden.
 3. Der Therapieerfolg ist nach einem Zeitraum von ca. vier Wochen bis zu drei Monaten nach der Intervention zu erwarten.
 4. Der Therapieerfolg ist nicht vor einem Zeitraum von einem Jahr nach der Intervention zu erwarten.
 5. Die Ansprechrate des Verfahrens, definiert als systolischer Blutdruckabfall von > 10 mmHg, lag in den Studien zwischen 30–40 %.

„Das Alter, eine Herausforderung“

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Ärzte in Frankfurt/Main

Karl Huth

Die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Ärzte wurde am 4. September 1982 in der ehemaligen DDR im Diakonissenkrankenhaus Dresden gegründet. Damals sprach Dr. Bernhard Opitz über „Lucas als Arzt“. Die Arbeitsgemeinschaft umfasste vorwiegend Ärztinnen und Ärzte in christlichen Krankenhäusern, um deren Situation zu stärken. Das galt nicht nur für ihre Glaubens- und Wertvorstellungen sondern auch die Stabilisierung ihrer wirtschaftlichen Lage, zumal z.B. die Diakonissenkrankenhäuser vom Westen finanziell unterstützt wurden. Nach der Wende schloss sich eine Reihe christlich gesonnener Ärztinnen und Ärzte aus Westdeutschland, auch mehrere Katholiken und ein Vertreter der katholischen Ärzteschaft, der zahlenmäßig größeren Gruppe der ehemaligen DDR an.

Im Frankfurter Diakonissenhaus tagte die Arbeitsgemeinschaft bereits vom 3. bis 5. Oktober 1996 und erneut vom 1. bis 3. Oktober 2010. Das Thema war 1996 „Ärzte in Ost und West – Versuch einer Standortbestimmung sechs Jahre nach

der Vereinigung Deutschlands“. Zu den Referenten gehörten damals u.a. Professor Wolfgang Böhmer, Frauenarzt im Diakonissenkrankenhaus Wittenberg, der über die finanzielle Situation der DDR-Wirtschaft sprach und später Ministerpräsident von Sachsen-Anhalt wurde, und Professor Inge Scharrer von der Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt, die Gründerin der Christlichen Aidshilfe.

Im Jahr 2010 lautete das Thema „Das Alter – eine Herausforderung“. Zu den Referenten gehörten u.a. Professor Dietrich von Engelhardt vom Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität Lübeck und Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, der Präsident der Landesärztekammer Hessen.

Demographischer Wandel

Einleitend befassten wir uns mit dem demographischen Wandel, der in der Politik heute mehr als früher beachtet wird. Die Lebenserwartung nimmt seit langem weltweit zu, in Deutschland jährlich um drei Monate. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts

lag sie wenig über 40, jetzt liegt sie bei 80 Jahren. Ein 60-jähriger Mann hat heute eine weitere Lebenserwartung von 21 Jahren, eine 60-jährige Frau von fast 25 Jahren. Trotzdem schrumpft die Bevölkerung Deutschlands, während sie weltweit zunimmt. Ursache ist der Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau, die in der Bundesrepublik auf zuletzt 1,36 gesunken ist, während 2,1 Geburten erforderlich wären, um die Gesamtbevölkerungszahl aufrecht zu erhalten. Besonders belastend für uns Ärzte ist die überproportionale Zunahme der über 60-jährigen innerhalb der nächsten 30 bis 40 Jahre von 24 auf 34 %.

Typisch für das Alter ist die Zunahme vorwiegend chronischer Krankheiten wie besonders der Arteriosklerose. Hinzu kommt in vielen Fällen Multimorbidität wie beim metabolischen Syndrom mit gleichzeitigem Auftreten von abdomineller Adipositas, Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipidämie und der koronaren Herzkrankheit. Die häufigsten Diagnosen älterer Menschen sind Herzinsuffizienz und Femurfraktur infolge von Osteoporose, aber auch Hirninfarkt und Gonarthrose. 12 % der stationären Behandlungen von Menschen über 65 Jahren erfolgen wegen Krebs.

„Compression of morbidity and Frailty“

Jeder zweite über 60 Jahre ist chronisch krank, wobei die Zahl der an Demenz Leidenden ständig größer wird. Infolgedessen stiegen die Krankenhauskosten von 1999 bis 2009 in Deutschland um 28 %, die der Arzneimittelkosten sogar um 60 %. Das Ziel der Prävention im Alter ist die „Compression of morbidity“, d.h. die möglichst lange Erhaltung von Rüstig- und

Selbstständigkeit. Frailty oder Gebrechlichkeit als Ursache von Osteopenie und Sarkopenie und daraus resultierenden Stürzen und Frakturen kann nicht nur durch richtige Ernährung verhindert werden. Kraft- und Ausdauertraining müssen dazu kommen, zumal sie noch in hohem Alter messbare Erfolge haben.

Zunehmender Pflegebedarf

Der Anteil der Pflegebedürftigen steigt seit langem. 2007 waren 70 % der 90-jährigen und noch älteren Frauen pflegebedürftig. Schon heute besteht in Deutschland ein Mangel an Pflegekräften.

In psychologischer Hinsicht ist das Alter nicht nur durch Verluste und Defizite gekennzeichnet. Ehrenamtliche Tätigkeit erleichtert soziale Kontakte. Höherer Sozialstatus und Wohlstand verbessern die Lebenserwartung. Der Gerontologe Andreas Kruse aus Heidelberg sprach auf dem Kongress in Kassel „Christen im Gesundheitswesen“ über Verantwortungsethik im Alter, nicht nur vor Gott und der Gesellschaft sondern auch einem selbst. Ein langes Leben bei guter Gesundheit ist eine Aufgabe, die nicht selten durch Selbstverantwortung und Disziplin erreicht werden kann.

Diätetik in der Antike

Professor von Engelhardt befasste sich auf der Tagung 2010 mit dem „Alter in kultur- und medizinhistorischer Sicht“. Das Alter ist geprägt von Lust und Last gleichermaßen, d.h. auch von Kultur und Natur. Während des ganzen Lebens gibt es Phasen voller Gesundheit, Kraft und Selbstständigkeit, aber auch Zeiten, in denen Krankheit, Schwäche und Hinfälligkeit im Vordergrund stehen. Eine Besonderheit des Alters ist natürlich die Nähe zum Tod. In der Antike verstand man unter Diätetik den gesamten Lebensstil mit Luft und Licht, Bewegung und Ruhe, Essen und

Trinken, Schlafen und Wachen, den Ausscheidungen und Gefühlen. Schon Celsus erkannte, dass sich das Altern nicht aufhalten lässt. Cicero verlangte, dem vorzeitigen Altern durch sorgfältige Pflege der Gesundheit zu begegnen.

Im christlichen Mittelalter gewann das Alter seinen Sinn in der Perspektive der Transzendenz. Hildegard von Bingen sah im 12. Jahrhundert das Leben gekennzeichnet durch die Beziehung zu Gott und hatte bereits profunde Kenntnisse der Natur des Menschen.

In der Neuzeit führte die Säkularisierung zu einer Verweltlichung der Verheißungen des Paradieses. Jugend und Schönheit wurden idealisiert, Leiden und Tod verdrängt. Der Jungbrunnen des Lucas Cranach demonstrierte die Hoffnung auf ewige Gesundheit. Bereits 1623 erörterte Francis Bacon die Möglichkeiten, das Leben zu verlängern. Große Beachtung fand in diesem Zusammenhang die Makrobiotik des Arztes Christof Wilhelm Hufeland aus dem Jahre 1796, nach der die Lebenskraft sowohl physisch als auch psychisch beeinflusst werden kann.

Goethe erwartete viel von Ärzten: „Wir leben so lange es Gott bestimmt hat. Aber es ist ein großer Unterschied, ob wir im Alter jämmerlich wie arme Hunde leben oder wohl und frisch – und darauf vermag ein kluger Arzt viel.“

Empirisch und multidisziplinär ist die Berliner Altersstudie von Ulrich Mayer und Paul B. Baltes. Sie untersuchten 1996 bis 1998 516 Personen im Alter von 70 bis über 100 Jahren im Hinblick auf ihre körperliche und geistige Gesundheit, sowie ihre sozial-ökonomische Situation. Nicht zu bezweifeln sind körperliche Veränderungen, Schwäche und Krankheit, Nach-

lassen der Sinneskräfte, Starrheit, Intoleranz, Abhängigkeit und nicht selten Vereinsamung im Alter. Außer Frage stehen in dieser Lebensphase aber auch Zeit für außerberufliche Interessen, für Reisen, Kultur, Unabhängigkeit und Konzentration auf Wesentliches. Der alte Mensch kann in der Bewältigung seines Lebens das Wort von Albert Camus verstehen: „Wir müssen uns Sisyphus als einen glücklichen Menschen vorstellen.“

Das vierte Gebot ein Generationenvertrag

Das Thema „Geriatric – eine junge Disziplin“ behandelte der Geriater Dr. Hans-Joachim Möller, Chefarzt der Klinik für Geriatrische Rehabilitation im Kloster Lehnin in Brandenburg. Die theologische Grundlage dieser evangelischen Einrichtung ist das vierte Gebot: Du sollst Vater und Mutter ehren, d.h. du sollst ihre Lasten mittragen, eine klare Vorgabe für den ältesten Generationenvertrag! Dieses Gebot enthält aber auch eine Verheißung, nämlich: Auf dass es dir wohl ergehe und du lange lebest auf Erden.

Die Wiege der klassischen Geriatrie stand wahrscheinlich in Byzanz, wo es schon in der Zeit von 342 bis 1453 zahlreiche Spitäler und Hospize für Alte gab. Multimorbidität und Marasmus waren bereits damals als typische Alterskrankheiten bekannt. Die in Byzanz gewonnenen Kenntnisse über Lebensstil, Diät und Pflege überlebten in den abendländischen Mönchsorden und wurden zur Grundlage des heutigen Spitalwesens und der Altenpflege.

Der Begriff Geriatrie

Eine eigenständige Disziplin ist die Geriatrie erst im 20. Jahrhundert geworden. Der Begriff Geriatrie wurde von dem aus Wien stammenden Mediziner Ignatius Leo Nascher geprägt. Als er 1908 das Versorgungsheim in Wien-Lainz besuchte, fielen

ihm die geringe Mortalität und der frische Zustand der Patienten auf. Als er den leitenden Arzt nach seinem Konzept fragte, erhielt er die Antwort: „Wir verfahren wie die Pädiater mit den Kindern.“ Das brachte Nascher auf die Idee, in Anlehnung an die Pädiatrie den Begriff Geriatrie zu prägen.

In Deutschland war es ähnlich wie in den USA, dass die jungen Ärzte nur schwer für das neue Fach zu begeistern waren. Der Internist Max Bürger in Leipzig war einer der wenigen, die sich für die Altersheilkunde interessierten. Zusammen mit dem Physiologen Emil Abderhalden in Halle rief er 1938 die Zeitschrift für Altersforschung ins Leben.

Erst mit dem demographischen Wandel und der ständigen Zunahme alter Menschen kam es zu gesellschaftlicher Betroffenheit, als die sozial-politische Brisanz des Themas erkannt wurde. Aber nur langsam verschwand der Begriff Altersschwäche aus der Todesursachenstatistik.

„Antiaging“ durch Hormongaben fragwürdig

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts suchte man herauszufinden, warum es überhaupt zum Altern kommt. Ein Defizitmodell stand im Vordergrund. Die „Minusexistenz“ führte jedoch nicht zu größerer Beachtung der Geriatrie. Es entstand die Verjüngungslehre mit der Hoffnung, den Alterungsprozess durch Hormone zu beeinflussen. Die Hochschätzung von Körper, Sport, Nacktkultur, Vegetarismus und Kleidungsreform führte zu einer Tabuisierung des Todes. Hinzu kam die Eugenik, in Deutschland als Rassenhygiene praktiziert. Das Alter erschien als Last für das Gemeinwesen. Die Versorgung alter Menschen galt als unrentabel. – Als 1936 in Deutschland Vollbeschäftigung herrschte, erklärte der

Leiter der Deutschen Arbeitsfront Robert Ley, jedermann müsse einmal jährlich überholt werden, damit der Leistungsknick nicht bei 40 sondern 70 Jahren liege. Was mit der Sterilisation begonnen hatte, setzte sich im Krieg mit der Euthanasie „lebensunwerten Lebens“ fort.

„Geriatric assessment“

Zu den Errungenschaften der modernen Geriatrie gehört das multidimensionale Assessment. Die englische Chirurgen Dr. Majorie Warren betreute in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts mit solchen Erfolgen ein großes Heim für chronisch Kranke, dass mehr als die Hälfte der Patienten wieder nach Hause entlassen werden konnten. Sie beschränkte ihre Tätigkeit nicht auf die somatische Ebene, sondern bezog auch die Psyche und den funktionellen Zustand ein. So kam es schließlich zur Gründung zahlreicher „Acute Geriatric Evaluation Units“ in England. – Erst ab 1970 erreichte der Geriater Lawrence Rubenstein in Californien eine Institutionalisierung des geriatrischen Assessments und in der Folge einen besseren funktionellen Zustand und eine signifikant niedrigere Mortalität seiner Patienten.

In der Bundesrepublik Deutschland etablierte Joachim Rustemeier als erster eine geriatrische Rehabilitationsklinik am Henriettenstift in Hannover, in der auch Ausbildungsmöglichkeiten für seine multiprofessionellen Teams vorhanden waren. Er wurde in der Folge Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, die René Schubert 1966 in Nürnberg gegründet hatte. Weitere Spezialkliniken für Altersleiden entstanden am Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar, am Albertinenhaus in Hamburg und in Berlin im Max-Bürger-Hospital in Charlottenburg sowie dem Ludwig-Hoffmann-Krankenhaus in Berlin-Buch.

In der ehemaligen DDR setzte in Leipzig Max Bürger seine gerontologischen Forschungen nahtlos fort. Gerhard Brüscke leitete an der Berliner Charité das Projekt Gerontologie und gab zusammen mit Walter Doberauer und Udo Jürgen Schmidt einen Leitfaden der praktischen Geriatrie im Fischer-Verlag Jena heraus. Im Westen hatte Gotthard Schettler ein entsprechendes Werk im Thieme-Verlag Stuttgart publiziert.

Dennoch empfanden sich die Geriater und Gerontologen noch 1991 als eine Minderheit, die von anderen Disziplinen eher gering geschätzt wurde. Die Klinik in Lehnin wurde ein Nutznießer des geriatrischen Förderprogramms des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus dem Jahr 1987. Infolge des dramatischen Geburtenrückgangs in Brandenburg war es für den Träger folgerichtig, seine Strategie vom Lebensanfang auf das Lebensende zu fokussieren. Hier bewährte sich die Geriatrische Rehabilitation an einem Krankenhaus der Grundversorgung.

Der Deutsche Ärztetag beschloss 1992 die Weiterbildung „Klinische Geriatrie für Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen und Psychiater“. 2008 entstand der Bundesverband Geriatrie. Geriatrische Lehrstühle finden sich an den Universitäten Berlin, Bochum, Erlangen-Nürnberg, Hamburg, Köln, Ulm und Witten-Herdecke. Nach den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es 2007 in Deutschland 2.100 Geriater; bezogen auf die Gesamtzahl berufstätiger Ärzte sind dies 0,84 %. Im Vergleich mit anderen Spezialdisziplinen und der Situation in Europa ist das natürlich zu wenig.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach sprach über die Aufgaben der Palliativmedizin. Als niedergelassener Internist auf dem

Lande hatte er zunächst mit der Hospizarbeit zu tun. In der Landesärztekammer Hessen arbeitete er als Vorsitzender der Ständigen Konferenz Palliativmedizin u.a. mit Professor Dr. Ulrich Gottstein, Dr. Elisabeth Lohmann-Hrycak und Dr. Michael Popovic zusammen. Bei unserer Tagung formulierte er: Schon bei den Naturvölkern sieht man eine besondere Zuwendung zu Schwerkranken, Alten und Sterbenden, die dort großes Ansehen genießen. Das Gegenteil ist evtl. im Hinduismus und Buddhismus der Fall, wo Alte und Sterbende ausgegrenzt werden. In Südamerika werden Leprakranke mancherorts heute noch als Aussätzige behandelt.

Der Begriff Palliativmedizin

In der jüdisch-christlichen Tradition gilt das vierte Gebot, das Dr. Möller gerade als ältesten Generationenvertrag bezeichnete. Im Alten Testament findet man bei dem apokryphen Jesus Sirach: „Wer den Vater ehrt, wird Freude haben an den eigenen Kindern. Wer den Vater achtet, wird lange leben und wer seiner Mutter Ehre erweist, der erweist sie dem Herrn. Mein Sohn, wenn dein Vater alt ist, nimm dich seiner an und betrübe ihn nicht, solange er lebt. Wenn sein Verstand abnimmt, sieh

es ihm nach und beschäme ihn nicht in deiner Vollkraft, denn die Liebe zum Vater wird nicht vergessen.“ Im Neuen Testament lesen wir im Brief des Paulus an die Kolosser (Kap. 3 Vs. 20 bis 21) über die Verantwortung der Generationen untereinander „ihr Kinder, gehorcht euern Eltern in Allem, denn so ist es gut und recht im Herrn.“ Wir hören von der grundsätzlichen Aufforderung zur Nächstenliebe im Beispiel des Barmherzigen Samariters. Es ist klar, dass hier nicht nur die Sorge um Kranke der eigenen Familie gemeint ist. Besonders ernst hat dies die Heilige Elisabeth in Marburg genommen. Ebenso anschaulich ist das Vorbild des Heiligen Martin, der seinen Mantel teilt. Der Mantel, lateinisch Pallium, findet sich im Begriff Palliativmedizin wieder, wo wir den Schwachen mit Nächstenliebe umgeben.

Worum geht es? Ärzte und Pflegende haben schon immer nach der Regel gehandelt: Heilen manchmal, Lindern oft und Trösten immer. Durch die Hospizbewegung hat auch die Palliativmedizin Fahrt aufgenommen. Um unerträgliches Leid und den Wunsch zu verhindern, dem Leben selbst ein Ende zu bereiten, ist die Palliativmedizin mit einer sinnvollen, einfühlsamen

Sterbebegleitung entwickelt worden. Damit möchten wir auch dem zunehmenden Druck auf die Ärzte begegnen, Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten.

In Deutschland war der erste Präsident der Landesärztekammer Thüringen in Jena, Professor Beileites, maßgeblich an der Entwicklung der Palliativmedizin beteiligt. Aufgabe jeden Arztes ist es, unter Beachtung der Selbstbestimmung des Patienten, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und Leiden zu lindern, sowie Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Die Fortschritte der Medizin haben die Lebensqualität bis ins Alter verbessert. Sie sollten allerdings nicht zu einer sinnlosen Verlängerung des Leidens und Sterbens führen, wie das viele von der apparativen Intensivmedizin fürchten. Von holländischen Ärzten heißt es, dass sie bereits an aktive Sterbehilfe denken, wenn ein Patient äußert, er möchte bei seinem Partner im Himmel sein. Diese Entwicklung können wir nicht billigen.

Folgende Gesichtspunkte sind bei der Versorgung von Palliativpatienten zu beachten: Patienten sollen da betreut werden, wo sie sich zuhause fühlen. Das kann auch

ein Pflegeheim oder Hospiz sein. Schmerzen sollen wirksam bekämpft werden; vor der Verordnung von Betäubungsmitteln braucht man nicht zurückzuschrecken. Wir müssen das Bewusstsein des Patienten stärken, dass wir seine Sorgen ernst nehmen, dass wir auch darauf eingehen, wenn der Patient erklärt, dass er nicht mehr leben möchte. Ziel sollte sein, dass der Schwerstkranke die letzten Tage seines Lebens als lebenswert empfindet. Es ist gut, dass wir heute in Deutschland einen Anspruch auf palliativmedizinische Versorgung haben. Daran sind nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegende und andere medizinische Berufe sowie Seelsorger beteiligt. In jedem Fall kommt es auf die Kooperation des ganzen Teams an. Bei dem Unterricht zur Qualifizierung der Palliativmediziner helfen nicht nur Onkologen und Anästhesisten, sondern auch Psychiater, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger und Physiotherapeuten mit. In mehreren Städten in Hessen konnten in Krankenhäusern Palliativstationen etabliert werden. Jährlich sterben in Deutschland

ca. 830.000 Menschen, etwa 80 % in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.

Operationen auch im hohen Alter sinnvoll

Eine schwierige Frage bleibt, wie Intensiv- und Palliativmedizin sinnvoll kooperieren können. Auch bei Über-85-jährigen kann die sofortige Operation einer Aortenstenose für Jahre segensreich sein. Die Patientenzufriedenheit steigt, wenn das Nachdenken über geplante Maßnahmen den Patienten und seine Angehörigen ebenso mit einbezieht wie das Pflegepersonal. Eine Medikalisierung des Alters mit Unsummen für fragwürdige Diagnostik und Therapie am Lebensende ist natürlich nicht sinnvoll.

Neben der schon immer vorhandenen Versorgung Sterbender, vor allem durch niedergelassene Hausärzte, ist heute die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt, für die eine entsprechende Weiterbildung erforderlich ist und die auch von den Kassen bezahlt wird.

Ungenügend ist noch die Finanzierung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV).

Damit sich auch die Hochschulen um das Thema Palliativmedizin bemühen, soll nun auch in Hessen eine entsprechende Stiftungsprofessur eingerichtet werden. Wir hoffen, dass diese Professur nach den üblichen fünf Jahren vom Wissenschaftsministerium übernommen wird.

Vier Vertreter unserer Nachbarländer stellten auf der Jahrestagung 2010 die Altersmedizin in Polen, Dänemark, Ungarn und Tschechien vor. Bei der abschließenden Diskussion wurde u.a. auf die jetzt in Deutschland neu geregelte Patientenverfügung näher eingegangen. Einer der Kollegen meinte, er könne auf die Patientenverfügung verzichten, da er auf Vernunft und Empathie seiner Ärzte vertraue.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Karl Huth, Frankfurt
(Anschrift ist der Redaktion bekannt)
E-Mail: dr.huth@t-online.de



DEGAM fördert Nachwuchs für die Allgemeinmedizin



Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat eine Nachwuchsakademie gegründet mit dem Ziel, frühzeitig Medizinstudierende für die Allgemeinmedizin zu begeistern. Bewerben können sich ab sofort Studierende, die im fünften oder einem höheren Semester sind. Die Bewerbungsfrist endet am 15. Januar 2012.

Das Konzept sieht vor, einmal jährlich etwa zwölf Studierende auszuwählen. Es ist eine Förderdauer von drei bis vier Jahren geplant – bereits im April 2012 sollen die ersten Studierenden in die Akademie aufgenommen werden.

Die Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses sieht die DEGAM als eine ihrer zentralen Aufgaben an. Die Nachwuchsakademie ist eingebettet in ein mehrstufiges Programm, welches unter anderem eine beitragsfreie DEGAM-Mitgliedschaft für Medizinstudierende, eine Summer-school sowie eine individuelle Unterstützung durch Mentoren umfasst.

Ausführliche Informationen zur Nachwuchsakademie sowie die Bewerbungsunterlagen sind unter <http://www.degam.de> verfügbar.

Schnelle Anmeldung zu Veranstaltungen der Akademie jederzeit online möglich!

Lassen Sie sich kostenfrei im Mitglieder Portal der Landesärztekammer registrieren unter <https://portal.laekh.de> oder informieren Sie sich im Veranstaltungskalender der Landesärztekammer unter www.laekh.de/Aerzte/Veranstaltungskalender.

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Das Gesundheitswesen, Aufgaben der ärztlichen Körperschaften sowie Versicherungen und Versorgung für Ärztinnen /Ärzte in Deutschland

Allen Ärztinnen und Ärzten, die in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit neu beginnen, wird eine Teilnahme an dieser Veranstaltung vom Hessischen Sozialministerium, der Hessischen Approbationsbehörde und der LÄKH empfohlen.

Samstag, 21. Apr. 2012, 09:00 – ca. 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 90 inkl. Verpflegung und Kursunterlagen

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 09. Nov. 2011, 14:00 – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

max. Teilnehmerzahl: 25

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,

Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841,

E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Weiterer Termin 2011: Mittwoch, 07. Dez. 2011

Fachgebiet Arbeits- und Betriebsmedizin

Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Samstag, 12. Nov. 2011

Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz

Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Workshop „Psychiatrie und Philosophie“

Mittwoch, 16. Nov. 2011, 08:00 – 16:30 Uhr

11 P

Leitung: Dr. med. F. Bossong, Hadamar

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

6. Wiesbadener Symposium zu entzündlichen Erkrankungen des ZNS

In Kooperation mit der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

Neues zur Pathophysiologie und Therapie der Multiplen Sklerose

Mittwoch, 16. Nov. 2011, 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 432-376, Fax: 0611 432-732,

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de

Fachgebiet Augenheilkunde

Neues aus der Ophthalmologie

Mittwoch, 07. Dez. 2011, 17:00-20:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Klinik für Augenheilkunde, Klinikum der JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22 – Hörsaal H221

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Adipositas – Der schmale Grat der Therapie

Samstag, 11. Feb. 2012, 09:45 – 16:00 Uhr

7 P

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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





Repetitorium Innere Medizin 2011

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

Montag, 21. – Samstag, 26. Nov. 2011

insg. 51 P

- Montag: Gastroenterologie**
Prof. Dr. med. K. Haag / Prof. Dr. med. F. Hartmann
- Kardiologie**
Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. Hamm
- Dienstag: Kardiologie**
Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. Hamm
- Internist. Hämatologie / Onkologie**
Prof. Dr. med. L. Bergmann /
Prof. Dr. med. A. Neubauer
- Mittwoch: Angiologie**
Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle
- Nephrologie**
PD Dr. med. H.-W. Birk / Prof. Dr. med. W. Faßbinder
- Donnerstag: Pneumologie**
Prof. Dr. med. C. Vogelmeier
- Internistische Intensivmedizin**
Prof. Dr. med. H.-D. Walrath
- Freitag: Endokrinologie / Diabetologie**
Dr. med. C. Jausch-Hancke /
Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann
- Rheumatologie**
Prof. Dr. med. U. Lange
- Samstag: Fallseminar**
Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. W. Faßbinder
Prof. Dr. med. F. Hartmann / Prof. Dr. med. U. Lange

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Freitag, 17. Feb. 2012, 13:00 – 21:00 Uhr

11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Burnout – Boreout – Workout Zuviel – zuwenig – Das richtige Maß

Samstag, 25. Feb. 2012, 09:30 – 16:15 Uhr

9 P

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

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Mykologie-Kurs

Dermatomykologie mit praktischen Übungen. In diesem Kurs werden, neben der aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problem-befunde und zeitgemäße antimykotische Therapie, insbesondere praktische Übungen der mykologischen Diagnostik angeboten.

Samstag, 10. März 2012

Leitung: Prof. Dr. med. P. Mayser, Gießen

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Medizin in der Literatur

B. Pasternak „Dr. Schiwago“

Mittwoch, 28. März 2012

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

Teilnahmebeitrag: € 30

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 27. – Samstag, 28. Apr. 2012

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

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 16. – Sonntag, 17. Juni 2012

16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Existenzgründerplanspiel für Ärztinnen und Ärzte – ein innovatives Planspielkonzept

Freitag, 21. – Samstag, 22. Sep. 2012

Leitung: Prof. Dr. med. V. Liebig, Ulm

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de



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

Eine Veranstaltung der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Hospiz- und Palliativverband und der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung.

„Der Palliativpatient im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus, Ehrenamt, SAPV und ambulanter Versorgung“

Mittwoch, 29. Feb. 2012

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schad, Akademie,

Fon: 06032 782-222, Fax: 069 97672-67222,

E-Mail: juliane.schad@laekh.de

Kompaktkurs Zweite Leichenschau

(gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden); Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen); Abschlussprüfung (1,5 Stunden)

Beginn: Samstag, 02. Juni 2012

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

Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

Teilnahmebeitrag: insg. € 655 (davon Theorie € 200, prakt. Schulung € 400, Prüfung € 55), (Akademiemitgl. insg. € 635)

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA gemäß Curriculum der BÄK.

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 04. Nov. – Sonntag, 06. Nov. 2011 G10-G12

Samstag, 03. Dez. – Sonntag, 04. Dez. 2011 G13-G14

Samstag, 10. Dez. 2011 G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (6 Std.) / Fallseminare (2 Std.) / GP-Kurse (80 Std.)

Samstag, 10. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

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, 07. Dez. 2011, 08:30 – 17:45 Uhr 13 P

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

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

max. Teilnehmerzahl: 6

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

C2 Samstag, 26. Nov. – Samstag, 03. Dez. 2011

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz

A1 Samstag, 21. Jan. – Samstag, 28. Jan. 2012

B1 Samstag, 25. Feb. – Samstag, 03. März 2012

C1 Samstag, 14. Apr. – Samstag, 21. Apr. 2012

Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzteverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Mittwoch, 30. Nov. 2011, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 1: Prävention – Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten

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

Teil 2: Metabolisches Syndrom – aktuelle therapeutische Strategien

Leitung: Dr. med. C. Marck, Pohlheim

Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Termin 2012:

Mittwoch, 28. März Teile 3 / 4, **Mittwoch, 20. Juni** Teile 5 / 6,

Mittwoch, 26. Sep. Teile 1 / 2, **Mittwoch, 28. Nov.** Teile 3 / 4



Medizinische Rehabilitation

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

Samstag, 19. Nov. 2011, 09:00 – 17:00 Uhr **21 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Rehasentrum der DRV-Bund Klinik Wetterau, Zanderstr. 30-32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter **16 P**

Mittwoch/Donnerstag, 07./08. Dez. 2011

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

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie **40 P**

(in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz)

Freitag/Samstag, 11./12. Mai 2012 und

Freitag, 15. – Sonntag, 17. Juni 2012

Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Teil I Freitag, 03. – Samstag, 04. Feb. 2012 **insg. 100 P**

Teil II Freitag, 17. – Samstag, 18. Feb. 2012

Teil III Freitag, 16. – Samstag, 17. März 2012

Teil IV Freitag, 11. – Samstag, 12. Mai 2012

Teil V Freitag, 01. – Samstag, 02. Juni 2012

plus Hospitation, plus Klausur

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.

Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen

Hospitation: Frankfurt a. M., Katharina Kasper Kliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Didaktik

Moderatorentaining **20 P**

Freitag, 16. – Samstag, 17. März 2012

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD **27 P**

Freitag, 02. – Samstag, 04. März 2012

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg / M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt **40 P**

Samstag, 19. – Dienstag, 22. Nov. 2011

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Tagungsort: Kassel

Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

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

Freitag, 02. – Samstag, 10. März 2012

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, Postfach 1720, 35007 Marburg,

Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bzmh.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C1	11. Feb. 2012	8 Std.	8 P
---------	----------------------	---------------	------------

Kurs C2	28. Apr. 2012	6 Std.	6 P
---------	----------------------	---------------	------------

Kurs A	01./02. Juni 2012	20 Std.	20 P
--------	--------------------------	----------------	-------------

Kurs B	21./22. Sep. 2012	20 Std.	20 P
--------	--------------------------	----------------	-------------

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Block 17 Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag 2012: 6 Std. € 90 (Akademiemitgl. € 81),

8 Std. € 120 (Akademiemitgl. € 108), 20 Std. € 300

(Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 30. – Samstag, 31. März 2012

Modul II: Freitag, 11. – Samstag, 12. Mai 2012

Modul III: Freitag, 06. – Samstag, 07. Juli 2012

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de





Palliativmedizin

Fallseminar Modul III **31. Okt. – 04. Nov. 2011** **40 P**
Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630)
Basiskurs **29. Nov. – 03. Dez. 2011** **40 P**
Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
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: 069 97672-67202,
E-Mail: veronika.wolfiger@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
Block B 05./06. Nov. 2011 in Kassel **20 P**
Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen
Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
VI. Freitag, 18. Nov. – Sonntag, 20. Nov. 2011 **20 P**
Zusatztermin für Teilnehmer, die mind. zum dritten Mal am Curriculum teilnehmen:
Freitag, 09. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
E-Mail: andrea.flloeren-benachib@laekh.de

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 15. – Samstag, 16. Juni 2012 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
Freitag, 05. – Samstag, 06. Okt. 2012
Freitag, 16. – Samstag, 17. Nov. 2012
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV **9 P**
Samstag, 12. Nov. 2011, 09:00 – 16:15 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 130 (Akademiemitgl. € 117)
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,
Fon: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,
E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Termine 2012:
Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)
Samstag, 18. Feb. 2012 und Samstag, 11. Aug. 2012
Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV
Samstag, 25. Feb. 2012 und Samstag, 01. Sep. 2012
Grundkurs
Samstag, 12. – Sonntag, 13. Mai 2012
Grund- / Spezialkurs Rö.-Diagnostik
Samstag, 22. – Sonntag, 23. Sep. 2012
Spezialkurse Computertomografie / Interventionsradiologie
Samstag, 29. Sep. 2012

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten.
Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. Weiterbildungsordnung der LÄKH.

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block I: **Dienstag, 14. – Samstag, 18. Feb. 2012**
Block II a: **Dienstag, 20. – Freitag, 23. März 2012**
Block II b: **Mittwoch, 02. – Samstag, 05. Mai 2012**
Block III a: **Mittwoch, 26. – Samstag, 29. Sep. 2012**
Block III b: **Mittwoch, 28. Nov. – Samstag, 01. Dez. 2012**

Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891)
Block II a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)
Block III a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)
Freitag, 22. Juni – Samstag, 23. Juni 2012 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
E-Mail: renate.hessler@laekh.de





Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,
Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 05. Nov. 2011 (Theorie)

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

Grundkurs 40 P

Samstag, 14. und Sonntag, 22. Jan. 2012 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 10. und Sonntag, 18. März 2012 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 03. Nov. 2012 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Gefäße

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

Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) 20 P

Freitag, 25. – Samstag, 26. Nov. 2011 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Donnerstag, 16. – Freitag, 17. Feb. 2012 (Theorie)

Samstag, 18. Feb. 2012 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) 25 P

Donnerstag, 14. – Freitag, 15. Juni 2012 (Theorie)

Samstag, 16. Juni 2012 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) 20 P

Freitag, 23. – Samstag, 24. Nov. 2012 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@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.

Frühjahr 2012 Hessen

Modul I: **Freitag, 20. – Samstag, 21. Jan. 2012**

Modul II/III: **Freitag, 03. – Samstag, 04. Feb. 2012**

Modul IV und Wahlthema: **Freitag, 17. – Samstag, 18. Feb. 2012**

Modul V: **Freitag, 02. – Samstag, 03. März 2012**

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

GK I Mittwoch, 18. Apr. – Freitag, 27. Apr. 2012

GK II Mittwoch, 22. Aug. – Freitag, 31. Aug. 2012

AK I Mittwoch, 31. Okt. – Freitag, 09. Nov. 2012

Leitung: Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Freitag, 05. Okt. 2012

Telelernphase: Samstag, 06. Okt. – Freitag, 30. Nov. 2012

Präsenzphase: Samstag, 01. Dez. 2012

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

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

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@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! Verbindliche Anmeldung sind auch im Internet unter <https://portal.laekh.de/> oder auf der Homepage der Akademie www.akademie-hessen.de schnell und kostenfrei möglich.

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 € 50 danach € 100. 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, Fon: 06032 782-208, 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.





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Inhalte: Ziel des Kurses ist die Wiederholung und Vertiefung der Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung. Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.

Termin: Samstag, 10.12.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ (PVK 2)

Inhalte: In dem Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV-GOÄ mit praktischen Beispielen und Übungsaufgaben wiederholt und vertieft zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung.

Termin: Samstag, 21.01.2012, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Inhalte: Zielsetzung des Kurses ist die Simulation der Vorbereitungsphase und des Prüfungsablaufs im praktischen Teil der Abschlussprüfung. Der Kurs soll den Teilnehmer/innen die Möglichkeit bieten, die Prüfungssituation exemplarisch in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule kennen zu lernen.

Termin (vorwiegend für Teilnehmer/innen der Abschlussprüfung

Frühjahr 2012): Samstag, 04.02.2012, 09:30 – 17:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Inhalte: Ziel des Kurses ist, vorbereitend auf die schriftliche Abschlussprüfung relevante Themen nach deren systematischer Vorstellung in aktiven Übungsphasen zu wiederholen. Hierbei sollen auch Aufgaben in Anlehnung an die Prüfungsfragen bearbeitet werden. Zudem sollen Hilfestellungen und Anleitungen zu einer methodischen Prüfungsvorbereitung gegeben werden.

Termine: Samstag, 26.11.2011 (Stufe 1) und
03.12.2011 (Stufe 2), 10:00 – 16:30 Uhr (14 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Inhalte: EKG, Laborkunde: Analysen Teststreifen Urin und Blutzucker, Analyse BSG, Analyse occultes Blut im Stuhl, Hygienstandards, Qualitätssicherung (z.B. Blutzucker), Dokumentation, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung

Termin: Samstag, 28.01.2012, 09:15 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte: Die in der eintägigen 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: Freitag, 25.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Die Teilnehmer/innen der Fortbildung werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und erwerben über diese Kenntnisse die Fähigkeit, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

Termin: Samstag, 26.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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, 25.02.2012, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 10.03.2012, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

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

Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in der Praxis einsteigen zu können. Erneuern Sie ihr eigenes Verständnis zum Beruf, bringen Sie sich die häufigsten Krankheitsbilder wieder in Erinnerung. Sie erfahren die Neuerungen der Abrechnung, das Wichtigste zum Thema Arbeits- und Praxishygiene und frischen Ihre Kenntnisse zur Blutentnahme und Präanalytik wieder auf.

Termin:

Donnerstag, 09.02.2012 bis Samstag, 11.02.2012 und

Donnerstag, 23.02.2012 bis Samstag, 25.02.2012 (44 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 550

Information: Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

Herz und Lunge (MED 3)

Inhalte: Ruhe-EKG, Langzeitmessung-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie, Inhalationstherapie, Fehlermöglichkeiten.

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalendar der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

Termin: Mittwoch, 23.11.2011, 09:00 bis 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185





Depression – Spezialisierung im Case Management der ambulanten Versorgung (CMA 1)

Depression zählt zu den häufigsten Erkrankungen in Industrieländern. Die Betreuung und Begleitung der Patienten stellt teilweise eine besondere Herausforderung für das Praxisteam dar. In einer Studie der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt (Projekt „PROMPT“) wurde festgestellt, dass Medizinische Fachangestellte vielseitige Leistungen nach dem Delegationsprinzip in der Betreuung und Begleitung übernehmen können. In der Studie wurde die Erkrankung Major Depression untersucht. Die Teilnahme an der 14-stündigen Fortbildung „Depression“ setzt den Nachweis der Teilnahme am Qualifizierungslehrgang „Patientenbegleitung und Koordination“ voraus.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die begleitende und beratende Versorgung und die Organisation der medizinischen Belange der Patienten und ihrer Angehörigen im Rahmen der ärztlichen Delegation bilden den Schwerpunkt der Qualifizierung, die aus den nachfolgenden Bausteinen besteht:

- **Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)**
Termin: 25.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95
- **Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)**
Termin: 26.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95
- **Kommunikation mit Schwerkranken (PAL 1)**
Termin: 26.01.2012, 09:30 – 17:45 Uhr
Gebühr: € 95
- **Symptomkontrolle in der Palliativversorgung (PAL 2)**
Termin: 27.01.2012, 09:30 – 16:45 Uhr
28.01.2012, 09:30 – 16:45 Uhr
Gebühr: € 185
- **Therapeutische und pflegerische Maßnahmen (PAL 3)**
Termin: 03.02.2012, 10:15 – 16:45 Uhr
04.02.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 185
- **Sterben und Trauer (PAL 4)**
Termin: 02.03.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
03.03.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 150
- **Ethik und Recht (PAL 5)**
Termin: 20.04.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 95
- **Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 6)**
Termin: 20.04.2012, 15:15 – 16:45 Uhr,
21.04.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 95
- **Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung (ONK PAL 1)**
Termin: 08.03.2012, 13:30 – 18:30 Uhr
Gebühr: € 70
- **Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)**
Termin: 09.03.2012, 9:30 – 12:45 Uhr
Gebühr: € 70
- **Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung (ONK PAL 3)**
Termin: 09.03.2012, 13:30 – 16:45 Uhr
10.03.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 150

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (90 Stunden)

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen

Inhalte praktischer Teil: Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab 20.01.2012

Teilnahmebeitrag: € 780 zuzügl. € 55 Prüfungsgebühr

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte (SAC 1)

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: 10.02.2012 bis 11.02.2012 und
01.03.2012 bis 03.03.2012 (30 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Elvira Günther, Fon: 06032 782-132

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung – Aufstiegsfortbildung

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.

Der Pflichtteil besteht aus den nachfolgenden Modulen:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Beginn: ab 09.02.2012

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480, **Prüfungsgebühren:** € 200

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, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Ockerfarbene Weizenfelder im Bad Homburger Sinclair-Haus

Bilder des spanischen Malers Joan Hernández Pijuan

Auf den ersten Blick muten sie schlicht und fast archaisch an: Die Arbeiten des spanischen Malers Joan Hernández Pijuan, die noch bis zum 20. November im Sinclair-Haus in Bad Homburg zu sehen sind. Mit erdigen Farben und wenigen Linien fängt Pijuan (1931-2005), der zu den wichtigsten zeitgenössischen Malern Spaniens zählt, die Landschaft Kataloniens ein. Radikal vereinfachend und an den Farben der Natur orientiert: Rotbraun wölbt sich ein Hügel über dem Boden, in ockerfarbenen Linien erstreckt sich ein Weizenfeld vor dem Auge des Betrachters, fast figürlich erscheint das leuchtend blaue Bild „Iris blau“. „Ich versuche immer so zu malen, als wüsste ich nichts von Malerei, als wäre jedes Bild mein erstes“, beschrieb Pijuan den Entstehungsprozess seiner Werke, deren ruhiger, fast meditativer Charakter fasziniert.

Nicht gegenständlich, aber auch nicht abstrakt sind die Arbeiten des Künstlers, der nie als abstrakter Maler gesehen werden wollte: „Ich gehe immer von der Realität aus“, machte er einst deutlich. In der Ausstellung im Sinclair-Haus zeigt die Altana Kulturstiftung über 90 Gemälde und Zeichnungen des Spaniers. Seine Landschaftsbilder sind wie geschaffen für den Stif-

tungs-Schwerpunkt „Kunst und Natur“. Anliegen der Stiftung ist es, durch die Auseinandersetzung mit der Kunst das Bewusstsein für die Bedeutung der Natur und die Verantwortung des Menschen für diese zu entwickeln und zu fördern.

Seit 1982 bietet das am Bad Homburger Schloss gelegene Sinclair-Haus Raum für Ausstellungen und kulturelle Veranstaltungen. Die Altana-Kulturstiftung führt das kulturelle Engagement seit 2007 fort; jedes Jahr werden vier bis fünf Ausstellungen nationaler und internationaler Künstler des 20. Jahrhundert in dem spätbarocken Bürgerhaus gezeigt. Das Gebäude kann auf eine illustre Geschichte zurückblicken: Im Jahr 1708 wurde es für den Hessen-Homburgischen Regierungsrat, Geschichtsforscher und Entdecker des Römerkastells Saalburg Elias Neuhof als Wohnhaus erbaut. Im Laufe der Zeit befand es sich im Besitz so namhafter Persönlichkeiten wie Kasimir Wilhelm von Hessen-Homburg und Freiherr Creuz von Wurtz. Der spätere Homburger Diplomat und Freund des Dichters Friedrich Hölderlin, Isaac von Sinclair (1775-1815), kam 1775 in dem Haus zur Welt. Links neben der Eingangstür zeugt noch heute eine Tafel von dem bedeutenden Bewohner.

1978 erwarb die Altana AG das vom Abriss bedrohte Gebäude und restaurierte es. 1982 öffnete das Sinclair-Haus seine Räume für Ausstellungen nationaler und internationaler Kunst des 20. und 21. Jahrhunderts. Nach einer weiteren grundlegenden Sanierung wurde das Ausstellungshaus wiedereröffnet. Die Altana Kunstsammlung umfasst 600 Arbeiten von bedeutenden internationalen Künstlern. Führungen, Lesungen, Konzerte und Vorträge ergänzen die Ausstellungen; außerdem bietet das Sinclair-Haus ein Bildungsprogramm für Kinder und Erwachsene an. Die Herbert Quandt-Stiftung lädt jedes Jahr internationale Persönlichkeiten aus Kultur, Wissenschaft, Politik und Wirtschaft zu den Sinclair-Haus-Gesprächen ein.

Sinclair-Haus, Löwengasse 15 – Ecke Dorotheenstraße, 61348 Bad Homburg v.d.Höhe, Telefon 06172 404-128
Öffnungszeiten: Dienstag 14 – 20 Uhr, Mittwoch – Freitag 14 – 19 Uhr, Samstag, Sonntag und an Feiertagen 10 – 18 Uhr, am 25., 26.12. und am 1. Januar 12 – 18 Uhr, Montags sowie am 24. und 31. Dezember geschlossen.

Katja Möhrle

Der neue Alarmismus

Die nahezu omnipräsente Verfügbarkeit über die Medien, wie die gedruckte Presse, das Fernsehen, das Radio oder, und dies insbesondere, das Internet, haben nicht nur das Gesicht der Welt verändert. Sie veränderte auch die Verfügbarkeit über die neuesten Ereignisse, nicht zuletzt die Begrifflichkeit von Zentrum und Periphe-

rie, und dies nicht nur in Deutschland. Für unsere Vorfahren, die im Rheingau, in der Rhön, im Vogelsberg oder in der Wetterau wohnten, war eine Reise zu den Zentren, zum Beispiel nach Frankfurt, ein Unternehmen, welches man im Leben nur wenige Male unternehmen konnte. Die Reise dauerte lange, man begegnete Fremden.

Die Menschen mussten viel arbeiten, von den Neuigkeiten aus der Welt erfuhren sie mit mehrwöchiger Verspätung. Heute ist jeder Krieg, wo er auch stattfindet sofort auf unseren Bildschirmen. Wir wissen von jedem Erdbeben, von jedem Sturm, von jedem Hochwasser, jedem Massaker oder Amoklauf. Wir erleben es am Bildschirm

und von den Schlagzeilen. Die Nachrichten von den Katastrophen dieser Welt führen zu Diskussionen über Solidarität der Menschen untereinander, lösen Hilfslosigkeit aus, nicht zuletzt mobilisieren sie eine bemerkenswerte Spendenbereitschaft.

Die Boulevard-Presse sehnt sich, so scheint es, insbesondere nach schlagzeilenfähigen „Katastrophen“. Die Politik, sonstige Medien und nicht zuletzt wir Konsumenten dieser Nachrichten kommen nicht daran vorbei, diese zur Kenntnis zu nehmen. Die Halbwertszeit dieser Nachrichten ist erschreckend kurz. Wann war das letzte Erdbeben? Wo war es? Probleme mit End- oder Zwischenlagern nuklearer Brennstäbe? Flutkatastrophen? Tropische Stürme? Wo war das? Wann war das?

Diese Nachrichten zu verbreiten sorgt, die Medienmacher wissen es alle, für Auflagen, für Einschaltquoten. Daran gekoppelt sind Umsätze, Werbeeinnahmen, Arbeitsplätze. Gekoppelt daran ist aber auch, die uns Konsumenten innewohnende Haltung von den Regierenden zu verlangen, dass sie mit allem fertig werden mögen. Größen- und Allmachtsphantasien füttern Rollenerwartungen und Rollenverhalten der Beteiligten. Einige Tage nach der Katastrophe, vielleicht wenn sie nicht mehr schlagzeilenfä-

hig ist, wird sie fast wieder vergessen, gejagt von der nächsten. Was war da mit dem Feinstaub? Mit der Schweinegrippe? Menschen werden evakuiert, U-Bahn-Eingänge verrammelt. Vor kurzem folgte in den USA ein „Run“ auf Ausrüstungsläden und verschaffte den Herstellern von Gummistiefeln einen unglaublichen Boom. Politiker und Unwetterwarner alarmierten vor dem herannahenden Sturm und der befürchteten Überflutung der Stadt.

Unsere Regierenden konkurrieren bei den Alarmmeldungen um die Medienpräsenz. Die Rolle eines Katastrophenmanagers, des Warners und Retter in der Not findet Anklang.

Zuletzt gab Präsident Obama ein Beispiel hierfür: Bei dem Sturm Irene appellierte er an den Durchhaltewillen des Volkes. Dieser Sturm werde der „Ernstfall“, ein historischer Hurricane sei zu erwarten. Natürlich wusste Obama, nicht nur dass das gut ankommt, er wusste auch, dass die vermutete Inkompetenz der Bush-Regierung nicht von der Bevölkerung anerkannt wurde. Die Warnung vor dem herannahenden Sturm führten zu Produktionsausfällen und zu Kosten in geschätzter Höhe von zirka 30 Milliarden US-Dollar.

Der schlimmst anzunehmende Zustand

wird zur Richtschnur des politischen Handelns. Erinnert sei an das Hochwasser der Oder zu einem Zeitpunkt als Bundestagswahlkampf herrschte.

In einer kleinen hessischen Stadt, an einem Seitenfluss des Mains, wurde von den Behörden ein Hochwasserdamm für ein, statistisch zu berechnendes, 200-jähriges Hochwasser erstellt. Es wurde eine hohe Betonmauer, die natürlich begeh- und befahrbar sein muss und ein Damm errichtet, der meterhohen Fluten Stand halten würde. Die Einwohner rieben sich verwundert die Augen und machen sich Gedanken über die sinnvolle Verwendung von Steuergeldern.

Es findet eine Entwicklung statt, mit einer eigenen Dynamik. Je mehr Sicherheit und Berechenbarkeit eine Gesellschaft genießt und erwartet, desto stärker wird das Bedürfnis nach noch mehr Sicherheit und Berechenbarkeit. Politik und Wissenschaft überbieten sich in Spekulationen und Berechnungen, wie sich Klima und Bevölkerung in den nächsten Jahren entwickeln könnten. Für jede denkbare Katastrophe soll ein Bewältigungsszenario entwickelt werden.

Dass die Politik uns dabei ihre Handlungsfähigkeit und Kompetenz demonstriert, führt nicht nur zu der Illusion der Lösbarkeit und Machbarkeit von jedem denkbaren Problem. Es führt auch zu einer Verschiebung der Aufmerksamkeit und der Medienpräsenz, nicht zuletzt zu einer Förderung von Populismus.

Augenmaß zwischen sinnvollem, verantwortlichem Handeln und, vielleicht unsinniger Förderung von Allmachtsphantasien, zwischen sinnvoller Prävention und Vorbereitung und übertriebener Ängstlichkeit, muss noch gefunden werden. Wir müssen alle noch lernen mit Nachrichten, Medien und Katastrophen sinnvollen Umgang zu entwickeln.

Dr. med. Siegmund Drexler

Sicherer Verordnen

Dronedaron – Sicherheitsbedenken

Seit der Cast-Studie 1991, bei der u.a. unter der Gabe von Flecainid (Tambocor®, Generika) mehr Todesfälle beobachtet wurden als unter Placebo, werden Indikationen für Antiarrhythmika enger gestellt und neue Arzneistoffe strenger überwacht. Vor und während der Einnahme von Dronedaron (Multaq®), einem Antiarrhythmikum der Klasse III, war wegen Leberschäden bereits im Januar dieses Jahres dringend empfohlen worden, Leberfunktionstests durchzuführen. Nun wurde eine Studie bei Patienten mit permanentem Vorhofflimmern vorzeitig gestoppt, da schwere kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. kardiovaskulärer Tod, Schlaganfall) unter Verumtherapie häufiger auftraten. Die europäische Arzneimittelbehörde EMA prüft derzeit, ob sich daraus auch Änderungen für die zugelassene Indikation „nicht-permanentes Vorhofflimmern“ ergeben.

Abgesehen von einer strikten Beachtung der Gegenanzeigen und Warnhinweise für Dronedaron kann erwogen werden, das erheblich wirksamere Amiodaron (Cordarex®, Generika) in niedriger Dosierung zu verordnen (die UAW von Amiodaron sind dosisabhängig), nach Aussage eines erfahrenen Kardiologen auch als Akuttherapie bei Auftreten der Beschwerden möglich. *Quellen: AkdÄ, Drug Safety Mail 2011-159, www.hc-sc.gc.ca, www.FDA.gov/Safety/MedWatch*

Pioglitazon – Blasenkrebsrisiko

Im Gegensatz zur EMA ist unsere Arzneimittelbehörde BfArM der Auffassung, dass derzeit generell keine neuen Patienten auf das Thiazolidindion Pioglitazon (Actos®, Kombination mit Metformin: Competact® und mit Glimepirid: Tandemact®) eingestellt werden sollten, auch wenn die unter der Einnahme von Rosiglitazon (inzwischen aus dem Handel) beobachteten schweren kardiovaskulären UAW unter Pioglitazon nicht beobachtet wurden. Grund für diese strengere Einschätzung des BfArM ist das Auftreten von Blasenkarzinomen unter der Therapie mit Pioglitazon (in kontrollierten Studien 0,15 % gegen 0,07 % in den Kontrollgruppen). Laut EMA würden erweiter-

te Kontraindikationen (Blasenkarzinom in der Vorgeschichte oder aktiv, nicht abgeklärte Hämaturie) oder sorgfältiges Abwägen bei älteren Patienten ausreichen. Dazu ein englischer Kommentar zur „Rosiglitazon-Saga“: „Ist die Korruption im Gesundheitswesen schon so weit fortgeschritten, dass es übertrieben, ja naiv erscheint, von Arzneimittelherstellern verantwortliches Handeln, von Überwachungsbehörden Erleuchtung, von verschreibenden Ärzten Nachdenklichkeit zu erwarten?“ Zumindest im Rahmen der GKV ist Pioglitazon seit 2010 nicht mehr verordnungsfähig. *Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2011-164, Brit.Med.J. 2011; 342: 666, BfArM Risikoinformation vom 22.7.2011, www.hc-sc.gc.ca*

Isotretinoin – Suizidversuche

Ob Isotretinoin (viele Generika) bei Patienten mit schwerer Akne die Gedanken an Suizid verstärkt – darüber gibt es unterschiedliche Studienergebnisse. In einer neuen Studie wurde zwar ein erhöhtes Risiko während der Therapie und sechs Monate nach deren Ende gefunden, jedoch war das Risiko auch schon drei Jahre vor Beginn der Therapie leicht erhöht. Nachdem sich die Akne zu Beginn einer Behandlung verschlechtern oder die Therapie erfolglos sein kann, ergibt sich daraus eine erhöhte Motivation für Suizidgedanken. Nach einem Editorial sollten Patienten mit einer schweren Akne generell sorgfältig überwacht werden – von einem psychologisch geschulten Hausarzt, vom Hautarzt und nicht zuletzt von der Familie. *Quelle: Brit med. J, 2010; 341: 1060-1 und 1090*

Azathioprin – lebensbedrohliche Myelotoxizität

Ein 24-jähriger Mann mit atopischem Ekzem erhielt nach erfolgloser Glukokortikoidtherapie 75 mg/d Azathioprin. Erst nachträglich stellte sich heraus, dass bereits in den ersten zwei Wochen die weißen Blutkörperchen im Serum um mehr als 50 % abfielen. In der fünften Woche wurde er mit Sepsis in eine Intensivstation aufgenommen. Trotz regulärer Aktivität der Thiopurinmethyltransferase scheint eine engmaschige wöchentliche Überwachung des Blutbildes bei allen Patienten erfor-

derlich (hier zum Teil selbstverschuldetes Versäumnis der Kontrolluntersuchungen). *Quelle: Brit. Med. J. 2011; 342: 762-4*

Bevacizumab – unzulässiger Off-Label-Use?

Bezüglich der Indikation Brustkrebs sind sich USA und Europa in der Bewertung von Bevacizumab (Avastin®) derzeit uneinig (ausschlaggebend für ein negatives Votum in den USA: wegen schwerer UAW keine Verlängerung des Gesamtüberlebens, der EU genügt nur ein verlängertes progressionsfreies Überleben).

Zur Therapie der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) scheint es jedoch Übereinstimmung zu geben. In einer amerikanischen Studie wurde nachgewiesen, dass Bevacizumab bei monatlicher Gabe dem in dieser Indikation offiziell zugelassenen Ranibizumab (Lucentis®) nicht unterlegen ist. Alle drei großen deutschen augenärztlichen Fachgesellschaften stimmen dem Einsatz von Bevacizumab in dieser Indikation zu.

Bleibt die Frage nach einem unzulässigen Off-Label-Use. Sorgfältige Aufklärung und Zustimmung der Patienten vorausgesetzt, scheint die positive Studie (und die praktischen Erfahrungen mit diesem Angiogenesehemmer) dafür zu sprechen, dass Bevacizumab inzwischen zum ärztlichen Standard gehört und als Rezepturarzneimittel anzusehen ist – auch wenn Bundesgesundheitsministerium und der G-BA noch keine Stellung genommen haben.

In Anbetracht der circa 20-fach höheren Kosten von Ranibizumab sollten Ärzte gegen die Preisgestaltung einiger pharmazeutischen Unternehmen ein Zeichen setzen. Denn mit einem Zulassungsantrag von Bevacizumab für AMD ist angesichts der Verknüpfung beider Hersteller nicht zu rechnen. *Quellen: AVP 2011; 38: 79, Brit med J 2011; 340: 1370 und 1398*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 9/2011

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

BSG untersagt externe Kooperationen bei ambulanten Operationen

**Ambulante Operationen im Krankenhaus nur durch Krankenhausärzte oder Belegärzte
Auswirkungen der Entscheidung auf stationäre Kooperationen unklar**

Albrecht Wienke

Mit deutlichen Worten hat das Bundessozialgericht (BSG) Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten als externe Honorarärzte bei ambulanten Operationen für unzulässig erklärt. Aus den rechtlichen Grundlagen in § 115 b SGB V und dem AOP-Vertrag ergebe sich ganz eindeutig, dass ambulante Operationen im Krankenhaus nur von am Krankenhaus angestellten oder von Belegärzten durchgeführt werden dürften. Demgegenüber sei weder dem Gesetz noch dem dreiseitigen Vertrag zum ambulanten Operieren zu entnehmen, dass ambulante Operationen im Krankenhaus auch durch niedergelassene Ärzte erbracht werden könnten, die nicht am Krankenhaus angestellt seien oder nicht über eine belegärztliche Zulassung verfügten. Damit sind alle zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Ärzten abgeschlossenen Kooperationsverträge, welche die strengen Anforderungen der jetzt veröffentlichten Entscheidungsgründe des BSG nicht berücksichtigen, unzulässig. Vertragsanpassungen sind daher dringend geboten.

Angesichts der anhaltenden schlechten Honorarsituation für die niedergelassenen Ärzte hatten sich die Diskussionen um mögliche Kooperationen mit stationären Versorgungseinrichtungen in jüngster Zeit erheblich ausgeweitet. Auch die Krankenhäuser vermehren mehr und mehr den Bedarf, mit niedergelassenen Ärzten engere Kooperationen einzugehen, um Personalengpässe zu überbrücken oder eine optimale Versorgung der zuvor stationär behandelten Patienten im Rahmen der am-

bulanten Nachsorge zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat mit verschiedenen Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes auf diese Entwicklungen reagiert. Diese gesetzlichen Kooperationsmöglichkeiten sind aber längst nicht ausreichend, um die Erfordernisse der Praxis in einer rechtlich einwandfreien Weise zu gewährleisten. Die Rechtsprechung hat zu bestehenden Kooperationen bisher mit ganz unterschiedlichen Ergebnissen Stellung genommen. Das BSG hat nun für den Bereich der ambulanten Operationen ein Machtwort gesprochen:

In seiner Entscheidung hat das BSG unter Auseinandersetzung mit allen in diesem Zusammenhang bisher vertretenen Rechtsauffassungen klipp und klar aufgezeigt, dass die Hinzuziehung niedergelassener Chirurgen bei der Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus unzulässig ist. Der maßgebliche Vertrag zum ambulanten Operieren sehe nämlich vor, dass solche ambulanten Operationen ausschließlich durch beim Krankenhaus angestellte Ärzte bzw. Belegärzte des Krankenhauses erbracht werden dürften. Die Durchführung solcher Leistungen durch externe, niedergelassene Vertragsärzte als Honorarärzte sei unzulässig. Dies gelte im Übrigen auch bei Anwendung der aktuellen Fassung des AOP-Vertrages.

Mit dieser Entscheidung ist die Honorararztstätigkeit niedergelassener Ärzte für Krankenhäuser im Rahmen ambulanter Operationen nach geltender Rechtslage nicht mehr möglich. Es verbleibt allein die rechtlich zulässige Gestaltungsform, dass sich niedergelassene Ärzte in Teilzeit mit

maximal 13 Stunden pro Woche bei Vollzulassung (26 Stunden pro Woche bei halbtägigem Versorgungsauftrag) beim jeweiligen Krankenhausträger anstellen lassen, um als angestellte Ärzte des jeweiligen Krankenhauses Krankenhausleistungen, also auch ambulante Operationen, durchzuführen. Als einzige Alternative steht daneben die Durchführung ambulanter Operationen als Belegarzt des Krankenhauses zur Verfügung.

Kooperationsverträge, welche die Anforderungen des BSG nicht erfüllen, sollten daher unverzüglich umgestaltet werden. Insbesondere bietet es sich an, mit den niedergelassenen Ärzten als Kooperationspartnern Teilzeit-Anstellungsverträge abzuschließen.

Nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob von niedergelassenen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten **stationäre** Leistungen im Krankenhaus in Form von Honorararztmodellen durchgeführt werden dürfen. Auch hier sieht der Gesetzgeber an sich nur die Möglichkeit vor, solche Leistungen durch externe Ärzte als belegärztliche Leistungen durchzuführen oder stationäre Leistungen von niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Teilzeitanstellung nach § 20 Abs. 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung erbringen zu lassen.

In seinem Urteil vom 23. März 2011 musste sich das BSG mit dieser Frage nicht befassen. Aus den Entscheidungsgründen lässt sich jedoch die Tendenz ableiten,

dass das BSG auch bei der Erbringung stationärer Leistungen durch niedergelassene Ärzte einen ähnlich strengen Maßstab anlegen würde. Der Umstand nämlich – so das BSG ausdrücklich –, dass die Leistungserbringung des Krankenhauses grundsätzlich durch dessen eigenes Personal erfolgen solle, entspreche dem Ziel der Qualitätssicherung; denn bei eigenem Personal, das in die Organisations- und Weisungsstruktur des Krankenhauses eingebunden sei, könne am ehesten davon ausgegangen werden, dass dieses nach dem Maßstab höchstmöglicher Qualifikation ausgewählt, angeleitet und überwacht werde. Auch der Gesichtspunkt der Transparenz der Leistungserbringung aus der

Perspektive des Patienten spreche für diese Sicht. Entscheide sich der Patient dafür, eine ambulante Operation im Krankenhaus und nicht in einer ambulanten Vertragsarztpraxis durchführen zu lassen, so dürfe er typischerweise die Erwartung haben, von einem Arzt des Krankenhauses operiert zu werden, der dort fest angestellt und an der stationären Versorgung beteiligt sei. Schließlich entspreche es auch dem gesetzlichen Regelfall, dass Krankenhausträger mit eigenem Personal arbeiteten. § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V erwarte von zugelassenen Krankenhäusern, dass sie „jederzeit verfügbares“ Personal vorhielten; hierzu seien niedergelassene Vertragsärzte, die nicht beim Kranken-

haus angestellt seien, nicht zu zählen. Auch im Falle stationärer Kooperationen ist es daher ratsam, Teilzeit-Anstellungsverträge mit niedergelassenen Ärzten abzuschließen.

(Bundessozialgericht, Urteil vom 23. März 2011 – B 6 KA 11/10 R –)

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke

Fachanwalt für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln

Sachsenring 6, 50677 Köln

Tel.: 0221 3765-310

Fax: 0221 3765-312

E-Mail: Awienke@Kanzlei-WBK.de

Triebe – Freiheit – Schicksal? Licht und Schatten der Sexualität

JAHRESTAGUNG FÜR SEXUALMEDIZIN

der ASM und DGSMT

Goethe Universität Frankfurt – Campus Westend

4. – 6. November 2011

Das Motto dieser Tagung geht der Frage nach, welche Freiheitsgrade wir in unserer Sexualität haben, wie wir diese nutzen und wodurch sie eingeschränkt oder verzerrt werden. Gibt es ein „Triebchicksal“, wodurch wird es determiniert, wie und wo schlägt es sich nieder und welche Veränderungsmöglichkeiten gibt es. Neben diesem Schwerpunkt wird es in Sitzungen zur weiblichen und männlichen Sexualität sowie zu den Wirkfaktoren von Psychotherapie und Sexualtherapie um wichtige klinische Fragen gehen. Bei der die Öffentlichkeit zu Recht stark bewegenden Problematik sexueller Übergriffe ist die Kompetenz der Sexualmedizin ganz besonders gefragt. Dieses Thema wird deshalb im Rahmen der Tagung Gegenstand zweier Plenarveranstaltungen sein.

Darüber hinaus werden aktuelle Ergebnisse aus der Forschung präsentiert und in zwölf praxisbezogenen Workshops verschiedene Themen ausführlich erörtert und diskutiert werden, darunter:

- Geschlechtsidentitätsstörungen
- Sexualität und Krebs, Belastung oder Chance?

- Weiblich-sinnlich-lustvoll?
Gesprächsführung bei weiblichen Sexualproblemen
- Ressourcenaktivierung in der Sexualtherapie und Sexualberatung
- Sexualität – ein ganz normales Thema im Arbeitsalltag
- besondere Aspekte in der Sexualtherapie für Schwule und Lesben
- Sexualstörungen bei sexuell traumatisierten Paaren/Partnern
- Themenzentrierte Balintarbeit
u.v.m.

Ein besonderes Highlight markiert der Festvortrag von Professor Dirk Schultheiss, Gießen „Pablo Picasso und Ernst-Ludwig Kirchner – Hypersexualität und Pädophilie?“, der sich mit sexuellen Aspekten und Bezügen in Leben und Werk dieser großen Künstler beschäftigen wird.

Das ausführliche aktuelle Programm inklusive Workshopnummern finden Sie im Internet unter www.sexualmedizin-kongress.de

H.J. Berberich, Mitglied des Programmkomitees

Die Krawatte sagt alles *Klaus Britting*

Stellen Sie sich vor, Sie sollen heute zu einem wichtigen Meeting auf hoher Ebene. Menschen, die Ihnen bisher persönlich nicht bekannt waren, werden Ihnen gegenüber sitzen, und Sie wollen und müssen eine gute Figur machen. Als Mann stehen Sie am Morgen vor der existenziellen Frage: „Welche Krawatte?“ Ein falscher Griff in den Schrank und alles Wissen und Lächeln hilft Ihnen nicht mehr. Natürlich können Sie Ihre Gesprächspartner raffiniert täuschen. Sie erscheinen als Wolf im Schafspelz, also im langweiligen grauen Anzug mit unifarbigen Binder. Dann glaubt jeder: von diesem Typ geht keine Gefahr aus. Doch dann greifen Sie an und überfahren die Teilnehmer mit Ihren tollen Ideen. Ob das aber gut geht? Nein, ein Hasardeur sind Sie nicht, Sie schätzen eine präzise Planung.

Intensiv betrachten Sie also Ihren Krawattenbestand mit den vielen Gestreiften und fragen sich, warum bei Ihnen die Streifen nur von links unten nach rechts oben laufen. Richtig: Aufwärtsstreifen zeigen Optimismus und Dynamik. Das passt zu Ihnen! Nun an die Auswahl:

Die türkisfarbige Krawatte mit den Pinkherzen haben Sie wohl im Karneval umgehängt bekommen. Und die anthrazitfarbige mit den großen lila Quadraten trägt vielleicht ein Verkäufer von Betonmischmaschinen, aber nicht Sie – weg in den Müll!

Gerade heute sollten Sie Seriosität und Dynamik zugleich ausstrahlen, damit jeder weiß: was dieser Mann sagt, führt er auch durch. Wie wäre es mit der Krawatte in Moosgrün und den feinen gelben Pfeilen, die natürlich nach oben zeigen? Zu aggressiv wegen der Pfeile? Na gut, dann nehmen Sie doch den dunkelbraunen Binder mit dem orientalischen Paisley-Muster. Ach so, Sie haben Angst, man hält Sie für einen Romantiker und glaubt, dass Sie tagsüber von Tausend und einer Nacht träumen? Dann tragen Sie doch zum dunkelblauen Anzug die Krawatte mit dem roten Untergrund und den springenden blauen Pferden. Sie signalisiert jedem auf Anhieb, dass die Ungebundenheit und Dynamik frei lebender Wildpferde Ihrem wahren Charakter entspricht. Das offenbart sofort jedem Ihre Kreativität und macht Sie interessant, besonders bei den Damen, die wohl auch dabei sein werden.

Es ist so weit, locker entspannt betreten Sie das Sitzungszimmer. Ein Teilnehmer steht schon gelangweilt herum, die Krawatte blauweiß gestreift, recht konservativ. Dann folgen zwei Herren in rotgrünen und rotblauweißen Streifen. Die werden auch nichts Aufregendes zu bieten haben, das ist Ihnen schnell klar. Dann aber ein älterer Herr, dessen grellgrüner Binder mit den drei übergroßen roten Punkten verblüfft. Ein Rotgrüner, der das auch noch so offen zugibt. Vorsicht ist ange-

bracht! Und lassen Sie sich auf keine politische Diskussion ein.

Ein weiterer Teilnehmer erscheint. Sie werden unruhig, denn auf seiner Krawatte erkennen Sie auf rotem Untergrund Muster, die wie Tiere aussehen. Es werden doch hoffentlich keine Pferde sein! Sie treten näher und beäugen das Tuch. Glücklicherweise sind es verschieden große fliegende Vögel. Wahrscheinlich ein Luftikus, der alles nicht so genau nimmt. Oder ein Visionär mit Zukunftsblick? Es gilt also aufzupassen. Den dann folgenden Herrn können Sie gleich vergessen. Zum mittelgrauen ungemusterten Anzug eine unifarbige braune Krawatte! Grässlich, der wartet vermutlich nur noch auf den Rentenbeginn. Damen sind nicht zu sehen. Man begrüßt sich unverbindlich, sagt einige nichtssagende Sätze nach links und rechts und setzt sich dann.

Da betritt mit raschem Schritt ein Herr mit Assistentin den Raum, offensichtlich der Sitzungsleiter. Er trägt ein Sportsacco – mit offenem Hemdkragen. Oh Schreck! Jetzt müssen Sie blitzschnell entscheiden, ob Sie sich kurz umdrehen, sich möglichst unauffällig den Schlips vom Hals reißen oder ganz ruhig sitzen bleiben. Sie wissen doch: „Die Krawatte sagt alles!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting, Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Nachruf

Professor Dr. Hans Herbert Zippel verstorben

Das Klinikum Hanau trauert um Professor Dr. med. Hans Herbert Zippel, ehemaliger Direktor der Frauenklinik. Er verstarb am 14. August 2011 im Alter von 71 Jahren.

Professor Zippel wurde am 6. Juli 1940 in Kolberg/Pommern geboren. Nach Studienaufenthalt an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Lübeck und Hamburg schloss er 1968 sein Studium mit dem Staatsexamen für Medizin ab. 1975 wurde er nach Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe Oberarzt an der Kölner Universitäts-Frauenklinik. 1984 wechselte er als Leitender Oberarzt an das Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Philipps-Universität Marburg, einer Klinik mit über 5.000 operativen Eingriffen und 1.400 Geburten im Jahr. Hier konnte Professor Zippel seine Expertise im Bereich der großen Karzinomchirurgie weiter ausbauen. 1977 habilitierte er an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln und 1982 wurde er zum Professor ernannt. Wissenschaftlich widmete er sich den Krebserkrankungen der Frau und forschte intensiv im Bereich Brustkrebs.

1988 wurde er Direktor der Frauenklinik am Klinikum Hanau und führte das erfolgreiche Wirken seines Vorgängers Profes-

sor Dr. G. Oehlert fort. Er entwickelte die Frauenklinik entsprechend der medizinischen und organisatorischen Anforderungen der Zeit weiter. So ermöglichte er Geburtsvorbereitungskurse in der Klinik und unterstützte die Einrichtung einer Elternschule. Ab 1999 war die Elternschule sogar in eigenen Räumlichkeiten in Bau C mit einem reichhaltigen Angebot an Kursen für Schwangere und junge Familien aktiv.

Medizinisch wie wissenschaftlich entwickelte er die Frauenklinik erfolgreich weiter. Früh beschäftigte man sich hier mit der laparoskopischen Chirurgie und etablierte eine (insbesondere Onko-)Plastische Chirurgie an der Frauenklinik. Gemeinsam mit den Kollegen der Nuklearmedizin am Klinikum Hanau arbeitete man intensiv an der damals zu etablierenden und evaluierenden Operationsmethode der Wächterlymphknotenchirurgie beim Mammakarzinom. Entsprechende Workshops fanden damals noch unter strengsten Sicherheitsauflagen statt. Als zweite Klinik bundesweit führte man in Hanau bereits 1998 diese für Patientinnen segensreiche weil schonende Methode in die klinische Routine ein. Sein damaliger Oberarzt, Professor Dr. Thorsten Kühn, ist bis heute einer der führenden deutschen „Repräsentanten“ dieser Methode in Deutschland.

Mitarbeiter aus jener Zeit berichten über Professor Zippel, dass er engagierte Mitarbeiter forderte und förderte und über eine hohe Sensibilität verfügte wenn seine fachliche oder auch menschliche Zu-

wendung gegenüber Patientinnen aber auch Mitarbeitern von Nöten war. Zahlreiche Frauenärzte sind ihm für eine fundierte und breitgefächerte klinische Ausbildung dankbar.

Professor Zippel war Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften und u.a. im Vorstand der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (MGGG). Nach 1958 (Prof. Dr. Nevinny-Stickel) und 1970 (Prof. Dr. Oehlert) holte er die Jahrestagung der MGGG im Jahre 1996 wieder nach Hanau.

Der Tod von Professor Dr. Hans Herbert Zippel hat uns sehr betroffen gemacht und wir sind in Gedanken bei seiner Familie. Das Klinikum Hanau und seine Frauenklinik haben ihm viel zu verdanken, wir werden sein Andenken ehrend bewahren.

PD Dr. Thomas Müller, Dr. André Michel



Erratum

zu HÄBL 10/2011, Seite 602 „Die Bezirksärztekammer Darmstadt stellt sich vor“

Auf Seite 604 ist als Vorsitzender der Bezirksärztekammer Darmstadt von 1969-1974 Dr. med. Walter Ehlig aufgeführt, sowie im nachfolgenden Absatz als niedergelassener Allgemeinarzt in Erbach benannt. Richtig muss es heißen: Dr. med. Walter Emig, niedergelassener Urologe in Darmstadt.

Das Amt des KV-Vorsitzenden der Bezirksstelle Darmstadt wurde von Dr. Emig nicht ausgeübt.

BezÄK Darmstadt

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Klaus Hessbrüggen, Bad Wildungen, am 22. Dezember.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Hans-Georg Siedentopf, Dietzenbach, am 8. Dezember,
Professor Dr. med. Horst Peter Lange, Neu-Isenburg, am 15. Dezember.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Wilhelm Joachim Hausen, Wiesbaden, am 12. Dezember,
Dr. med. Karl Heinrich Schmidt, Usingen, am 15. Dezember.

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

Lösung Medizinisches Zahlenrätsel

aus 10/2011, Seite 617

EMBOLISATION

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Angel Angelov, Neu-Isenburg
* 30.1.1925 † 31.8.2011

Sabine Arnold, Seeheim-Jugenheim
* 16.11.1959 † 24.8.2011

Dr. med. Juliane Azzola, Trebur
* 31.1.1938 † 2.9.2011

Dr. med. Walter Brandt, Usingen
* 6.2.1930 † 18.7.2011

Dr. med. Heinz-Albert Felix, Kassel
* 22.12.1921 † 4.4.2008

Dr. med. Georg Jung, Kassel
* 26.9.1928 † 21.12.2010

Medizinaldirektorin Dr. med. Ingrid Jung, Rabenau
* 2.12.1928 † 25.4.2011

Jacob Kahn, Kassel
* 30.4.1935 † 2.9.2010

Obermedizinaldirektor i.R. Dr. med. Wilfried Kiel, Herborn
* 20.9.1916 † 29.3.2010

Dr. med. Martha Kuhaupt, Korbach
* 4.12.1931 † 13.7.2009

Dr. med. Klaus Dieter Lerch, Twistetal
* 9.1.1941 † 29.8.2011

Dr. med. Dieter Ludwig, Hofheim
* 8.2.1939 † 24.8.2011

Dr. med. Georg Lucius, Echzell
* 16.5.1925 † 8.7.2011

Dr. med. Karl Morian, Darmstadt
* 2.7.1922 † 14.7.2011

Professor Dr. med. Theodor Pfeleiderer, Darmstadt
* 10.1.1929 † 11.8.2011

Rolf Reiner Rieckhof, Neuenstein
* 25.11.1952 † 28.7.2011

Dr. med. Hans-Jochen Witkop, Braunfels
* 20.11.1923 † 12.7.2011

Professor Dr. med. Hans Herbert Zippel, Hanau
* 6.7.1940 † 14.8.2011

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Sandra Eckardt, tätig bei N. Frank, Witzenhausen

Güngör Günevi-Demir, tätig bei N. Frank, Witzenhausen

Manuela Jordan, tätig bei Dr. med. A. Chinta und Dr. med. J. Bredel, Darmstadt

Katrin Schäfer, tätig bei Dr. med. J. Fuck, Borken

Daniela Levy, tätig bei A. Spreng,
vormals Praxis Dr. med. U. McCann-Roos, Offenbach

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

Sandy Tunger, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. R. G. Klose und
Dr. med. M. Wengenroth-Zinn, vormals Praxis Dr. med. R. K. Klose,
vormals Praxis Dr. med. G. Böhler, Wiesbaden

Sabrina Söder, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. M. Gnau, Groß-Gerau

Birgit Mössinger, seit 24 Jahren tätig bei Dr. med. P. Linzbach,
Dr. med. P. Samuel-Schleussner und Dr. med. L. Linzbach,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach und Dr. med. P. Samuel-Schleussner,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach, Bad Vilbel

Nicole Kraft, seit 22 Jahren tätig bei Dr. med. P. Linzbach,
Dr. med. P. Samuel-Schleussner und Dr. med. L. Linzbach,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach und Dr. med. P. Samuel-Schleussner,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach, Bad Vilbel

Sabine Wißmer, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. P. Linzbach,
Dr. med. P. Samuel-Schleussner und Dr. med. L. Linzbach,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach und Dr. med. P. Samuel-Schleussner,
Bad Vilbel

Anke Heß, seit 17 Jahren tätig bei Dr. med. P. Linzbach,
Dr. med. P. Samuel-Schleussner und Dr. med. L. Linzbach,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach und Dr. med. P. Samuel-Schleussner,
Bad Vilbel

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

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

Sieglinde Rode, tätig bei Dr. med. Ursula Ducocq, Langenselbold

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

Wir gratulieren der Helferin zum **25-jährigen Berufsjubiläum**

Elfriede Dehler, tätig bei Dr. med. P. Linzbach,
Dr. med. P. Samuel-Schleussner und Dr. med. L. Linzbach,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach und Dr. med. P. Samuel-Schleussner,
vormals Praxis Dr. med. P. Linzbach, Bad Vilbel

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 (ohne weitere Angaben) für You-Jung Bak, Frankfurt,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Dr. med. Ömür Baskaya, Mainz,

Arztausweis Nr. 060018411, ausgestellt am 24.9.2010
für Dr. med. Katrin Maleen Birck, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M78/2001, ausgestellt am 13.6.2001
für Anja Brandauer, Frankfurt,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Dirk Brandauer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/D/4748, ausgestellt am 11.1.2006
für Dr. med. Karsten Busse, Seeheim-Jugenheim,

Arztausweis Nr. HS/F/13213, ausgestellt am 20.12.2005
für Sven Daum, Königstein,

Arztausweis Nr. HS/F/11281, ausgestellt am 14.3.2003
für Dr. med. Heike Dorschner, Frankfurt,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Dominik Dunsch, Frankfurt,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Dr. med. Gabriela Förster, Naumburg-Altenstadt,

Arztausweis Nr. 060020738, ausgestellt am 29.4.2011
für Natalie Hackert-Lust, Essenheim,

Arztausweis Nr. 06001941, ausgestellt am 6.1.2011
für Doctor-Medic Olga Roxana Isac, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/15323, ausgestellt am 16.9.2008
für Dr. med. Rosemarie Kopp, Kelkheim,

Arztausweis Nr. HS/K/9429, ausgestellt am 14.9.2006
für Tina Liebau, Bad Hersfeld,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Dr. med. Christian Medlin, Bad Salzschlirf,

Arztausweis Nr. HS/K/10022, ausgestellt am 8.8.2008
für Dr. med. Siamak Sadeghi Naini, Bad Hersfeld,

Arztausweis Nr. HS/W/438/2005, ausgestellt am 23.11.2005
für Van Phuc Nguyen, Elz,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Tip Dr./Dokuz Eylül Univ. Uysal Önen, Hofheim a.Ts.,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Dr. med. Johannes Peil, Bad Nauheim,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Dr. med. Reimund Prokein, Reichelsheim,

Arztausweis Nr. HS/W/139, ausgestellt am 30.9.2003
für Dr. med. Petra Proschek, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060017611, ausgestellt am 22.7.2010
für Dr. med. Marcus Schmidt, Bad Homburg,

Arztausweis Nr. HS/D/5067, ausgestellt am 6.3.2007
für Dr. med. Wolfgang Schmidt, Reinheim,

Arztausweis Nr. HS/F/14035, ausgestellt am 9.2.2007
für Dr. med. Ulrich Suchner, Erding,

Arztausweis Nr. 060010203, ausgestellt am 3.12.2008
für Namik-Ziya Tekin, Maintal,

Arztausweis Nr. 060019834, ausgestellt am 31.1.2011
für Dr. med. Kathrin Tepper-Wessels, Göttingen,

Arztausweis Nr. 060015053, ausgestellt am 21.12.2009
für Ludwig Textor, Kassel,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Tomasz Tkacz, Maintal,

Arztausweis Nr. HS/D/5269, ausgestellt am 29.1.2008
für Diana Wabbels, Mainz.

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 7. März 2012

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 7. März 2012 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

23. November und 30. November 2011

unter Einreichung des für die Anmeldung erforderlichen Anmeldeformulars bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Es wird gebeten, das Anmeldeformular **rechtzeitig** und **vollständig** ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2012 nicht garantiert werden kann.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der **ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes** spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.



Gruppe Marburg

Mobbing am Arbeitsplatz

Erkennen – Intervenieren – Vorbeugen

Ganztagesseminar für Ärztinnen und Medizinstudentinnen

mit Frau Dorit Tucher,

Mediatorin und Kommunikationstrainerin, Marburg

am Samstag 5. November 2011, 9-13 Uhr und 14-max.16 Uhr
Fortbildungsräume BIKE, Personalwohnheim III, 6. Etage
Deutschhausstraße 17, 35037 Marburg

Verbindliche Anmeldung erbeten bis 1. November 2011 und
weitere Informationen bei

Dr. Christina Westhoff

Rotenberg 26, 35037 Marburg

Tel. 06421 308252

Einladung zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 14. Legislaturperiode 2008 – 2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008 – 2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 26. November 2011, 10:00 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 8. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 28. September 2011**
4. **Bericht des Präsidenten**
5. **Versorgungswerk**
 - a) Jahresabschluss 2010
 - Bericht der Vorsitzenden des Vorstandes über das Geschäftsjahr 2010
 - Bericht über die Jahresabschlussprüfung
 - Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes
 - Entlastung des Vorstandes
 - b) Erhöhung der Renten zum 1. Januar 2012, Erhöhung der Rentenanwartschaften
 - c) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2011
 - d) Änderung von Satzung und Versorgungsordnung
6. **Haushaltsvoranschlag**
 - a) Haushaltsvoranschlag 2012
 - b) Hilfsfonds-Richtsätze 2012
7. **Ausschuss zur „Überarbeitung der Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen der Landesärztekammer Hessen“**
8. **Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**
 - a) Bericht des Vorsitzenden der Akademie
 - b) Nachwahl des Akademievorstandes
9. **Änderung der Beitragsordnung**
10. **Änderung der Kostensatzung**
11. **Änderung der Weiterbildungsordnung**
12. **Wahl der Delegierten zum 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg**
13. **Ausbildungswesen Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte**
 - Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 24 Abs. 2 RÖV“
14. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 5. Oktober 2011

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

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

Mediziner-Ball

Kongresshalle Gießen

Sa. 26.11. 2011

Beginn: 20 Uhr
Einlass: 19 Uhr
Einlass nur in Abendgarderobe

Live für euch:
Stan Glogow Band
Liebe - Crew
Herr Flescher und sei Mudder

VVK: Lehmanns FB und Deutsche Ärzte Finanz
Karten für Studenten nur bei Vorlage einer Studienbescheinigung der FB Human-, Zahn- oder Veterinärmedizin

Kartenpreis: 12,50 € Studenten
20 € Ärzte

Eine Veranstaltung der
Förderer der Human-, Zahn- und Veterinärmediziner
an der Justus-Liebig-Universität Gießen e.V.
Ballordnung: www.mzv-giessen.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 Praxismachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Anästhesistin/Anästhesist (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	---

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Dieburg	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------	---

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Neckarsteinach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Wald-Michelbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Heppenheim	Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------------------	---

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rodgau	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
--------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main-Alt-Bornheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Höchst	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt am Main-Innenstadt	Hautärztin/Hautarzt (Häufiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde (Häufiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Nordend	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Häufiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häufiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt am Main-Bornheim	Radiologin/Radiologe (Häufiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Sulzbach	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häufiger Versorgungsauftrag)
Liederbach	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Eppstein	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Oberursel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Homburg	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Häufiger Versorgungsauftrag)
Kronberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Häufiger Versorgungsauftrag)
Friedrichsdorf	Chirurgin/Chirurg Unfallchirurgin/Unfallchirurg (Häufiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

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

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach	Chirurgin/Chirurg
-----------	-------------------

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Neu-Isenburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häufiger Versorgungsauftrag)

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 Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Wetzlar	Hautärztin/Hautarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Weimar/Lahn	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häufiger Versorgungsauftrag)
-------------	---

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Kirchhain Internistin/Internist – fachärztlich –
(Hälftiger Versorgungsauftrag,
Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Frankenberg Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Frankenberg 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 Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Augenärztin/Augenarzt
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Kassel Neurologin und Psychiaterin/
Neurologe und Psychiater
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Kassel Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassel Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassel Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

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

Bad Wildungen Urologin/Urologe
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Witzenhausen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –

Eschwege Augenärztin/Augenarzt
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Rheingau-Taunus-Kreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden 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 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.

Deutscher Schmerzpreis 2012 ausgeschrieben

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., Trägerin des Deutschen Schmerzpreises, verleiht seit 1986 in regelmäßiger Folge zusammen mit der Deutschen Schmerzliga e.V. jährlich den DEUTSCHEN SCHMERZPREIS – Deutscher Förderpreis für Schmerzforschung und Schmerztherapie. Mit ihm werden Persönlichkeiten ausgezeichnet, die sich durch wissenschaftliche Arbeiten über Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände verdient gemacht oder die durch ihre Arbeit oder ihr öffentliches Wirken entscheidend zum Verständnis des Problemkreises Schmerz und den davon betroffenen Patienten beigetragen haben.

Verliehen wird der Deutsche Schmerzpreis im Rahmen des Deutschen Schmerz- und Palliativtages 2011 in Frankfurt/Main. Er wird von der Firma Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH u. Co. KG, Limburg, gestiftet und ist mit Euro 10.000 dotiert.

Nominierungen und Bewerbungen müssen bis spätestens 30. November 2011 bei der Geschäftsstelle eingereicht werden. Die Wahl erfolgt durch eine unabhängige Jury und den wissenschaftlichen Beirat.

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., Adenauerallee 18, 61440 Oberursel.