

9•11

10. September · 65. Jahrgang

# Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

**Gesundheitspolitik | 18**

*Versorgungsstrukturgesetz*  
Untote und  
andere Monster

**Forum Medizin | 28**

*Der besondere Fall*  
Ein gefesselter Darm

**Forum Medizin | 36**

*Arbeiten im Ausland*  
Ärzteparadies Frankreich



**Das Thema | 12**

*Ein anderer Blick auf die Ess-Sucht*

## *Adipositas,* eine Verhaltenssucht?

Dr. Bert Kellermann meint, nicht Substanzen,  
sondern Emotionen machen süchtig.



# Hanseatische Klinikkonferenzen

## Nr. 15: Psychosomatik

**Samstag, 29. Oktober 2011, 9:00–14:15 Uhr**

**Burnout – Modediagnose oder stille Epidemie?**

- ▶ Dr. Hans-Peter Unger  
Asklepios Klinik Harburg

**Die vielen Gesichter der Depression**

- ▶ Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

**Schlafstörungen – Die erschöpfte Gesellschaft**

- ▶ Dr. Goetz Broszeit  
Asklepios Westklinikum Hamburg

**Trauma und Traumafolgestörungen**

- ▶ Dr. Dr. Andrea Moldzio  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

**Essstörungen – State of the Art**

- ▶ Priv.-Doz. Dr. Aglaja Stirn  
Asklepios Westklinikum Hamburg
- ▶ Dr. Helge Fehrs  
Asklepios Westklinikum Hamburg

**Was ist eine Persönlichkeitsstörung?**

- ▶ Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

**Chronische Schmerzen – Mit und ohne kann ich nicht leben**

- ▶ Lars Lauk  
Asklepios Westklinikum Hamburg

**Somatisierungsstörung – Kämpfen mit dem Arzt**

- ▶ Dr. Goetz Broszeit  
Asklepios Westklinikum Hamburg

**Krankheitsbewältigung – Was ist das?**

- ▶ Dr. Catrin Mautner-Lison  
Asklepios Westklinikum Hamburg

**Psychokardiologie – Gebrochene Herzen behandeln**

- ▶ Dr. Anna Liebchen  
Asklepios Klinik Harburg

**Psychopharmaka: Dos and Don'ts in der somatischen Praxis**

- ▶ Thomas Schömig  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

### Hanseatische Klinikkonferenzen

**Die umfassende Fortbildungsreihe der Hamburger Asklepios Kliniken.**

Sehen Sie an nur einem Tag die Experten nahezu aller in der Stadt relevanten klinischen Abteilungen:  
Gemeinsam für Gesundheit.

- 26.02.11 - Nr.10: Kardio-Medizin
- 26.03.11 - Nr.11: Pneumologie in Hamburg 2011
- 09.04.11 - EXTRA: Kaleidoskop Autoimmunität
- 07.05.11 - Nr.12: Altersmedizin
- 25.06.11 - Nr.13: Wirbelsäulenerkrankungen
- 24.09.11 - Nr.14: Neuro-Medizin
- 29.10.11 - Nr.15: Psychosomatik
- 19.11.11 - Nr.16: Onkologie

### Veranstalter

**Asklepios Kliniken Hamburg GmbH**

**Asklepios Klinik Harburg  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll  
Asklepios Westklinikum Hamburg**

[www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)

in Kooperation mit der Asklepios Ärzteakademie

### Veranstaltungsort

Haus der Patriotischen Gesellschaft von 1765  
Trostbrücke 4  
20457 Hamburg

### Anmeldung

[www.asklepios.com/klinikkonferenzen](http://www.asklepios.com/klinikkonferenzen)

### Teilnahmegebühr

kostenlos

### Kongressorganisation

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH  
Ärzteakademie  
Frau Lena Götze  
Tel.: (0 40) 18 18-85 25 42  
Fax: (0 40) 18 18-85 25 44  
E-Mail: [aerzteakademie@asklepios.com](mailto:aerzteakademie@asklepios.com)



### Anerkennung

Diese Veranstaltung ist von der Ärztekammer Hamburg mit **sieben Punkten** anerkannt.

### Weitere und aktuelle Informationen

[www.asklepios.com/klinikkonferenzen](http://www.asklepios.com/klinikkonferenzen)

Offizieller Hauptsponsor

**OLYMPIASTÜTZPUNKT  
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN**



**ASKLEPIOS**  
Gemeinsam für Gesundheit



**Dr. Frank Ulrich Montgomery**  
Präsident der Ärztekammer Hamburg und  
Bundesärztekammerpräsident

»Die Krankenkassen sollten endlich solide Haushaltspolitik im Interesse ihrer Versicherten betreiben.«

# Spare in der Zeit, dann hast Du in der Not...

Geradezu absurde Formen nimmt die Debatte über ange-laufene Überschüsse im Gesundheitsfonds an. 1,8 Milliarden Euro sind mehr eingezahlt als ausgegeben, das ist etwa 1% der Gesamtsumme im Gesundheitsfonds. Und das, wo der Beitragssatz erst zum 1. Januar 2011 mit großen politischen Mühen angehoben werden konnte. Ein Prozent Überschuss sind eher Ausdruck einer Punktlandung. Und schon beginnt das Geheule der Lobbyisten der Krankenkassen um den Beitragssatz. Da werden Beitragssenkungen gefordert, Rückgaben an Versicherte postuliert und der Eindruck erweckt, der Gesundheitsfonds schwimme im Geld. Dabei wissen alle Kundigen, dass ein Überschuss von 1,8 Mrd. eine Beitragssatzsenkung von maximal 0,2 Prozentpunkten, wahrscheinlicher nur von 0,15 Prozentpunkten rechtfertigt. Wie kurzsichtig ist solche Politik, wie falsch!

Die Realität ist doch eine andere. Nach der City BKK soll eine weitere BKK von der Schließung bedroht sein und bei weiteren 20 Krankenkassen – so munkelt man – fehlt akut das Geld. Immer mehr Krankenkassen diskutieren Zusatzbeiträge und ein Schreihals aus der Lobbytage der Ersatzkassen forderte Ende Juli Beitragssatzsenkungen. Wie passt das zusammen?

Es geht um knallharten Wettbewerb. Krankenkassen, die Überschüsse erwirtschaften, weil sie gute Risikoselektion betrieben haben, erhoffen sich von einer Verknappung der Mittel im Fonds eine Verstärkung des wirtschaftlichen Drucks auf ihre Konkurrenten. Ihnen geht es nicht um Wohltaten für Versicherte, ihnen geht es allein um Wettbewerbsvorteile für sich selbst. Dabei wären Beitragssatzsenkungen jetzt völlig unzeitgemäß – ja sogar gefährlich.

1) Wir wissen alle, dass Beitragssenkungen – zumal in der irrwitzigen Höhe von 0,15% – schnell genommen, verfrühstückt und vergessen sind.

2) Sollte wieder Knappheit im Fonds herrschen, wird die Wiederanhebung zum größeren politischen Manöver. Ein Unterfangen, dem sich kein Minister und keine Regierung für 0,15% unterziehen. Da muss zuerst wieder ein kräftiges

Defizit im Fonds anwachsen, bevor der Druck im Kessel der Politik groß genug ist, um Beitragssatzanhebungen durchzusetzen.

3) Wir wissen doch alle, wie fragil die gegenwärtige Konjunkturlage ist. Sie ist für die gute Finanzlage des Fonds verantwortlich – nicht etwa ein besonders wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen, deren Verwaltungskosten steigen und steigen ...

4) Kippt die Konjunktur, kommt der Fonds in doppelter Weise unter Druck. Zum einen führt eine sinkende Beschäftigung und steigende Arbeitslosigkeit zu geringeren Zuführungen in den Fonds durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Zum anderen wird auch der Staat bei sinkender Konjunkturleistung jeden Euro, den er an den Fonds überweist, mehrfach drehen und wenden. Und es mehren sich die Zeichen, dass das Ende des rosaroten Konjunkturhimmels nahe ist. Die Eurokrise haben wir immer noch nicht im Griff. Unsere Regierungen sehen tatenlos und schwach zu, wie Schuldenberge zu Lasten der Generationen unserer Kinder aufgehäuft werden.

Doris Pfeiffer, Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, hat am 1. August verlauten lassen, die Mittel im Fonds würden nicht für alle Bedürfnisse aller Versicherten reichen. Schöner kann man den eigenen Unsinn gar nicht belegen als mit diesen Äußerungen.

Wir sollten also aufhören, mit populistischen Agenturmeldungen nach der Volksmeinung zu spielen. Vor allem die Krankenkassen sollten endlich solide Haushaltspolitik im Interesse ihrer Versicherten betreiben. Und dazu gehört nun mal der schöne alte Satz: Spare in der Zeit, dann hast Du in der Not...



# Patientenberatung

**bei allen Fragen rund um die Gesundheit.**

Unser Team besteht aus Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?  
**Gern.**

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?

**Rufen Sie uns an!**

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen oder wissen aber nicht, an wohin?

**Rufen Sie uns an!**

040/ 20 22 99 222  
[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)

Gerne informieren wir die Patienten auch über Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte.

Bitte informieren Sie uns darüber!

**Fax 040/ 20 22 99 490**

Damit Sie auch Ihre Patienten über die neue Nummer informieren können, geben wir Ihnen bei der nächsten Abrechnung Informationsmaterial für die Praxis mit.

**[patientenberatung@aekhh.de](mailto:patientenberatung@aekhh.de)**

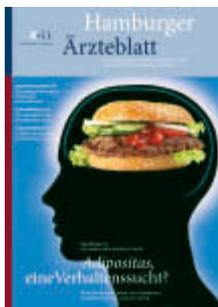
**[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)**

09•11

# Hamburger Ärzteblatt



Für **Dr. Bert Kellermann**, Facharzt für Nervenheilkunde im Ruhestand, ist Adipositas eine Verhaltenssucht (Seite 12). **Dr. Johanna Greggersen**, Bauchzentrum Hamburg an der Schön Klinik Hamburg Eilbek, berichtet von einem Faden mit Widerhaken, der erhebliche Probleme bereitet (Seite 28). **Dr. Wolfgang B. Lindemann**, niedergelassener Allgemeinmediziner in Frankreich, meint, das französische Gesundheitssystem ist für Ärzte attraktiver als das deutsche (Seite 36).



## Das Thema

- 12 **Adipositas**  
Emotionen können süchtig machen  
Von Dr. Bert Kellermann,  
Dipl.Psych. Cornelia Mertens

## Service

- 6 Gratulation
- 8 In memoriam
- 9 Verlorene Arztausweise
- 11 Bibliothek
- 11 Sono Quiz
- 25 Sicher verordnen
- 28 Terminkalender
- 37 Impressum

## Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Quiddje mit Kollateralgewinn · Betriebsrente für MFAs erhöht · Eva wartet! · Versorgungsvertrag zu AD(H)S · Neue Plakate für Vortragsveranstaltungen · Umfrage zur Akzeptanz der Bewegungstherapie · Das Institut für Allgemeinmedizin sucht Dozenten · Gesundheitsnetz Depression sucht Hausärzte

## Gesundheitspolitik

- 18 **Gesundheitsreform** · Untote und andere Monster. Von Walter Plassmann
- 20 **Meinung** · Schluss mit den Reformen. Von Dr. Dierk Abele

## Forum Medizin

- 22 **Chronische myeloische Leukämie** · Durchbruch zur Heilung. Von Prof. Dr. Dieter K. Hossfeld
- 28 **Der besondere Fall** · Ein gefesselter Darm. Von Dr. Johanna Greggersen, Dr. Karin Neubeck, Dr. Lutz Steinmüller
- 30 **Aus der Schlichtungsstelle** · Vermeidbare Beeinträchtigung. Von Prof. Dr. Otto-Andreas Festge
- 32 **Bild und Hintergrund** · Clara und der Knochenmann. Von Prof. Dr. Volker Lehmann
- 34 **Investitionsfinanzierung** · Startschuss für eine moderne Praxiszukunft. Von Jens Leutloff
- 36 **Arbeiten im Ausland** · Ärzteparadies Frankreich. Von Dr. Wolfgang B. Lindemann
- 37 **Der blaue Heinrich** · Der Schnapsteufel. Von Dr. Hanno Scherf

## Mitteilungen

- 38 **Ärztchamber Hamburg** · Bericht des Vorsitzenden der Ethikkommission · Bericht des Vorsitzenden der „Kommission Lebendspende“
- 40 · 41 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

**Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei:** Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (XIV. Intensivkurs für klinische Endokrinologie); GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung (7. Hamburger Symposium für integrierte Gesundheitslösungen); Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsberufe mit Ärzteakademie (5 Jahre Gefäßzentrum Ost); Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsberufe mit Ärzteakademie (6. Hamburger Neuro-Ultraschall-Tage); RSD Reise Service Deutschland; Schön Klinik Hamburg Eilbek (Problemlösungen rund um das Schulter- und Ellenbogengelenk); Albertinen-Krankenhaus (Fachsymposium Leitliniengerechte Therapie maligner Schilddrüsenerkrankungen); Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH Symposium

## Gratulation

### zum 90. Geburtstag

- 23.09. **Dr. med. Joachim Körner**  
 Facharzt für Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe
- 08.10. **Dr. med. Gisela Rohlmann**  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin

### zum 85. Geburtstag

- 24.09. **Dr. med. Jürgen Jaenecke**  
 Arzt
- 27.09. **Dr. med. Maria-Luise Koch**  
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 01.10. **Dr. med. Jürgen Erman**  
 Facharzt für Orthopädie

### zum 80. Geburtstag

- 11.10. **Dr. med. Irmhilt Wittern**  
 Ärztin

### zum 75. Geburtstag

- 25.09. **Dr. med. Ulrich Hoppe**  
 Facharzt für Arbeitsmedizin  
 Facharzt für Innere Medizin
- 27.09. **Prof. Dr. med. Jürgen Weber**  
 Facharzt für Radiologie
- 29.09. **Dr. med. Hans Eisenträger**  
 Facharzt für Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe
- 30.09. **Prof. Dr. med. Georg Hoppe-Seyler**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 12.10. **Priv. Doz. Dr. med. Frank Tischendorf**  
 Facharzt für Laboratoriumsmedizin  
 Facharzt für Innere Medizin

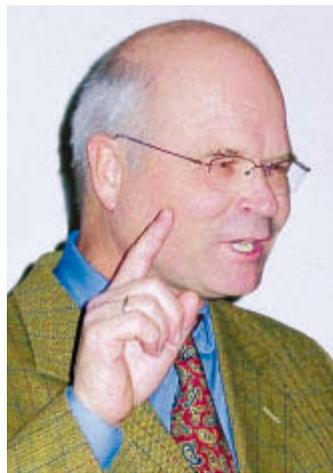
### zum 70. Geburtstag

- 17.09. **Dr. med. Jörg-Jürgen Oestereich**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 18.09. **Dr. med. Hartwig Blobel**  
 Facharzt für Neuroheilkunde
- 18.09. **Dr. med. Andreas Heidrich**  
 Facharzt für Chirurgie
- 21.09. **Dr. med. Thomas Georgi**  
 Facharzt für Chirurgie
- 23.09. **Dr. med. Helmut Philipp**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 25.09. **Dr. med. Ulf-Michael Thies**  
 Facharzt für Chirurgie
- 27.09. **Dr. med. Knut Stripling**  
 Facharzt für Chirurgie
- 27.09. **Prof. Dr. med. Dietmar Wolter**  
 Facharzt für Chirurgie
- 29.09. **Dr. med. Klaus Weber**  
 Facharzt für Anästhesiologie  
 Facharzt für Allgemeinmedizin
- 04.10. **Dr. med. Bärbel Seelisch**  
 Fachärztin für Radiologie

**Gratulation** Schriftleiter und Internist Dr. Hanno Scherf feiert am 11. September seinen 65. Geburtstag. Kammer und KV gratulieren herzlich.

## Quiddje mit Kollateralgewinn

Das kulturell interessante Umfeld seiner Praxis in Altona bezeichnete Dr. Hanno Scherf in einem seiner Editorials jüngst als Kollateralgewinn. Nun ist es an uns – den Vertretern der Hamburger Ärzteschaft – dem Quiddje aus dem Saarland für sein berufspolitisches Engagement und seinem Wirken als Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes zu danken und ihm herzlich zu seinem 65. Geburtstag am 11. September zu gratulieren. Mehr als ein Kollateralgewinn für die Hansestadt!



Quiddje Dr. Hanno Scherf in Aktion

Dr. Hanno Scherf wurde am 11. September 1946 in München geboren. Aufgewachsen ist er in Saarbrücken, wo er den Schulbesuch am humanistischen Gymnasium mit dem besten Abitur seines Jahrgangs im Saarland abschloss. Auch wenn sein Vater selbst Arzt war, fiel ihm die Wahl des Studienfaches nicht leicht. Er entschied sich für die Medizin, studierte zunächst in München (von 1965 bis 1968), dann bis 1971 mit Abschluss des Staatsexames in Hamburg.

Im Jahr darauf nahm er am Kurs für tropenmedizinische Parasitologie am Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg erfolgreich teil. Die Medizinalassistentenzeit verbrachte er von 1971 – 1973 an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, wo er im darauf folgenden Jahr seine Dissertation mit dem Thema „Versuche zur Einstellung ultrafiltrabler Magnesiumfraktionen bei chronischen Hämodialysepatienten“ wie zuvor schon das Staatsexamen mit „sehr gut“ abschloss.

1973 erhielt Dr. Hanno Scherf die Approbation. Es folgte von 1973 bis 1976 eine Tätigkeit als Stabsarzt an der inneren Abteilung und an der Röntgenabteilung des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg, der sich in den beiden Folgejahren eine Tätigkeit in der Inneren und Rheumatologie des AK Eilbek anschloss. 1979 erhielt Dr. Scherf die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. Von 1978 bis 1982 beendete er seine Klinikkarriere am AK St. Georg in der Kardiologie, der Hämatologie und der Schilddrüsenambulanz. Von 1982 bis 2009 war Dr. Hanno Scherf niedergelassen in eigener Praxis. Er war nicht hausärztlich tätiger Internist, sondern der Internist, zu dem Kolleginnen und Kollegen ihre Patienten schickten. In unzähligen Fällen stellte und stellt der „Medizinbessene“ akribisch eine Diagnose.

Mit der ihm eigenen Unbequemlichkeit hat sich Dr. Hanno Scherf berufspolitisch engagiert. Von 1990 bis 2010 war er Mitglied der Delegiertenversammlung, von 2002 bis 2006 im Vorstand der Ärztekammer. Zudem engagierte er sich auch aktiv in weiteren Gremien der Kammer. In der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg war Scherf von 1992 bis 2010 Mitglied der Vertreterversammlung. Über dieses berufspolitische Engagement hinaus ist Dr. Hanno Scherf aber seit 2000 dem Hamburger Ärzteblatt eng verbunden und hat über diesen langen Zeitraum von inzwischen elf Jahren das Hamburger Ärzteblatt nicht nur geprägt, sondern es zu dem regionalen Standesblatt gemacht, an dem sich die Übrigen messen lassen müssen. Zunächst gemeinsam mit Chefredakteur Wolfram Scharenberg hatte er die Verantwortung für die medizinisch-wissenschaftlichen Artikel und übernahm dann 2002 die Schriftleitung. Hanno Scherf hat den „blauen Heinrich“, wie das Hamburger Ärzteblatt seit Jahrzehnten liebevoll von den Lesern genannt wird, geprägt wie kein Zweiter. Er hat dem Blatt in dieser langen Zeit insbesondere im medizinisch-wissenschaftlichen Teil seinen Stempel aufgedrückt und das Blatt mit der Rubrik „Der besondere Fall“ und den dort diskutierten Kasuistiken aus Klinik und Praxis bereichert. Dass Dr. Hanno Scherf einen Großteil dieser Rubrik mit Artikeln aus der eigenen beruflichen Sphäre füllte, ist nur ein Beleg seines

immensen Wissens auch in den entlegensten Rändern der inneren Medizin. Mit zwei weiteren neuen Rubriken „Bild und Hintergrund“ und „Der blaue Heinrich“ hat Dr. Hanno Scherf uns, den Lesern, Ausgabe für Ausgabe noch einmal die Verbindung von Medizin, Kultur und Literatur nahe gebracht. Über seine kulturellen Interessen konnten Leserinnen und Leser regelmäßig in den Genuss von kulturhistorisch interessanten Beiträgen kommen, die Fangemeinde besonders dieser Artikel wuchs – und das auch weit über Hamburg hinaus.

Stellvertretend für alle Leserinnen und Leser gratulieren die Herausgeber Dr. Hanno Scherf zum 65sten Geburtstag verbunden mit einem großen Dank für die Gestaltung des Hamburger Ärzteblattes über mehr als ein Jahrzehnt.

Dr. Frank Ulrich Montgomery  
Präsident der  
Ärztammer Hamburg

Dr. Michael Späth  
Vorsitzender der Vertreterversammlung der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

## Betriebsrente für MFAs erhöht

Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen und Auszubildende haben seit April 2008 einen Anspruch auf einen Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Altersversorgung. Dieser Beitrag wird gemäß Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung vom 20. Januar 2011 ab dem 1. Juli 2011 für alle Arbeitnehmerinnengruppen um zehn Euro erhöht.

Um Praxisinhabern zu ermöglichen, den gesetzlichen Anspruch ihrer Beschäftigten entsprechend erfüllen zu können, wurde aus der ärztlichen Selbstverwaltung heraus die so genannte GesundheitsRente entwickelt. Dies gelang auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA), der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Zahnmedizinischen Fachangestellten/Zahnarzthelferinnen (AAZ) und dem Verband medizinischer Fachberufe, unterstützt durch die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Zahnärztekammern.

Weitere Informationen zur GesundheitsRente: MLP Finanzdienstleistungen AG, Tel.: 0 18 03 – 55 44 00, oder Deutsche Ärzteversicherung, Tel.: 0 18 03 – 21 22 71 (9 C/Min aus dem dt. Festnetz, max. 42 C/Min. aus dem Mobilfunknetz). | *håb*

## Ausstellung in der Akademie

Irja Warns ist von Beruf Juristin und arbeitet bei der Stadt Hamburg. Bereits seit der Schulzeit ist die Malerei ihr besonderes Hobby. Seit 2005 ist sie Mitglied der Frauenmalgruppe WIR. Die überwiegenden Bilder fertigt Irja Warns mit Acryl- oder Ölfarbe, wobei sie sowohl abstrakte als auch realistische Motive verwendet.

Die Bilder zeichnen sich durch eine besondere Farbtintensität aus. Hierzu passt auch der Name ihrer Internetadresse: [www.farbunder.de](http://www.farbunder.de). Irja Warns zeigte ihre Bilder bereits in mehreren Ausstellungen, wie z. B. in Itzehoe, Norderstedt, Glinde sowie Hamburg. | *håb*



## Gratulation

### zum 70. Geburtstag

- 13.10. **Dr. med. Harro Ammermann**  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 15.10. **Dr. med. Hartwig Grunow**  
Facharzt für Nervenheilkunde

### zum 65. Geburtstag

- 17.09. **Dr. med. Jochen Remmecke**  
Facharzt für Innere Medizin
- 18.09. **Dr. med. Lenchen Matthiesen**  
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
- 19.09. **Prof. Dr. med. Ekkehard Hille**  
Facharzt für Orthopädie
- 19.09. **Dr. med. Dagmar Jessen**  
Fachärztin für Anästhesiologie
- 21.09. **Dr. med. Ulrich Karrasch**  
Facharzt für Nervenheilkunde
- 25.09. **Reinhard Bilger**  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 25.09. **Dr. med. Heinrich Steinmetz**  
Facharzt für Anästhesiologie
- 27.09. **Dr. med. Bärbel Knödler**  
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin
- 30.09. **Dr. med. Heinz-Peter Rümmelein**  
Facharzt für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe
- 01.10. **Werner Sardemann**  
Facharzt für Anästhesiologie
- 05.10. **Dr. med. Ingrid Karnath**  
Ärztin
- 08.10. **Jürgen Frerk**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für Nervenheilkunde
- 08.10. **Dr. med. Gerhard Rinn**  
Facharzt für Neurochirurgie
- 08.10. **Dr. med. Peter Siege**  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 10.10. **Dr. med. Volker Traub**  
Facharzt für Orthopädie
- 11.10. **Dr. med. Ingo Pflüger**  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 13.10. **Dr. med. Eva-Maria Meigel**  
Fachärztin für Haut- und  
Geschlechtskrankheiten

Vom 65. Lebensjahr an sowie alle weiteren fünf Jahre werden unter dieser Rubrik die Geburtstage veröffentlicht. Falls Sie keine Veröffentlichung im Hamburger Ärzteblatt wünschen, informieren Sie bitte rechtzeitig schriftlich (spätestens drei Monate vor dem Geburtstag) das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg, E-Mail: [verzeichnis@aekhh.de](mailto:verzeichnis@aekhh.de).

## In memoriam

**Dr. med. Martin Richter**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 \* 25.10.1918 † 06.07.2011

**Prof. Dr. med. Hans Peter Vetter**  
 Facharzt für Psychosomatische Medizin  
 u. Psychotherapie  
 Facharzt für Nervenheilkunde  
 Facharzt für Psychiatrie  
 \* 22.02.1942 † 15.07.2011

**Dr. med. Hartmut Herrfahrt**  
 Facharzt für Orthopädie  
 \* 07.01.1928 † 17.07.2011

**Prof. Dr. med. Werner Selberg**  
 Facharzt für Pathologie  
 \* 05.07.1913 † 09.08.2011

## Brustkrebs – Neue Patienteninformation erschienen

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwei neue Kurzinformationen zum Thema Brustkrebs entwickelt.

Die erste richtet sich unter dem Titel „Brustkrebs – was ist das?“ an Frauen mit Brustkrebs im frühen Stadium, die zweite unter dem Titel „Leben mit Brustkrebs“ an Betroffene mit fortgeschrittener Erkrankung. Beide bieten leicht verständlich und kompakt wichtige Informationen und geben in der Rubrik „Was Sie selbst tun können“ außerdem hilfreiche Tipps.

Grundlage für die Empfehlungen bilden die Leitlinien „Brustkrebs: Die Ersterkrankung und DCIS – Eine Leitlinie für Patientinnen“ und „Brustkrebs II – Die fortgeschrittene Erkrankung, Rezidiv und Metastasierung.“

Die Informationsblätter stehen allen niedergelassenen Ärzten zum Ausdrucken zur Verfügung, damit sie es betroffenen Frauen persönlich aushändigen können. Das ÄZQ erstellt dafür doppelseitige Dokumente im DIN-A4-Format, die nun als pdf-Download in der Arztbibliothek und auf [www.patienten-information.de/wartezimmerinformation](http://www.patienten-information.de/wartezimmerinformation) bereit stehen.

In der Arztbibliothek finden Sie die Informationen auf der Seite: [www.arztbibliothek.de/wartezimmerinformation](http://www.arztbibliothek.de/wartezimmerinformation). | *háb*

EVA Teilnahme an der Evaluation der Weiterbildung noch bis zum 30. September möglich.

## EVA wartet!



Weiterbildungsassistenten (WBA) können noch bis zum 30. September an der Evaluation der Weiterbildung teilnehmen. Wer bisher noch keinen Zugangscode zugeschickt bekommen hat, kann sich an die Umfrage-Hotline wenden: 040/20 22 99 333. WBA erhalten dann den Code, um sich im Webportal [www.evaluation-weiterbildung.de](http://www.evaluation-weiterbildung.de) einzuloggen. Die Hotline in der Weiterbildungsabteilung ist zu erreichen: Montag, Dienstag und Donnerstag: 8:30 Uhr bis 16.30 Uhr .

Mittwoch 8:30 Uhr bis 18:00

Freitag 8:30 Uhr bis 15:00 Uhr.

Per E-Mail unter [weiterbildung@aekhh.de](mailto:weiterbildung@aekhh.de).

Wo gibt es in der Qualität der Weiterbildung noch Verbesserungspotenzial? An der Befragung im Jahr 2009 hatten sich bundesweit rund 30.000 Ärztinnen und Ärzte beteiligt. In vielen Abteilungen und Praxen haben sich dabei wertvolle Prozesse der gegenseitigen Rückmeldung etabliert, die Veränderungen angestoßen haben. Um möglichst aussagekräftige Ergebnisse dieser bundesweiten Befragung zu erhalten, ist es wichtig, dass viele WBA in diesem Jahr den Fragebogen ausfüllen. Denn nur wenn der Ärztekammer die Situation der Weiterbildung vor Ort bekannt ist, können Aktivitäten zur Verbesserung initiiert werden. | *dk*

## Versorgungsvertrag zu AD(H)S

Das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom, kurz AD(H)S, stellt für betroffene Kinder und Jugendliche eine schwere Krankheit dar, ist aber auch für die Familien und das Umfeld häufig eine große Belastung. In Hamburg leiden etwa 2.000 Kinder und Jugendliche an AD(H)S. Um ihnen eine bessere Versorgung zu ermöglichen, haben die AOK Rheinland/Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg den ersten Versorgungsvertrag zu AD(H)S abgeschlossen. Der Schwerpunkt dieses Vertrages liegt auf einem qualitätsgesicherten Ablauf der Untersuchung der Patienten im Alter von sechs bis 17 Jahren, vor allem mit Blick auf das soziale Umfeld mit Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte. Dazu kommt eine koordinierte Behandlung. Dabei stehen vor allem mehr Zeit für das Patientengespräch, ein streng kontrollierter Medikamenteneinsatz und mehr qualifizierte Therapieplätze im Zentrum. Angebunden an den neuen Versorgungsvertrag sind die Kinder- und Jugendärzte sowie Psychiater und Psychotherapeuten. Weitere Informationen unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net). | *he*

## Korrektur zu HÄB 07/08 – 11

In der Ausgabe 07/08 – 11 des Hamburger Ärzteblattes ist uns leider ein redaktioneller Fehler unterlaufen, den wir hiermit korrigieren: Der Autor des Artikels zur Vertreterversammlung der KV Hamburg war Martin Niggeschmidt und nicht Dr. Stephan Hofmeister. | *háb*

## Vortragsveranstaltungen – neue Plakate

Die Fortbildungsakademie hat für die neue Saison ein interessantes und ansprechendes Vortragsprogramm zusammengestellt. Dabei wird eine alte Tradition wiederbelebt und es gibt Plakate mit dem Vortragsprogramm für das erste Halbjahr. Die Vorträge des Ärztlichen Vereins unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. Andreas de Weerth bieten ein weites Spektrum – die Themen reichen von Adipositas, über Degenerative Gelenkerkrankungen, Allergische Erkrankungen, Dyspnoe bis zu Pankreaserkrankungen. In der Biologisch-Naturwissenschaftlichen Sektion unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. Jörg Schwarz geht es um Neues aus der Unfallchirurgie/Orthopädie sowie der Neurologie, Chirurgie und Kardiologie. Auf Wunsch sendet die Fortbildungsakademie weitere Plakate zu. Bitte per E-Mail bestellen und die gewünschte Anzahl angeben: [akademie@aekeh.de](mailto:akademie@aekeh.de). | dk



## Umfrage zur Akzeptanz der Bewegungstherapie

Vor über zehn Jahren hatte das Institut für Sport- und Bewegungsmedizin der Universität Hamburg unter Leitung von Prof. Klaus-Michael Braumann im Hamburger Ärzteblatt eine Umfrage über die Akzeptanz der Bewegungstherapie unter mehr als 3.400 niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen durchgeführt – manche werden sich vielleicht noch dessen erinnern oder haben sogar teilgenommen. Jetzt soll die identische Umfrage nochmals durchgeführt werden, dieses Mal in Form einer Online-Umfrage. Deshalb bitten Institutsleiter Braumann und Sportstudent Christian Schneider, sich an der fünf- bis zehnminütigen Befragung unter [www.sportmedizin-hamburg.com/befragung](http://www.sportmedizin-hamburg.com/befragung) zu beteiligen. Als kleines Dankeschön bekommt jeder Teilnehmer die Chance, an der Verlosung mehrerer, individueller Geschenkgutscheine im Wert von je 100 Euro teilzunehmen. Rückfragen bitte unter Tel.: 0171 / 2 65 26 82, Christian Schneider. | häb



## Verloren

Ausweis von

- C 3659 Ulrike Andersen  
06.08.2010
- B 5249 Frank Jester  
01.08.2001
- A 8249 Barbara Kneifel  
18.02.1994
- B 6647 Dr. med. Hans-Gert Lindauer  
12.02.2003
- A 7050 Dr. med. Dirk Lohmann  
11.07.2003
- C 4326 Julia Sudmann  
14.02.2011
- C 2628 Dr. med. Susanne Tabrizian  
21.08.2009
- 17623 Dorothea Wiemer  
25.03.1997

Der in der Ausgabe, Heft 08/2011 für ungültig erklärte Arztausweis, Tilman Klähn, Nr. B 8814 hat sich wieder angefounden und wird hiermit wieder für gültig erklärt.

## Gefunden

... Gefährliche Kreuzfahrt ...

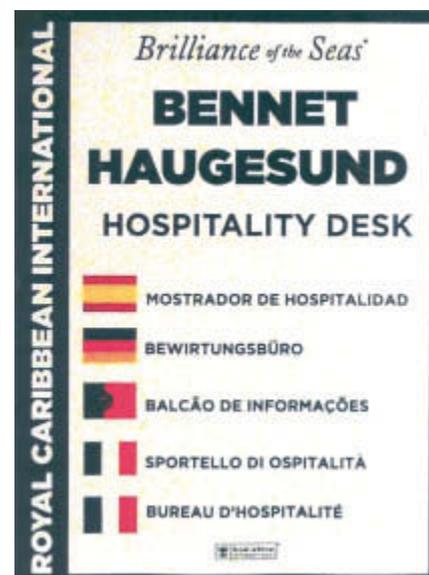


Foto: Gerd Heidemann

Menschen im wohlverdienten Urlaub leben gefährlich. Denn die medizinische Versorgung im Ausland lässt vielerorts ziemlich zu wünschen übrig. Wirklich gefährlich wird es, wenn man während einer Kreuzfahrt auf der *Brilliance of the Sea* den *hospitality desk* – oder auch das Bewirtungsbüro ... – aufsucht und die dort offensichtlich vorherrschenden zweifelhaften Behandlungsmethoden nicht mehr umgehen kann ... | ti

## Über 20 Jahre Ultraschall-Diagnostik

Seit 23 Jahren leiten Dr. Gotthard von Klinggräff und Dr. Jürgen Gebhardt bereits den Ultraschall-Diagnostik-Kurs an der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg. Dafür ein Dankeschön an dieser Stelle.

Die Vorlesungsfolge von insgesamt 28 Stunden beinhaltet Vorträge und Videodemonstrationen von Schilddrüse, Thoraxsonographie und abdomineller Sonographie (einschließlich gynäkologischer und urologischer Sonographie). Die Inhalte mit theoretischem und praktischem Teil entsprechen nach den KV-Richtlinien einem Grundkurs. Die Kursleiter sind anerkannte Seminarleiter der DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin). Am 26. Oktober beginnt in diesem Jahr eine neue Kursstaffel, die Termine sind jeweils mittwochs von 18 bis 20 Uhr mit wechselnden Kursorten, da praktische Übungen in verschiedenen Hamburger Krankenhäusern stattfinden. | *hüb*

## Therapie-Symposium der AkdÄ

Am Mittwoch, den 19. Oktober, findet von 15 bis 18.45 Uhr im Saal des Ärztehauses das Therapie-Symposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg statt.

Prof. Dr. Winfried Kern, Facharzt für Infektiologie, Freiburg, wird über „Empfehlungen zur Therapie von Atemwegsinfektionen“ sprechen. Dr. Amin-Farid Aly, Arzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik, Berlin, referiert zum Thema „Arzneimitteltherapiesicherheit: Eine Herausforderung im Alltag“. Dr. Thomas Stammschulte, Facharzt für Innere Medizin, Berlin, berichtet über „Aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz“, Prof. Dr. Ulrich Schwabe, Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, über „Neue Arzneimittel 2010/2011 – eine kritische Bewertung“. Die Teilnahme ist kostenlos, das Symposium wurde mit vier Punkten zertifiziert. Weitere Informationen erteilen: Karoline Luzar, AkdÄ, Tel.: 030-400456-518, Fax: -555 oder die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Tel.: 040/202299-300, Fax: -430 | *hüb*

## Neuer Leitfaden

Der Leitfaden „Anforderungen an Gutachten im betreuungsgerichtlichen Verfahren“ ist auf der Homepage der Ärztekammer unter [www.aerztekammer-hamburg.de](http://www.aerztekammer-hamburg.de) abrufbar. In dieser Information für Ärztinnen und Ärzte, Richter und andere Verfahrensbeteiligte sind die rechtlichen Grundlagen sowie Qualitätskriterien für die Erstellung von Gutachten im Betreuungsverfahren dargelegt und bieten damit eine wertvolle Richtschnur zur Erstellung.

Das medizinische Gutachten im Betreuungsverfahren dient dem Zweck, dem Gericht, also medizinischen Laien, darzulegen, ob bei dem Betroffenen eine psychische Krankheit, eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegt und welche Auswirkungen diese Störung aus medizinischer Sicht hat. Hieraus leiten sich Empfehlungen für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung oder die Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung ab. Der Leitfaden wurde im Nachgang des Hamburger Fachtags zur rechtlichen Betreuung von Landesarbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht (LAG) entwickelt. Am Leitfaden mitgewirkt haben Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Richter in Betreuungsverfahren. | *dk*



## Dozenten gesucht

Das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sucht für den interdisziplinären Untersuchungskurs „Einführung in die klinische Medizin“ Ärztinnen und Ärzte, die Freude daran haben, Medizinstudenten und -studentinnen im dritten und vierten vorklinischen Semester zu unterrichten.

Im Kurs werden Basisfertigkeiten der körperlichen Untersuchung und der Anamneseerhebung in Kleingruppen mit zirka zehn Studierenden vermittelt. Der Kurs findet ab Mitte Oktober 14-tägig freitags von 11 bis 12.30 Uhr statt. Der Einsatz wird vergütet.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Frau Dr. Puschmann, Institut für Allgemeinmedizin, UKE, E-Mail: [e.puschmann@uke.de](mailto:e.puschmann@uke.de) oder an das Sekretariat, Frau Schrom, Tel. 74 10 – 5 67 15. | *hüb*

## Gesundheitsnetz Depression sucht Hausärzte

Das Projekt „Gesundheitsnetz Depression“ (Teilprojekt des Verbundforschungsprogramms „Hamburger Netz für psychische Gesundheit – Psychenet“ der Gesundheitsmetropole Hamburg) sucht engagierte und kompetente Hausärztinnen und Hausärzte zur Verbesserung der Versorgungssituation depressiver Patientinnen und Patienten in Hamburg. Anfallende Projektaufgaben werden selbstverständlich vergütet.

Bei Interesse melden Sie sich bitte bei: Dr. Claudia Lehmann, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Telefon: 7410 – 57739, Fax: 7410 – 54940; E-Mail: [c.lehmann@uke.de](mailto:c.lehmann@uke.de). | *hüb*

# Bibliothek des Ärztlichen Vereins

Von-Melle-Park 3 (Altbau der SUB Hamburg – Carl von Ossietzky, 1. Stock) 20146 Hamburg  
 Telefon: 040-44 09 49, Fax: 040-44 90 62, E-Mail: [bibliothek@aekeh.de](mailto:bibliothek@aekeh.de), [www.aekbibl.de](http://www.aekbibl.de)

Der Bücherkurier liefert entliehene Medien an den Arbeitsplatz oder nach Hause.  
 Die Kosten hierfür werden nach Entfernung berechnet.

Öffnungszeiten: **MO** 09 -17 Uhr · **DI** 10 -16 Uhr · **MI** 10 -19 Uhr · **DO** 10 -16 Uhr · **FR** 09 -16 Uhr

## Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

- Zusendung von Zeitschriftenaufsatzkopien ([bibliothek@aekeh.de](mailto:bibliothek@aekeh.de))
- Zusendung von Literaturrecherchen in „PubMed“, „UpToDate“ u. a. Datenbanken
- Zusammenstellung von Literatur bzw. Zusendung von Kopien zur individuellen Fragestellung
- Ausleihe von Medien an den Arbeitsplatz (sofern dieser der Behördenpost angeschlossen ist)

## Neuerwerbungen

**Approbation – und danach?** Ein Leitfaden zum Berufseinstieg für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg.: R. Henke (u. a.). 2011.

**Arbeitsrecht** im Krankenhaus. Hrsg.: S. Weth (u. a.). 2. Auflage. 2011.

**Bewegungstherapie** bei psychischen Erkrankungen. Von G. Hölter (u. a.). 2011.\*\*

**Bucka-Lassen, E.:** Das schwere Gespräch. Patientengerechte Vermittlung einschneidender Diagnosen. 2. Auflage. 2011.

**Dilger, M.:** Gastroskopie-Trainings-DVD. 2011. (DVD-Ausgabe).

**Facharzt Orthopädie Unfallchirurgie.** Hrsg.: K.H. Winker. 2011.

**Hajen\*, L.; H. Paetow; H. Schumacher:** Gesundheitsökonomie. 6. Auflage. 2011.

**Kehl, F.:** Notfallmedizin, Fragen und Antworten. 2. Auflage. 2011.

**Kompendium Adoleszenzpsychiatrie.** Hrsg.: J.M. Fegert (u. a.).

**Kowarowsky, G.:** Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienten im Praxisalltag. 2. Auflage. 2011.

**Krankenhausmanagement** mit Zukunft. Hrsg.: A.J.W. Goldschmidt\*, J. Hilbert. 2011.

**Medizin und Nationalsozialismus.** Bilanz und Perspektiven der Forschung. [Forschungsbericht]. Von R. Jütte, W.U. Eckart, H.-W. Schmuhl, W. Süß. 2011.

**Naegler, H.:** Personalmanagement im Krankenhaus. 2. Auflage. 2011.

**OP-Handbuch.** Hrsg.: M. Liehn, L. Steinmüller\* (u. a.). 5. Auflage. 2011.

**Orthopädie und Unfallchirurgie.** Facharztwissen nach der neuen Weiterbildungsordnung. Hrsg.: H.-P. Scharf (u. a.). 2. Auflage. 2011.

**Praktische Gastroenterologie.** Hrsg.: P. Layer\* (u. a.). 4. Auflage. 2011.

**Praxis der Intensivmedizin.** Hrsg.: W. Wilhelm. 2011.

**Schulz-Stübner, S.:** Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. 2011.

**St. Pierre, M.; G. Hofinger; C. Buerschaper:** Notfallmanagement. 2. Auflage. 2011.

\* Geschenk des Verfassers

\*\* Geschenk des Deutschen Ärzte-Verlages

Weitere Neuerwerbungen finden Sie auf unserer Homepage [www.aekbibl.de](http://www.aekbibl.de). Möchten Sie unsere Neuerwerbungsliste per E-Mail erhalten? Dann schicken Sie einfach eine E-Mail an die Bibliothek: [bibliothek@aekeh.de](mailto:bibliothek@aekeh.de) und wir nehmen Sie in unseren Verteiler auf.

## I H R E D I A G N O S E ?

Lösung: Seite 31

### Anamnese:

Ein 75-jähriger Patient mit fortgeschrittenem, metastasiertem Prostatakarzinom klagt akut über starke Unterbauchschmerzen. Hydronephrosen beidseits sind bekannt. Sonografisch zeigt sich außer diesen eine Metastasenleber mit wenig Ascites und folgender Befund:

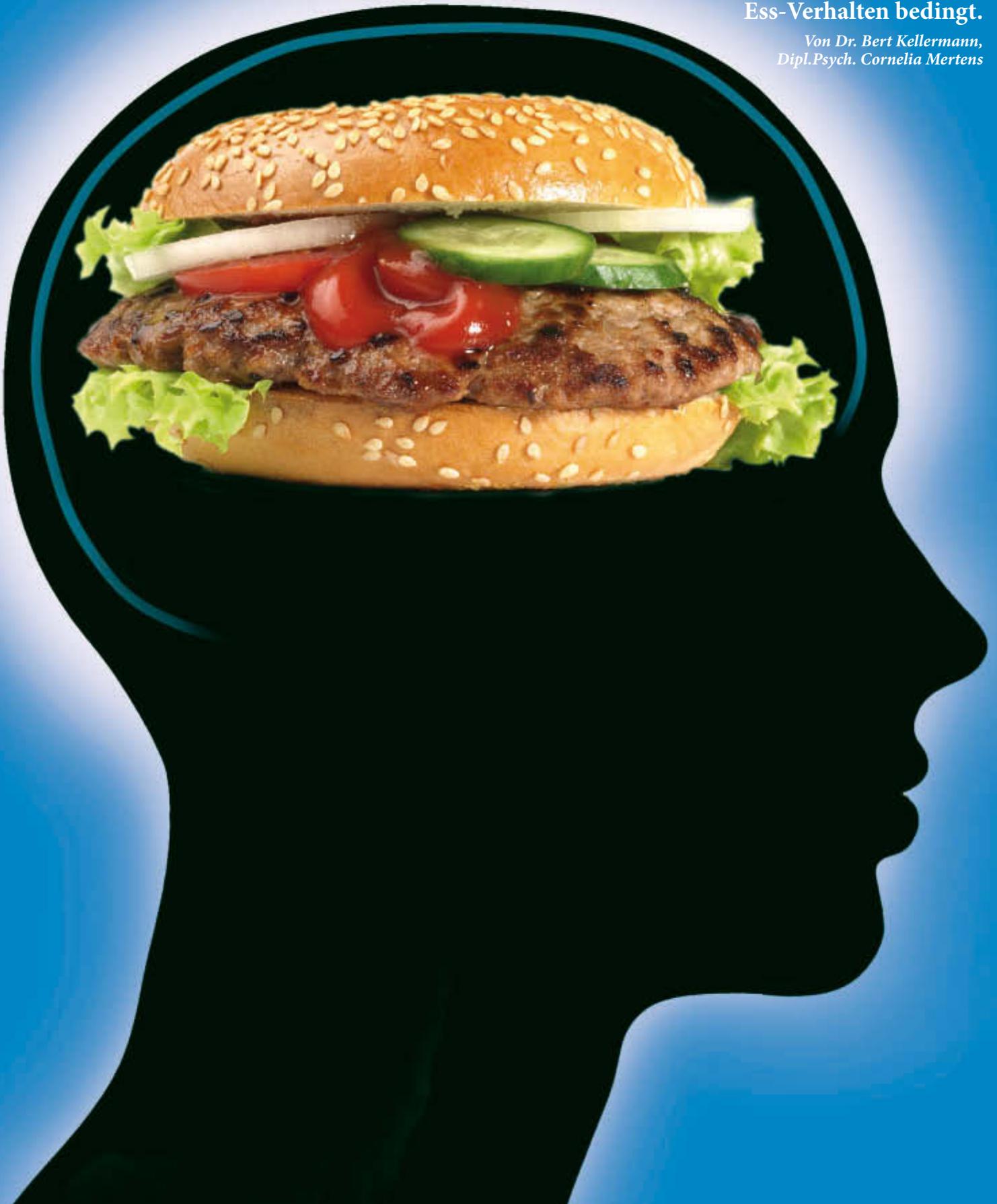
(C. Schmidt, G. Lock, 2. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)



## Ess-Sucht

Nicht Substanzen, sondern Emotionen machen süchtig. Die derzeitige „Adipositas-Epidemie“ ist überwiegend durch zunehmende Verbreitung von süchtigem Ess-Verhalten bedingt.

*Von Dr. Bert Kellermann,  
Dipl.Psych. Cornelia Mertens*



# Adipositas, eine Verhaltenssucht?

Dass es Ess-Sucht gibt, ist eine Jahrzehnte alte, derzeit weitgehend vergessene, nur scheinbar banale Erkenntnis, die jedoch wirksame präventive und therapeutische Ansätze eröffnen kann. Manche Erkenntnisse sind im Laufe der Zeit wieder verloren gegangen, obwohl sie für die Therapie und Prävention wesentlich sind. Ein Beispiel: Noch in der ICD-8 („Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten“ der WHO) von 1972 ist die Ess-Sucht (tatsächlich steht da „Freßsucht“) mit u. a. der Anorexie zusammen im Absatz „Ess-Störungen“ genannt. 1983 schrieben die Psychologen M. Bachmann und H.-P. Röhr in einer Psychotherapie-Zeitschrift zusammenfassend: „Bei dem Vergleich von Eß- und Magersucht mit der Alkoholsucht wurde herausgearbeitet, daß Essen und Hungern Suchtmittel sein können, die den Charakter harter Drogen haben.“ Noch 1992 gab es im „Jahrbuch Sucht“ der DHS das Kapitel „Eßstörungen“, in dem drei Formen (Anorexie, Bulimie und „Adipositas/Eßsucht“) beschrieben wurden. Aber das ist alles Vergangenheit.

Erst seit wenigen Jahren werden diese Erkenntnisse „reanimiert“ und ausgeweitet. Insbesondere in den USA sind mehrere wissenschaftliche Artikel über „food addiction“ erschienen, aber auch einige deutsche Wissenschaftler haben sich wieder mit diesem Thema befasst. 2005 wies die prominente US-Suchtforscherin Nora Volkow in ihrem Artikel „How can drug addiction help us understand obesity?“ auf zahlreiche Parallelen von Drogenabhängigkeit und Adipositas hin. 2008 referierte die Charité-Psychologin Jana Wrase ein Ergebnis neurobiologischer Forschung, nach dem das Suchtpotenzial von Essen etwa halb so hoch ist wie das von Sex und immerhin etwa ein Sechstel des Suchtpotenzials von Morphin beträgt. 2009 schrieben Kiefer & Grosshans von der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin in Mannheim in der Zeitschrift *Der Nervenarzt*: „Nahrungsaufnahme ist nicht allein durch ein intrinsisches, der Energiehomöostase dienendes Hungergefühl induzierbar, sondern auch vermittelt durch neuronale Prozesse, die durch die belohnenden, respektive positiv verstärkenden Eigenschaften von Nahrungsmitteln beeinflusst werden. (...)

## Erhebliche Gefahren für die Gesundheit und hohe Kosten

Zur Erklärung der Ätiopathogenese der Adipositas könnten also zukünftig Modelle hilfreich sein, die aus der Forschung zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen generiert wurden.“ 2010 wies der Psychiatrie-Professor Spitzer darauf hin, dass „krankhaftes Übergewicht und Drogensucht einen gemeinsamen zugrunde liegenden Mechanismus“ haben. „(...), dass pathologisches Essverhalten, das zu Dickleibigkeit führt, letztlich eine Form von Suchtverhalten darstellt und entsprechend zu bewerten und zu behandeln ist!“ Seit Jahren wird auf die gesundheitspolitische Bedeutung der sich ausweitenden „Adipositas-Epidemie“ hingewie-

sen; allerdings erfolgten bisher kaum wirkliche Konsequenzen. Die am 23. September 2010 veröffentlichten Ergebnisse der OECD-Studie „Obesity and the Economics of Prevention“ waren erschreckend. Gewarnt wurde durch sie (erneut) vor erheblichen Gesundheits-Gefahren und Kosten durch zunehmende Häufigkeit von Fettsucht bzw. Adipositas in den Industrieländern. Doch nur kurzzeitig wirkten sie alarmierend in der allgemeinen und in der Fach-Öffentlichkeit. Andererseits erscheinen in den öffentlichen Medien seit Jahrzehnten angeblich wirksame Rezepte für die Gewichtsabnahme, die alle mehr oder minder unwirksam, zumindest ohne nachhaltigen Effekt sind. Kaum ein adipös gewordener Mensch schafft es über längere Zeit, sich an das nur scheinbar simple Rezept „Weniger essen, mehr bewegen“ zu halten.

## Moralisierende Betrachtungsweise hat sich wenig bewährt

Statt „Adipositas“ sprach man noch vor wenigen Jahrzehnten von „Fettsucht“. Dies ist primär ein volkstümlicher Ausdruck, der diskriminierend und deshalb demotivierend wirkt, das Selbstwertgefühl verletzt und somit mehr schadet als hilft. Die traditionelle moralisierende Betrachtungsweise hat sich wenig bewährt, insbesondere wenn ein adipös gewordener Mensch sie im Sinne von Selbstverachtung verinnerlicht hat.

Nur langsam wird derzeit (wieder!) anerkannt, dass gewohnheitsmäßige Polyphagie als eine Suchtform angesehen und im Prinzip jeder Mensch süchtig (somit auch esssüchtig) werden kann. So erscheint es kennzeichnend, dass im Internet bei Eingabe von „food addiction“ bei *pubmed* zahlreiche Literaturstellen angezeigt werden. Die seit langem bestehende Praxiserfahrung, dass die „Adipositas-Epidemie“ hauptsächlich durch süchtiges Verhalten, d. h. durch Ess-Sucht, bedingt ist, wurde allerdings bisher kaum ernsthaft betrachtet, obwohl sie durch die neurobiologische Forschung bestätigt wird und eine wirksame Therapie und Prävention ermöglicht.

Professionelle, insbesondere psychologisch-psychotherapeutische Hilfe zentriert sich derzeit oft auf die psychische Hintergrundproblematik, kaum jedoch auf süchtiges Verhalten selbst. Therapeutische Hilfe im medizinischen Bereich ist derzeit recht radikal: Bei ausgeprägter Adipositas sind (im doppelten Sinn) einschneidende (genauer: verstümmelnde) Maßnahmen, nämlich die mehr oder minder intensive Adipositas-Chirurgie weitgehend die einzige Möglichkeit bei lebensgefährlicher Adipositas. Nachdem sich Magenballon und -band als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben, wird derzeit bei extremer und therapieresistenter Adipositas eine ausgedehnte Operation zur Umgehung des Magens durchgeführt. Die Adipositas-Chirurgie bzw. bariatrische Chirurgie hat sich zum medizinischen Spezialgebiet entwickelt (eigentlich ein Hinweis auf das Versagen von Psychiatrie und Psychologie in diesem Bereich). Durch möglichst frühe Verhaltensänderung ließe sich dies vermeiden.

## Ess-Sucht und Substanzabhängigkeit

Die Beobachtung, dass auch Essen eine Droge sein kann, wurde früher anders gedeutet. Entsprechend der (unzutreffenden) Vorstellung, dass Sucht („Substanzabhängigkeit“) ausschließlich durch Konsum von bestimmten psychisch wirksamen Substanzen entstehe, wurde früher mehr als derzeit angenommen, dass süchtiges bzw. exzessives Essverhalten durch den exzessiven Konsum von Zucker bzw. Kohlehydraten oder von Fett entstehen könne.

1936 beschrieben die Wiener Psychiater Gabriel und Kratzmann in ihrer Sucht-Monografie – in der sie auf klinisch-empirischer Basis die Suchtformen in Drogensuchten und „Tätigkeitssuchten“ einteilten – die „Saccharomanie“ (Zuckersucht). Sie bezeichneten Zucker damals schon als „Suchtmittel“. „Die Saccharomanie ist viel weiter verbreitet, als man gemeinhin anzunehmen geneigt sein möchte.“ Sie sei insbesondere bei den Kindern im „Proletariat“ verbreitet; zudem hätten „Raucher und Trinker“ in der Entwöhnungsphase ein „außerordentlich starkes Süßigkeitsbedürfnis“, sie würden Zucker quasi als Ersatzdroge konsumieren.

Auch aus heutiger Sicht erscheint die Vorstellung von Gabriel und Kratzmann (1936) bemerkenswert, die Saccharomanie stelle „gewissermaßen einen Übergang dar“ zu den „Suchtformen, die ohne chemische Hilfsmittel“ entstehen. Damals wurde also nicht angenommen – wie durch das heutige ICD-10-Abhängigkeitssyndrom postuliert –, dass Sucht („Abhängigkeit“) ausschließlich durch Substanzkonsum entstehe: die Formen der Verhaltenssucht wie Glücksspielsucht wurden von Gabriel & Kratzmann 1936 als „Tätigkeitssüchte“ bezeichnet.

Diese Sichtweise ist für das Verständnis der „Fettsucht“ als Form von Verhaltenssucht wesentlich: Die Alltagserfahrung zeigt, dass Essen wie eine Droge beruhigend, aber auch euphorisierend wirken kann. Durch einen vollen Magen kann ein Gefühl von Harmonie, innerem Frieden oder Wohlbefinden entstehen. Die Tradition des „Totenmahls“ scheint durch die Erfahrung einer antidepressiven Wirkung von reichlichem Essen bedingt zu sein. Die Alltagserfahrung zeigt aber auch, dass es sich nicht um eine direkte pharmakologische Wirkung handeln kann, sondern dass auch Erwartungen an die Wirkung (bzw. Erwartung und Enttäuschung dieser Erwartung im spiralförmigen Wechsel) wirksam sind, mit anderen Worten: Essen kann wie ein Placebo wirken.

Jedoch wird auch in neueren Veröffentlichungen noch die These einer „sugar addiction“ vertreten. Andererseits wird kohlehydrat- und fettreiche Nahrung („Junkfood“) für die erhebliche Zunahme der Adipositas-Häufigkeit verantwortlich gemacht. Bezeichnenderweise konnten auch Laborratten durch eine solche Nahrung esssüchtig gemacht werden, worauf u. a. Johnson & Kenny (2010) hinwiesen („Common hedonic mechanisms may therefore underlie obesity and drug addiction“).

## Die Macht der Gewohnheiten

Der Unterschied zwischen Gourmet und Gourmand ist bekannt; manche Menschen genießen ihr Essen, andere schlingen es in sich hinein, als müssten sie möglichst rasch eine Pflicht erfüllen. Viele Menschen hören mit dem Essen erst auf, wenn sie satt sind, d. h. der Magen gefüllt ist, wo-

durch bestimmte Botensubstanzen ausgeschüttet werden. Diese Steuerung nimmt das Gehirn unbewusst vor. Das sind komplizierte Regelkreisläufe, bei denen viele Gehirnareale miteinander zusammenarbeiten müssen. Das Hungergefühl wird vom Zwischenhirn bzw. mesolimbischen System gesteuert. Die Regeln des Gehirns sind einfach, iss viel, fett und süß. Ein klarer Überlebensvorteil der Urmenschen und bei mangelhafter Kalorienzufuhr in der Savanne. Wenn dann noch die Biologie einer Suchterkrankung das Phänomen verstärkt, stecken Adipöse im Teufelskreislauf.

Das ist auch der Grund, warum Chronifizierung bei dieser Krankheit größer ist als bei substanzinduzierten Suchterkrankungen. Dort liegt diese Rate unter 17% bei Alkoholabhängigkeit, wie die Hamburger Basisdatendokumentation (Bado) 2009 ausweist. Zumal Abstinenz, wie beim Alkohol, als Behandlungsmodell nicht in Frage kommt.

Eine Möglichkeit zur Behandlung ist die gezielte Selbstexploration. Gefühle und Verhalten werden bewusst und können erst dann hinterfragt und auf ihren Realitätsgehalt überprüft werden.

Dass im Extremfall einschneidende chirurgische Verfahren durch mehr oder minder totale Ausschaltung des Magens lebensrettend sein können, zeigt die Bedeutung des „vollen Magens“ für das Ess-Verhalten. Das dadurch erzeugte Sättigungsgefühl hat jedoch nur in Notzeiten einen Sinn. Die Selbstindoktrination „ich muss so lange essen, bis ich wirklich satt bin“ bzw. „lieber zu viel als zu wenig“ ist derzeit im europäischen Regelfall schädlich.

## Psychofalle Selbsteinflüsterung

Gewohnheiten werden oft durch Selbsteinflüsterungen unterstützt. Diese können Psychofallen sein. Sie werden erst durch gezielte Selbstexploration bewusst und können dann hinterfragt und auf ihren Realitätsgehalt überprüft werden. Deshalb ist es in der kognitiven Psychotherapie von zentraler Bedeutung, eigene Gefühle und Gedanken sowohl vor als auch während und nach dem Konsum zu protokollieren, eine mühsame, jedoch wirksame Selbsttherapie, um durch häufige Wiederholung tief eingeschliffene Verhaltensweisen ändern zu können. Bekanntlich stand am Apollon-Tempel in Delphi der Spruch: „Erkenne dich selbst!“. Offenbar war bereits den alten Griechen die Bedeutung der Selbstexploration für Verhaltensänderung bekannt.

Bei gewohnheitsmäßig eingeschliffenem, automatisiertem Verhalten wird die eigene Verhaltenskontrolle zunehmend umgangen. Manchem Suchtkranken hat die Regel geholfen: „Frontalhirn einschalten!“

Früher mehr als heute wurde das Sättigungsgefühl durch Suppen, Getränke etc. als Volumenfüller bewirkt. Auch könnte es sein, dass traditionelle bzw. religiöse Gewohnheiten wie Fastenzeiten zur Unterbrechung von Verhaltensgewohnheiten sinnvoll waren bzw. sind.

## Neue Sichtweisen

Durch den Wechsel der gewohnten Perspektive könnten sich neue therapeutische Ansätze ergeben, basierend auf Ergebnissen der Neurobiologie (Heinz & Mörsen 2010, Böning & Grüsser-Sinopoli 2009) und neueren Erfahrungen der Suchtprävention und -Therapie insbesondere mit den Glücksspiel-

Einer der Schlüssel zum Erfolg:  
Die eigene Verhaltenskontrolle

süchtigen, der Sucht-Frühintervention und des Selbstkontrolltrainings wie des Bundesmodellprojekts SKOLL (Böning und Kliche 2009).

Neurobiologische Erkenntnisse der letzten Zeit, insbesondere bildgebende Verfahren, die die Bedeutung des so genannten dopaminergen Belohnungs- bzw. Motivationssystem erkennen lassen, revolutionierten den Suchtbegriff. Der Psychiatrie-Professor Böning (1998) fasste anschaulich zusammen: „Dem Gehirn ist es egal, ob die süchtige Erregung von einem Suchtmittel oder einer Tätigkeit erzeugt wird.“

Aber noch glauben sogar Wissenschaftler, ausschließlich Substanzen könnten süchtig machen; dementsprechend kennt das hochoffizielle psychiatrische Diagnosenverzeichnis ICD-10 ausschließlich Formen von Substanzabhängigkeit.

Durch das seit den 80er Jahren übergroße Angebot an Glücksspielen stieg die Zahl der Glücksspielsüchtigen rapide an. Dies verdeutlicht: Nicht Substanzen, sondern Emotionen machen süchtig. Es sind die durch den Konsum bestimmter Substanzen, aber auch durch bestimmte Verhaltensarten ausgelösten Emotionen, die zur Suchtentwicklung führen. Manche Substanzen wie Heroin oder Kokain vermögen (vor allem anfangs) besonders intensive Gefühle zu provozieren, ihr Suchtpotenzial ist entsprechend hoch. Sucht ist psychische Abhängigkeit von bestimmten Emotionen (eine körperliche Abhängigkeit bei bestimmten Suchtformen ist eine eigenständige Störung).

## Nachteile des Begriffs „Ess-Sucht“

Früher mehr als heute wirkte der Suchtbegriff diskriminierend, weil er als Vorwurf („Du bist ein Willensschwächling! Hör doch einfach auf damit!“) und weil er im Sinne genetisch bedingter charakterlicher Minderwertigkeit gemeint war. Noch ist zu wenig bekannt, dass süchtiges Verhalten ein intensiv erlerntes Verhalten ist, das wie bei einer Dressur zunehmend automatisiert abläuft und dass auch psychisch stabile Menschen süchtig werden können.



Charité-Psychologin Sabine  
Miriam Grüsser-Sinopoli

Immer noch werden „die Gene“ verantwortlich gemacht. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass der eine Mensch eher als Gourmand, der andere eher als Gourmet geboren oder in der frühen Kindheit so geprägt wurde. Dies bedeutet jedoch lediglich, dass ein „geborener Gourmand“ es schwerer hat, sich den üblichen Verhaltensnormen anzupassen.

Früher mehr als heute wirkte der Suchtbegriff diskriminierend, weil er von den frühen, zum Teil immer noch populären Psychoanalytikern als Hinweis auf eine massive psychische Hintergrundproblematik angesehen wurde (Sucht sei lediglich die „Spitze eines Eisbergs“ etc.). Bei jeder Suchtform hat die individuelle Hintergrundproblematik eine mehr oder minder große Bedeutung. Sucht ist jedoch eine eigenständige psychische Störung, die durch optimale Bewältigung der individuellen Hintergrundproblematik nicht zu beseitigen ist.

Andererseits kann ein süchtig gewordener Mensch seine autonome Verhaltenskontrolle nur dadurch zurückgewinnen, dass er (am besten möglichst früh) seine Sucht als Realität akzeptiert. Menschen mit Bulimie haben bewiesen, dass dies zwar schwierig, jedoch möglich ist („kontrollierte Esser“)

## Ess-Sucht als Verhaltenssucht

Der Begriff „Verhaltenssucht“ ist ein neuerer und besserer Terminus für „nicht substanzgebundene Suchtformen“ und für den älteren Terminus „Tätigkeitssüchte“. Er wurde durch die Charité-Psychologin Sabine Miriam Grüsser-Sinopoli eingeführt. Süchtiges Verhalten (Sucht) ist intensiv erlerntes und nur schwer wieder verlernbares, automatisiertes Suchtmittel-

Konsumverhalten mit oft erheblichen Folgeschäden. Es basiert auf verinnerlichten Verhaltensnormen bzw. Überzeugungen, die dysfunktional geworden sind. Beim Konsum von Suchtmitteln mit hohem Suchtpotenzial (wie Opioide und Kokain) entwickelt sich besonders häufig eine Sucht. Die Verhaltenskontrolle beim Suchtmittelkonsum geht zunehmend verloren. Zudem verläuft sie durch Eigendynamik progredient und lässt sich zunehmend schwerer korrigieren. Jeder Mensch kann durch Suchtmittelkonsum in eine süchtige psychische Fehlentwicklung geraten; der eine ist mehr gefährdet, der andere weniger.

Süchtig zu werden ist ein typisch menschliches Risiko, bei Tieren kann nur durch Dressur eine Sucht erzeugt werden. Von psychoanalytischer Seite werden Komorbidität und individuelle Hintergrundproblematik überbetont. Sucht als moralisches Versagen („Laster“) anzusehen, hat sich als Bewältigungsstrategie nicht bewährt.

Das problematische Ess-Verhalten schleift sich durch häufige Wiederholung als Verhaltens-Gewohnheit ein und läuft zunehmend unreflektiert ab. Es wird sozusagen nach und nach die autonome Verhaltenskontrolle im Frontalhirn abgeschaltet. Der Süchtige verlernt, selbstkritisch sein eigenes Verhalten zu reflektieren, das eingeschliffene Verhalten läuft eigengesetzlich nach einem Auslöserreiz ab. Eine Verhaltenskorrektur ist am einfachsten im Frühstadium zu erreichen.

## Suchtmedizinische Erfahrungen

Gemeinsamkeiten der Suchtformen sind für Diagnose, Therapie und Prävention wesentlicher als die Unterschiede. Für Sucht („Abhängigkeitssyndrom“) ist der zunehmende Verlust der autonomen Verhaltenskontrolle symptomatisch. Auch die Progredienz der Suchtentwicklung ist typisch; je früher sie gestoppt wird, desto eher gelingt dies. Die offenbar wirksamste Suchttherapie ist deshalb die Frühintervention. Bei Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Kokain oder Heroin ist das „konsequente Aufhören“ („Totalabstinenz“) einfachste und sicherste Methode zur Problembewältigung; dies ist auch bei Glücksspielsucht hilfreich. Bei Ess-Sucht ist sie lediglich im Sinne von zeitweiligem Fasten oder durch Essenszuteilung durch Mitmenschen denkbar. Die suchtmmedizinische Praxis, die im Qualifizierten Entzug und in der Opioidsstitution realisiert ist, wird derzeit noch stark geprägt durch das „Abhängigkeitssyndrom“ der ICD-10, durch das postuliert wird, Sucht entstehe ausschließlich durch den Konsum bestimmter psychotroper Substanzen. Frühere Erfahrungen, nach denen auch Tätigkeiten wie Glücksspielen psychotrop und suchterzeugend wirken, wurden dabei skotomisiert.

Die Ess-Sucht ist somit für die Suchtmedizin weitgehend Neuland. Andererseits haben sich – früher ausgeprägter als heute – auch bei Ess-Störungen wie Bulimie oder Ess-Sucht Selbsthilfegruppen wie die *Overeaters Anonymous* (OA) bewährt. Diese haben derzeit weniger Teilnehmer als vor einigen Jahrzehnten; zum Teil dürften sie etwas erstarrt sein, die Zugangsbarriere für neue Teilnehmer ist recht hoch.

Eine zentrale präventive Funktion könnte die Motivation zur Verhaltensänderung in jedem Arztgespräch einnehmen, wie bisher schon bei der – möglichst frühen – Intervention bei gesundheitsschädlichem Alkohol- oder Nikotinkonsum.

Die Umstellung des Suchthilfesystems auf Sucht-Frühintervention hat erst begonnen.

Zudem wird – der ICD-10 entsprechend – der diagnostische Blick mehr auf Unterschiede als auf Gemeinsamkeiten verschiedener Suchtformen gerichtet.

Von psychosomatischen Schulen wird die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Kinzl & Biebl 2010) oft überbetont und teure Psychotherapie durchgeführt, ohne ausreichenden empirischen Wirksamkeitsnachweis.

## Selbstexploration und -management

Eine „Totalabstinenz“ („Entschluss zum alkoholfreien Leben“) wie bei Alkoholabhängigen kann sich bei der Ess-Sucht auf bestimmte Nahrungsmittel (bspw. „Junkfood“) beziehen. Hilfreich kann es auch sein, die Verhaltenskontrolle für einige Monate an andere abzugeben und nur das zu essen, was ein anderer kontrolliert (eine Verhaltensparallele: Glücksspiel- oder Kaufsüchtige geben die Geldverwaltung vorübergehend an andere ab).

Hilfreich bei der Verhaltensänderung sind selbst verfasste (und dadurch akzeptable) Regeln. Bekanntlich schaffen manche Menschen durch striktes Einhalten von Konsumregeln es sogar, kontrolliert Substanzen mit hohem Suchtpotenzial wie Kokain zu konsumieren, ohne süchtig zu werden. Je früher man beginnt, sich an das Einhalten von Konsumregeln zu gewöhnen, desto besser erlernt man es.

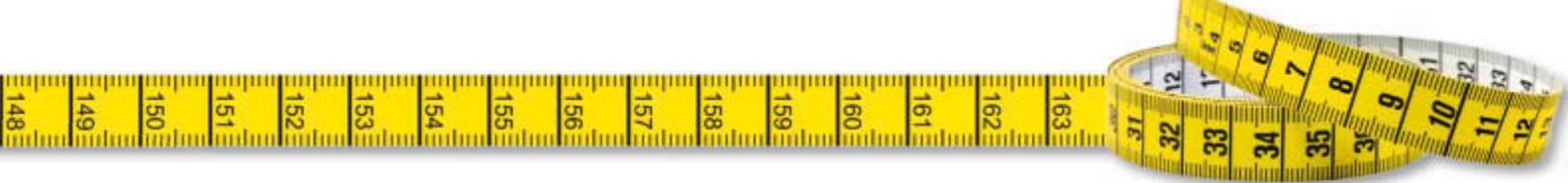
Symptomatisch für Sucht ist die hohe Rückfallgefahr ins gewohnte Konsumverhalten. Nach einem Rückfall ist es von großer Bedeutung, möglichst rasch wieder mit der bewussten Verhaltensregelung zu beginnen.

Selbstexploration bzw. -reflexion kann zur Verbesserung des Selbstmanagement führen, auch im Hinblick auf das eigene Ess-Verhalten. Unter den suchtherapeutischen Methoden hat sich das Verhaltensprotokoll besonders bewährt: Die Patienten protokollieren ihren Konsum mit Art und Uhrzeit, optimalerweise auch ihre Gedanken und Gefühle vor, während und nach dem Konsum. Selbstexploration kann gefördert werden durch das Gespräch mit anderen Menschen, die unter der gleichen Problematik leiden.

Die Erfahrung zeigt: Je mehr Menschen Suchtmittel konsumieren, desto mehr Menschen werden süchtig. Dies gilt



*Selbstexploration kann durch das Gespräch mit anderen Menschen, die unter der gleichen Problematik leiden, gefördert werden ...*



besonders für Suchtmittel („Drogen“) mit hohem Suchtpotenzial wie Heroin oder Kokain, aber auch für die Quasi-Drogen wie Essen, Kaufen, Glücksspielen etc. Es ist sicherlich kein Zufall, dass die Adipositas-Problematik unserer Epoche zeitgleich ist mit der derzeit verbreiteten und offiziell geförderten Konsum- und Eventkultur („Wirtschaftswachstum durch Konsum“), durch die die öffentliche Meinung geprägt wird und deren Folgeschäden (auch für spätere Generationen) offiziell ausgeblendet werden. Durch diese extrem kurzsichtige Konsum-Ideologie hat auch die Prävalenz „nichtstoffgebundener“ Suchtformen erheblich zugenommen.

## Zeitgeistbedingte Konsum-Ideologie

Der Blick zurück macht deutlich: Bis vor 30 Jahren war die Suchttherapie hauptsächlich Aufgabe der Sozialpädagogen. Die relativ junge Wissenschaft Psychiatrie fühlte sich fast ausschließlich für Sucht-Diagnostik und hirnorganische Sucht-Folgeschäden wie Rausch, Delir oder Demenz/Korsakow zuständig. Die noch jüngere Wissenschaft Psychologie beschäftigte sich hauptsächlich mit Test-Diagnostik und Statistik (Epidemiologie); allerdings waren die Erkenntnisse einiger Psychologen (Beck, Ellis, Grawe, Kanfer, Rogers, Skinner) für die Suchttherapie von größter Bedeutung. In den 70er bis 90er Jahren leisteten insbesondere die Sucht-Selbsthilfegruppen nach dem Muster der Anonymen Alkoholiker, Guttempler, Freundeskreise etc. die eigentliche Suchttherapie; die früheren Trinker-Heilstätten wandelten sich um zu Fachkliniken. Seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wird Suchttherapie hauptsächlich von Psychologischen Psychotherapeuten geleistet, obwohl die psychotherapeutischen Schulen noch stark von Dogmen geprägt sind. Hingegen ist der in der Suchttherapie erfahrungsgemäß effiziente Selbsthilfe-Gedanke in den Hintergrund gedrängt worden. Gleichzeitig wurde nicht mehr die Sucht selbst, sondern die individuelle Hintergrundproblematik („Komorbidität“) in den Mittelpunkt der Suchttherapie gestellt. Dies lässt sich nicht unbedingt als Fortschritt bezeichnen. Paradoxerweise sind wesentlich mehr Mitarbeiterstellen im Suchtbereich geschaffen wor-

den (der bürokratische Aufwand ist allerdings auch erheblich angestiegen, insbesondere im Reha-Bereich). Wichtige suchttherapeutische Aspekte wie „safer use“, „harm reduction“ und insbesondere Sucht-Frühhintervention sind teilweise wieder verloren gegangen. Bei der Ess-Sucht scheint die Sucht-Frühhintervention besonders wichtig zu sein. Dies wird deutlich, wenn Ess-Sucht als Verhaltenssucht gesehen wird. Erlerntes Verhalten kann nicht ohne weiteres verlernt werden. Je länger und intensiver ein Verhalten ausgeführt und damit gelernt wird, desto stärker wird es in der Psyche bzw. im Gehirn fixiert. Die frühere Tiefpunkt-Ideologie („Kapitulation“ durch Leidensdruck) mit der Konsequenz der Totalabstinenz ist bei Ess-Sucht selbstverständlich nicht realisierbar. Resignation im fortgeschrittenen Stadium („zu spät!“) wäre allerdings fatal, zudem würde dies ein Versagen professioneller suchtmmedizinischer und psychotherapeutischer Arbeit bedeuten. Durch ein von den Krankenkassen finanziertes suchttherapeutisches Frühinterventionsgespräch könnte die Möglichkeit genutzt werden, neben anderen Suchtformen auch das Problem Adipositas als Verhaltenssucht mit motivierender Gesprächsführung zu thematisieren. Vorrangig sollte versucht werden, die Progression der Suchtentwicklung durch motivierende Gesprächskontakte in größeren zeitlichen Abständen früh genug zu bremsen oder nach Möglichkeit zu stoppen. Dabei sollte die Provokation paradoxer Reaktionen möglichst vermieden werden.

Vorgeschlagen wird deshalb eine (möglichst krankenkassenfinanzierte) suchtmmedizinische bzw. suchttherapeutische Vorsorgeuntersuchung der 30 – 50-Jährigen, insbesondere zur Sucht-Prävention und Sucht-Frühhintervention für alle Suchtformen, auch für Ess-Sucht/Adipositas. Hierzu ist es notwendig, dass die Sucht-Diagnose wieder realitätsadäquater definiert wird. Das ICD-10-Abhängigkeitsyndrom hat sich in der suchttherapeutischen Praxis nicht bewährt. Wie bereits 1968 höchststrichlerlich in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit festgelegt (jedoch nur partiell realisiert) wurde, ist die Suchtkrankheit auch im frühen Stadium eine Krankheit, die zu schweren Folgeschäden führen und deren Progression verhindert werden kann. Im vergangenen Jahrhundert waren die Sucht-Selbsthilfegruppen therapeutisch am wirksamsten. Derzeit haben sich einige professionell begleitete und bei Bedarf unterstützte Selbsthilfegruppen bewährt; dieses System ist jedoch noch im Anfangsstadium und sollte ausgebaut werden. Allerdings: Angesichts der wegen der Staatsverschuldung zu erwartenden Sparmaßnahmen wird vermutlich das Suchthilfesystem nicht ausgebaut werden können, so dass nur eine realitätsadäquate Umgestaltung möglich sein wird. Im Hinblick auf kommende Jahre ist die suchtmmedizinische (bzw. suchttherapeutische) Frühintervention kostensparend. Zudem müssen für die teure Langzeit-Opioid-Substitution neue Überlegungen angestellt werden; stationäre Maßnahmen („Rehabilitation“) müssen weiter verkürzt, in teilstationäre Hilfen (Tageskliniken, Wochenend-Seminare) umgewandelt und zielgerichteter auf die Suchtproblematik zentriert werden.

*Literatur beim Verfasser.*

**Bert Kellermann** ist Facharzt für Nervenheilkunde im Ruhestand mit Fachkunde Suchtmmedizinische Grundversorgung, E-Mail: [bertkellermann@gmx.de](mailto:bertkellermann@gmx.de)

## Gesundheitsreform

Es begann erfreulich, doch dann wendete sich das Blatt: Im „Versorgungsstrukturgesetz“ kumulieren sich nun Bestimmungen, die Hamburg benachteiligen.

Von Walter Plassmann

# Untote und *andere Monster*

„Endlich einmal ein Gesetzentwurf, der sich nicht gegen uns richtet!“ Dieser Seufzer der Erleichterung ging durch die Ärzteszene, als der damalige Gesundheitsminister Philip Rösler die ersten „Eckpunkte“ für eine Gesundheitsreform vorgelegt hatte. Noch größer war die Erwartung, als aus den Eckpunkten der erste interne Gesetzesentwurf geworden war, den nun Röslers Nachfolger Daniel Bahr zu verantworten hatte. Doch dann begann sich das Blatt zu wenden. Und nun, da es einen veritablen Gesetzentwurf des Bundeskabinetts gibt, befinden sich viele Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wieder in der Position, die sie am besten kennen: Sie stemmen sich gegen drohende Verschlechterungen. Vor allem die Hamburger sind betroffen.

Wer die aktuelle Lage verstehen will, muss drei Jahre zurückblicken: Das Jahr 2008 war das letzte Jahr, in dem eine KV autonom den Honorarvertrag und die Honorarverteilung mit den Krankenkassen aushandeln konnte. Hamburg war darin ganz erfolgreich: So gab es außer in Mecklenburg-Vorpommern keine KV, in der so viele Leistungen außerhalb der Budgets bezahlt wurden wie in Hamburg. Vor allem hatten die Kassen die Honorare für Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie in vollem Umfang übernommen.

Dann kam eine Revolution per Gesundheitsreform, deren volles Ausmaß erst heute so richtig deutlich geworden ist: das „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ der damaligen Ministerin Ulla Schmidt (SPD). Es drehte das System konsequent auf Zentralisierung und tat so, als ob gleichzeitig viele Milliarden Euro zusätzlich ins ambulante vertragsärztliche System fließen würden. Garniert war das Danaer-Geschenk mit der ersten großen Umverteilungsaktion, bei der die KVen im Osten ein besonders großes Stück bekamen, während der Segen über die West-KVen sehr unterschiedlich verteilt wurde. Vor allem Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein und, wie sich später herausstellte, auch Hamburg wurden sehr kleine Löffel zugeteilt, mit denen sie beim Honorarkuchen zulangten durften.

## Gestaltungsmöglichkeiten der Honorarverteilung gleich Null

Wir Hamburger hatten im ersten Jahr des Zentralismus unsere regionalen Handlungsmöglichkeiten falsch eingeschätzt und eine aggressive Honorarpolitik betrieben, mit der wir am Jahresende (auch von etlichen „Schwester“-KVen) allein gelassen wurden. Brutal und schmerzhaft wurde den Hanseaten klar gemacht, dass die Handlungsmöglichkeiten einer

KV nahe Null liegen und dass wir trotz allen ministeriellen Wortgeklingels weiterhin ein Budget haben.

## Hamburg ging leer aus

Wir konnten auf Höhe und Verteilung des Budgets keinerlei Einfluss nehmen, der Zentralismus hatte auf breiter Front gesiegt. Vorbei waren Gestaltungsmöglichkeiten der Honorarverteilung, mit der auf die spezifischen Bedürfnisse von Hamburg eingegangen werden konnte, eingedampft waren die extrabudgetären Leistungen, die wir ein Jahr zuvor noch zahlen konnten und kassiert war vor allem die finanzielle Verantwortlichkeit der Kassen für die Ausgabenentwicklung in der Psychotherapie. Und nicht nur das:

- Als wir nach all den Turbulenzen den wahren Kassensturz machen konnten, mussten wir feststellen, dass die budgetierte Gesamtvergütung in Hamburg von 2008 auf 2009 um kümmerliche 1,75 Prozent gewachsen war; von 2009 auf 2010 waren es ganze 2,2 Prozent. An diesen traurigen Raten, gemessen an Zahlen anderer KVen, hatte der Anstieg der Versicherungszahlen noch den größten Anteil.

- Mächtig ins Kontor schlug dann eine Entscheidung des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den „Fremdkassenzahlungsausgleich“ zu ändern. Danach muss die zahlungspflichtige KV (des Bundeslandes, in dem der Patient wohnt, der in Hamburg behandelt worden war) der fordernden KV nicht mehr die volle Schuld erstatten, sondern nur eine Quote. Für Hamburg, in dem mehr als 30 Prozent aller Patienten aus anderen Bundesländern stammen, war dies eine desaströse Entscheidung, die zu allem Überfluss auch noch rückwirkend erlassen wurde, so dass wir gezwungen waren, fünf Quartale mehr Geld ausbezahlen, als wir erstattet bekamen. Gegen diese Entscheidung der KBV ist Klage eingereicht worden, die vom zuständigen Richter aber nicht so wirklich vorangetrieben wird.

Kaum hatte die KV Hamburg die „Schadensbilanz“ halbwegs überblickt, hagelte es weitere Einschläge:

- Durch Gerichtsentscheidung wurden die Aufschläge für extrabudgetäre Leistungen gekippt, kaum dass sie in die Bundesverträge übernommen worden waren.

- Durch eine neuerliche Änderung des Fremdkassenzahlungsausgleichs wurde von einem Quartal auf das andere dem hausärztlichen Sektor rund zehn Prozent der budgetierten Gesamtvergütung entzogen – der RLV-Fallwert begann eine Talfahrt, der auf dem letzten Platz aller KVen endete.

- Vor allem aber wurde in Folge einer teilweise hysterischen Diskussion um einen unterschiedlichen „Behandlungsbe-

darf“ der größte Teil des Honorarstiegs in 2011 nach willkürlichen Kriterien unterschiedlich auf die KVen aufgeteilt – Hamburg ging dabei komplett leer aus. Die absurde Folge: Jetzt gibt es KVen, die deutlich mehr Gesamtvergütung gezahlt bekommen, als ihre Ärzte überhaupt in der Lage sind abzurechnen. Obwohl mit den Kassen komplette Einzelleistungsvergütung vereinbart wurde, bleiben Millionen Euro übrig, während es in anderen Regionen wie Hamburg an allen Ecken und Enden fehlt.

## Kakophonie widerstreitender Interessen

In die Kakophonie widerstreitender Interessen, die regelmäßig auf den KBV-Vorstand niederging (denn dieser legte Honorarzuteilung und -verteilung im Bewertungsausschuss gemeinsam mit dem Spitzenverband der Krankenkassen ja fest), hatte die KV Hamburg zwischenzeitlich die Forderung nach Rückübertragung der Honorar-Verantwortung in die Region gebracht. Schlussendlich war aus dieser anfänglichen Einzelmeinung eine Mehrheit geworden, auch die KBV reihte sich in die Regional-Befürworter ein; der Vorstand hatte eingesehen, dass es unmöglich ist, zentral für ganz Deutschland die Honorarströme zu lenken.

Und so stand es auch in den ersten Gesetzentwürfen:

- Die Honorarkompetenz sollte wieder möglichst umfassend von der Region wahrgenommen werden.
- Die Bedarfsplanung sollte flexibilisiert werden, um sowohl eine (in der Grundversorgung) kleinräumigere als auch (in der Spezialversorgung) großräumigere Betrachtung anstellen zu können.
- Ein neuer Bereich der „spezialisierten fachärztlichen Medizin“ sollte endlich für gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen Kliniken und Fachärzten sorgen.

Die ungläubige Freude über einen Gesetzgeber, der ausnahmsweise einmal die Ratschläge unmittelbar Betroffener aufzugreifen schien, war noch frisch, da tauchten die ersten Untoten wieder auf: Einige KVen fanden die Regionalisierung doch nicht so spannend. Die Zentrale habe doch viel mehr Geld bei den Krankenkassen freigeschaufelt, als man es regional hätte erreichen können, war das – vorgeschobene – Argument. In Wirklichkeit ging es um eine neuerliche Umverteilung – diese Katze wurde aber erst später aus dem Sack gelassen.

Und so brachte der Kabinettsentwurf, der Ende Juli bekannt wurde, eine kalte Dusche, die sehr gut zu den meteorologischen Kapriolen dieses „Sommers“ passte:

- Die Regionalisierung war de facto gestrichen: Jetzt sollte die KBV das Herzstück einer Honorarverteilung (die Systematik der Mengenbegrenzung) festlegen.
- Die „spezialisierte fachärztliche Medizin“ war komplett aus dem KV-System herausgeschnitten worden; außerdem konnte von „gleich langen Spießern“ mit den Kliniken keine Rede mehr sein.
- Die bereits durch das „GKV-Finanzierungsgesetz“ Ende 2010 für 2012 festgelegten Honorarbedingungen wurden verschärft.
- Vor allem aber war auf einmal von einer neuerlichen „Angleichung des Behandlungsbedarfs“ die Rede – wieder soll willkürlich umverteilt werden, wieder würde die KV Hamburg leer ausgehen.

## Gesetzentwurf bringt Minusrunde

Und nicht nur das. Eine genaue Analyse der geplanten Maßnahmen brachte zutage, dass in Hamburg sogar eine Minusrunde ansteht, wenn der Gesetzentwurf nicht geändert

wird: Die Gesamtvergütung darf 2012 nur um 1,25 Prozent steigen, so sieht es bereits jetzt das Gesetz vor. Bei der konkreten Berechnung der Pauschale, die eine Krankenkasse an die KV zu zahlen hat, soll aber die Versichertenentwicklung nicht mehr berücksichtigt werden. Das ist neu. Da der Versicherungszuwachs in der Hansestadt traditionell ungefähr auf dem gleichen Niveau liegt, frisst dieser den kleinen finanziellen Zuwachs komplett auf, ja es droht sogar, dass dies ins Negative dreht.

Natürlich setzt die KV Hamburg alle ihr zur Verfügung stehenden Hebel in Bewegung, um dieses Szenario abzuwenden. Aber es zeigt sich erneut, dass die Versorgungssituation in Hamburg derart ungewöhnlich ist, dass die Belange der Hansestadt immer dann zwischen alle Stühle geraten, wenn bundeseinheitliche Regelungen exekutiert werden. Wir konnten das Schiff so leidlich auf Kurs halten, als wir diesen noch selbst bestimmen durften. Seitdem wir in die Beiboote verbannt sind, schlagen die Wellen immer heftiger über uns hinweg. Deshalb führt kein Weg an einer konsequenten Regionalisierung vorbei. Auch darf es keine neuerliche Umverteilung geben. Es ist nur noch absurd, wenn derzeit gefordert wird, die EBM-Preise regional anheben zu dürfen, nur damit die Gesamtvergütung auch abgeholt werden kann, während andere KV-Regionen keine Mittel mehr haben, um die immer neuen Löcher stopfen zu können.

Und so wurde aus einem schönen Beginn der altbekannte Kampf – nunmehr auch noch in den eigenen Reihen. Und weiteres Altbekanntes bleibt uns erhalten: Es ist völlig unsicher, wie das Gesetz nach den parlamentarischen Beratungen aussehen wird – und das Gesetz tritt wieder kurz vor knapp in Kraft: Geplant ist der 22. Dezember ...

## ÄRZTESEMINARE 2011/2012

### „STILLEN – EVIDENZ BASIERTES WISSEN FÜR KLINIK UND PRAXIS“

Empfohlen von der FBA Frauenärztlichen Bundesakademie Deutschland

#### KOMPAKTKURSE

Examensvorbereitung – LaktationsberaterIn IBCLC

Erwerb von 60 Fortbildungspunkten

Minden

In Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Teil 1: 09.–11.12.2011 Teil 2: 09.–11.03.2012

Stuttgart

In Zusammenarbeit mit der St. Anna-Klinik, Bad Cannstatt

Teil 1: 18.–20.11.2011 Teil 2: 13.–15.01.2012

#### TAGESSEMINARE

2011: Hamburg, Samstag, 12.11.2011

2012: Würzburg, Berlin, Wien

Informationen und Anmeldung: Heike Menzel, IBCLC

Telefon: 05341 592 84 . heike.menzel@stillen-institut.com



Europäisches Institut  
für Stillen und Laktation

[www.stillen-institut.com](http://www.stillen-institut.com) ELACTA . VELB – Europäische LaktationsberaterInnen Allianz

## Meinung

Die zahlreichen Gesetze der letzten Jahre erwiesen sich als kleinmütige Drehungen an verschiedenen Stellschrauben, nicht selten in die falsche Richtung.

Von Dr. Dierk Abele

# Schluss mit den Reformen!

Wenn Reformen einschneidende gesellschaftliche Veränderungen sind, die größere, planvolle und gewaltlose Verbesserungen bestehender Verhältnisse zum Ziel haben, dann hat es in den letzten 30 Jahren keine einzige Reform im Gesundheitswesen gegeben, die diesen Namen verdient. Der dennoch inflationäre Gebrauch des Reformbegriffs ist daher billige Reklame, die politischen Mut und politische Weitsicht suggerieren und zudem das Publikum beruhigen soll. Die zahlreichen Gesetze der letzten Jahre erwiesen sich als kleinmütige Drehungen an verschiedenen Stellschrauben, nicht selten in die falsche Richtung. Eines der ohnehin utopischen Hauptziele, die Beitragsstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde nie erreicht, und das Unbehagen der Gesellschaft an unzureichender, ungerecht verteilter und zu teuer medizinischer Versorgung ist gewachsen. Der bedrohliche Ärztemangel, derzeit nicht einmal mehr auf die Flächenländer vornehmlich des Ostens begrenzt, ist ein weiteres Indiz für den Niedergang eines Berufsstandes und Offenbarungseid eines vormals beispielhaft erfolgreichen Versorgungssystems.

## Nicht auf Insiderwissen und Erfahrung verzichten

Lösungsvorschläge aus der Ärzteschaft geraten schnell in den Verdacht, allein den eigenen, zumeist pekuniären Vorteil im Auge zu haben. Die gesetzgebenden Organe wären dennoch gut beraten, auf Insiderwissen und Erfahrung der Ärzte nicht zu verzichten.

Ein solcher Insider blickt nun nach über vierzig Jahren ärztlicher Tätigkeit zurück, als Rentner allenfalls noch am Rande interessengeleitet und als ehemaliger und ehrenamtlicher Funktionär in allen Bereichen der Ärztlichen Selbstverwaltung alt geworden. Natürlich steckt der Teufel im Detail. Aber

eine ganze Armee von Teufeln verhindert seit Jahrzehnten kluge Detaillösungen, weil folgende Grundfragen und -haltungen ungeklärt geblieben sind:

1. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung dient als Argument für allerlei Missstände. Ignoriert wird, dass GKV und PKV gänzlich unterschiedliche Systeme gesundheitlicher Absicherung sind. Die GKV ist eine Öffentliche Kasse, die ihren Versicherten Gesundheitsleistungen je nach Kassen- und politischer Wetterlage zuteilt. Sie erhebt einkommensabhängige Beiträge und versichert einen großen Teil ihrer Mitglieder beitragsfrei.

Die PKV ist eine Risikoversicherung, die ihren Versicherten vertraglich vereinbarte Gesundheitsleistungen gewährt. Die Beitragshöhe ist risikoabhängig. Berechnungsgrundlage für die Honorare der Leistungsanbieter ist bei der PKV die von der Bundesregierung erlassene Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Honorare der Leistungsanbieter für in der GKV Versicherte orientieren sich an der Zahlungsfähigkeit der Krankenkassen, nicht selten an deren Zahlungsunfähigkeit, weil diese von konjunkturbedingten Schwankungen und politischen Vorgaben allzu abhängig sind.

Eine wirkliche Reform hätte Schluss zu machen mit der unfruchtbaren Neid-Debatte und sollte den Mut haben, die Vorzüge beider Absicherungssysteme in einer neuen, dritten Form zu vereinen.

2. Die so genannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen war in der Vergangenheit Hauptmotiv für zahlreiche Änderungsversuche. Um die Kosten einzudämmen, musste zuvor ein Schuldiger gefunden werden. Neben den Kostensteigerungen der Krankenhäuser, die nach den europäischen Arbeitszeitrichtlinien endlich die Ausbeutung ihres Personals beenden mussten, neben den fragwürdigen Preisgestaltungen der Pharmain-

dustrie waren besonders die Einkommen der Ärzte für Politik und Medien willkommener Stein des Anstoßes.

Verschwiegen wurde und wird, dass den Kostensteigerungen eine beispiellose Leistungsexplosion zugrunde liegt; unzählige Dinge, die heute medizinischer Alltag sind, hat es vor 30 Jahren nicht gegeben. Verschwiegen wird, dass medizinischer Fortschritt mit neuen Technologien nur selten Bestehendes verbilligt, sondern Zusätzliches möglich macht. Eine wirkliche Reform hätte dieses zu berücksichtigen und müsste erklären, was von dem zusätzlich Möglichen wünschenswert und bezahlbar ist.

## Eine uneinlösbare Illusion

3. Das Interesse der Politik an der Beitragsstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung erklärt sich allein durch den Blick auf die Lohnnebenkosten. Um die Wettbewerbsfähigkeit von Wirtschaft und Industrie zu erhalten, sollten diese begrenzt bleiben. Um die Zustimmung der Wähler nicht zu gefährden, gab es das Versprechen eines weiterhin uneingeschränkten Leistungsangebots. Diese uneinlösbare Illusion ist inzwischen an allen Fronten – es gibt ja auch noch Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung – zusammengebrochen. Zuzahlungen für Medikamente, Praxisgebühr und steigende Zusatzbeiträge zeigen, was eigentlich schon bei Anwendung der Grundrechenarten hätte erkennbar sein können, von der seit über 30 Jahren absehbaren demografischen Katastrophe ganz zu schweigen.

Eine wirkliche Reform hätte mit dieser Illusion aufzuräumen.

4. Die Freiberuflichkeit der Ärzte gilt vielen Politikern, merkwürdigerweise auch vielen freiberuflich tätigen Journalisten und Juristen als Hemmschuh für zeitgemäße Entwicklungen. Ärzte wären Dienstleister, nicht mehr und nicht weniger. Nach langer, nicht selten von Ständebewusstsein wie Ständedünkel geprägter Protestphase richtet sich die Ärzteschaft allmählich auf diesen Paradigmenwechsel ein. Paradoxerweise ist es nun das enttäuschte Publikum, das die Ärzte an Hippokrates erinnert.

Natürlich müssen Honorare der Ärzte angemessen sein und Leistungen angemessen kontrolliert werden. Die Festlegung eines Einkommens jedoch widerspricht der Freiberuflichkeit. Deswegen gibt es Gebührenordnungen. Wer ein festes Einkommen für Ärzte fordert, muss niedergelassene Ärzte zu Angestellten machen, zu Angestellten des Staates oder, wie es derzeit zunehmend geschieht, zu Angestellten von Kapitalgesellschaften als Betreiber Medizinischer Versorgungszentren und ehemals kommunaler Krankenhäuser; es besteht hinreichender Grund, sich um die ärztliche Therapiefreiheit zu sorgen.

Eine wirkliche Reform hätte zu entscheiden, welche Rolle der Arzt künftig im Gesundheitswesen spielen soll.

5. Seit längerem ist es üblich, die gesundheitliche Versorgung vornehmlich aus dem Blickwinkel von Markt und Wettbewerb zu betrachten. Zweifellos sind Markt und Wettbewerb wesentliche Säulen unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems. Auf soziale Sicherungssysteme angewendet, zeigen sich jedoch Risiken und Nebenwirkungen. Nirgends ist Heilung zu beobachten, sondern Selektion und Überversorgung der Gesunden und Vernachlässigung der Bedürftigen. Ganz unversehens sind auch die Patienten unter den Versicherten in diesen Wettbewerb hineingezogen worden. Sie bieten auf dem Markt auch etwas an, nämlich ihr Honorar für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. GKV-Versicherte haben diesen Wettbewerb verloren, sie bieten im letzten Monat eines Quartals null Euro an und wundern sich, wenn sie länger als andere auf einen Termin warten müssen.

Eine wirkliche Reform hätte zu berücksichtigen, dass Wettbewerb für soziale Sicherungssysteme untauglich ist.

## Ein unheilvoller Paradigmenwechsel

6. Als weiteres Allheilmittel wird seit Jahren die Prävention gepriesen. Schließlich sei es billiger, Krankheiten zu verhüten als sie zu behandeln, heißt es. Dies gilt im günstigsten Fall für die Primärprävention wie bei Impfungen oder Kariesprophylaxe. Ansonsten meint Prävention meist Früherkennung von Krankheiten, was bei Erhöhung von Heilungschancen zweifelsfrei sinnvoll und ärztlich geboten ist, aber hohe Kosten verursacht und in keinem Fall Geld einspart.

Im Gefolge solcher Krankheitsvermeidungsüberlegungen hat sich ein unheilvoller Paradigmenwechsel im Blick auf Krankheiten eingeschlichen. Nicht um Behandlung von Krankheiten geht es neuerdings, sondern um

Herstellung von Gesundheit. Die Krankenkassen und mit ihnen viele Ärzte haben sich dieser Idee blindlings verschrieben, die AOK sich gar in Gesundheitskasse umbenannt.

## Gesundheit ist kein herstellbares Produkt

Eine wirkliche Reform hätte zu erkennen, dass Gesundheit kein herstellbares Produkt ist und erst recht kein sozialversicherungspflichtiges „Risiko“ darstellt; eine Versicherung soll gegen Schäden absichern, die niemand haben möchte – wie Feuer, Unfälle oder eben schicksalhafte Erkrankungen. Mutiert eine solche Versicherung jedoch zum Anbieter von Gesundheit, öffnet sie ein Fass ohne Boden und bleibt bis in alle Zukunft unfinanzierbar.

7. Sparen also heißt die Devise. Die Idee allerdings, im Supermarkt einfach die Preisschilder auszutauschen und um 30 Prozent herabzusetzen, wenn das eigene Budget nicht mehr ausreicht, ist selbst für verwöhnte Verbraucher absurd. Den Sparbegriff der Politiker stören solche Absurditäten nicht, sie sind ihr bevorzugtes Handlungsinstrument (wenn schon Markt und Wettbewerb es nicht gerichtet haben). Natürlich gehört auch das Aufspüren ineffektiver Mittelverwendungen und die Aufdeckung und konsequente Bekämpfung von Missbrauch zum Sparen; die Kritik an der Preisgestaltung der Pharmaindustrie und der Abschluss von Rabattverträgen ist hier ein erfreulicher Anfang.

Kernpunkt und weit effektiver ist jedoch die Einschränkung des Konsums, wenn gespart werden muss.

Eine wirkliche Reform hätte mitzuteilen, dass Sparen Einschränkung und Verzicht bedeutet; im Klartext: Verzicht auf den Konsum (nicht selten fragwürdiger) medizinischer Angebote.

8. Oft wird beklagt, dass Veränderungen und Reformversuche auf dem Rücken der Versicherten und Patienten ausgetragen würden. Die nicht länger hälftige Aufteilung der GKV-Beiträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist jüngstes Beispiel, die Zuzahlun-

gen für Medikamente und die Praxisgebühr gehören dazu. Die Vorstellung, andere als die Versicherten selbst hätten für die Kosten von Gesundheitsleistungen aufzukommen, ist ebenso weit verbreitet wie absurd. Im Übrigen: auch Arbeitgeberbeiträge werden zuvor von Arbeitnehmern erwirtschaftet und sind Bestandteil jeder Lohnkalkulation.

Eine wirkliche Reform hätte darauf hinzuweisen, dass nur die Leistungen erbracht werden können, die von den Betroffenen bezahlt werden, ganz gleich ob als Versicherte der GKV, der PKV oder in ihrer Rolle als Steuerzahler. Es gibt keinen anderen Rücken, der sie trägt.

## Das Gespenst einer Zwei-Klassen-Medizin

9. Die Unzufriedenheit mit den gegebenen Verhältnissen wird deutlich in der Sorge vor einer „Zwei-Klassen-Medizin“. In unserem Gesellschaftssystem werden sich jedoch Unterschiede in allen Lebensbereichen durch die Gesetzgebung nicht ausräumen lassen. Der Gesetzgeber kann und soll moderierend wirken und Unterschiede verträglich gestalten. Längst ist ja erreicht, dass der lebensbedrohlich verletzte oder erkrankte Arbeitslose exakt dieselbe Behandlung erfährt wie der Herr Direktor; das ist zu wenig bekannt und wird dank jahrzehntelanger Propaganda nicht einmal geglaubt.

Eine wirkliche Reform hätte darauf zu verzichten, das Gespenst einer Zwei-Klassen-Medizin zu beschwören und damit populistische Politik zu machen. Vielmehr könnte sie anmerken, dass auch sozialistisch orientierte Gesellschaftsformen mit ihren Ein-Klassen-Konzepten gescheitert sind oder scheitern werden.

So also sieht ein Rückblick nach 40 Jahren Berufstätigkeit aus. Es sei dem Verfasser nachgesehen, dass der Blickwinkel des niedergelassenen Arztes im Vordergrund stand; dies war die Perspektive seiner letzten 30 Berufsjahre.

**Dr. Dierk Abele**, Hermann-Löns-Höhe 27, Hamburg-Bergedorf.

## HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

Meißberg 1 • 20095 Hamburg  
Tel. 040 / 30 96 98 - 0 • Fax 040 / 30 96 98 - 50  
info@hagenundkruse.de • www.hagenundkruse.de



### Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

Wir haben uns seit vielen Jahrzehnten auf die unabhängige Beratung von Ärzten und Mediziner spezialisiert und betreuen heute über 3.500 niedergelassene und angestellte Ärzte.

- Unsere Leistungen für Sie:**
- Unabhängige Analyse und Beratung in allen Versicherungsangelegenheiten
  - Sämtliche Verhandlungen mit allen Versicherungsunternehmen
  - Begleitung und Bearbeitung Ihrer Schadensfälle bis zum Abschluss
  - Regelmäßige Überprüfung Ihrer bestehenden Verträge

### Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

**Jörg Enders** 040 / 30 96 98 - 17 • **Jörg Will** 040 / 30 96 98 - 23 • **Peter Kroll** 040 / 30 96 98 - 20  
Geschäftsführender Gesellschafter      Geschäftsführender Gesellschafter      Leiter Kundenservice

## Chronische myeloische Leukämie

Die Entwicklung der Therapie der chronischen myeloischen Leukämie – eine wundervolle Geschichte.

Von Prof. Dr. Dieter K. Hossfeld

# Durchbruch zur Heilung?

Die chronische myeloische Leukämie (CML) ist klinisch-hämatologisch charakterisiert durch Leukozytose (Abb. 1) und Splenomegalie. Rudolf Virchow gehört zu den Erstbeschreibern dieses Krankheitsbildes. Er erkannte einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Leukozytose und Splenomegalie als Ausdruck extramedullärer Blutbildung. Er prägte 1845 für diese Erkrankung den Begriff „Leukämie“ (weißes Blut). Es war die Entdeckung des Philadelphia-Chromosoms (Ph-Chromosoms) (Abb. 2) durch Peter Nowell und David Hungerford im Jahre 1960 (Nowell, Hungerford, 1960), welche der CML in der Hämatologie, aber auch in der Onkologie eine einzigartige, paradigmatische Stellung zuwies. Diese Entdeckung belegte nicht nur die 1914 von dem Zoologen Theodor Boveri entwickelte Hypothese, dass der Entstehung maligner Erkrankungen Chromosomenaberrationen zugrunde liegen. Sie ermöglichte vielmehr fundamentale Einblicke in die Physiologie und Pathophysiologie normaler und leukämischer Blutbildung. Indem das Ph-Chromosom nicht nur in granulozytären, sondern auch in erythrozy-

tären, megakaryozytären und bestimmten lymphozytären Vorläuferzellen nachgewiesen werden konnte, wurde das Konzept einer hämatopoetischen Stammzelle untermauert und damit belegt, dass die CML eine (erworbene) Stammzellerkrankung ist (Hossfeld, Sandberg, Klin. Wschr., 1970). Chromosomenanalysen an CML-Zellen bestätigten tierexperimentelle Befunde klonaler Evolution: im Laufe der Entwicklung der CML von der chronischen Phase über die akzelerierte Phase in die Blastenphase treten schrittweise, fast gesetzmäßig zusätzliche Chromosomenaberrationen auf, die von entscheidender diagnostischer und ominöser prognostischer Bedeutung sind. Es wurde gezeigt, dass solche aberranten Klone extramedullären Ursprungs sein und z. B. in der Milz entstehen können (Hossfeld, Schmidt, 1973).

## Keine Deletion, sondern Translokation

Die Entdecker des Ph-Chromosoms beschrieben dieses als deletiertes Chromosom Nr. 22, das etwa die Hälfte seiner langen Arme verloren hat. Es dauerte 13 Jahre bis klar wurde, dass dem Ph-Chromosom keine Deletion, sondern eine reziproke Translokation zugrunde liegt (Rowley, Nature, 1973; Hossfeld, Nature, 1974), wobei es in der Regel zum Austausch endständigen Materials zwischen einem Chromosom Nr. 9 und einem Chromosom Nr. 22 kommt (Abb. 3). Weitere zehn Jahre vergingen bis zur Entdeckung, dass im Rahmen dieser Translokation das zelluläre Onkogen ABL von Chromosom 9 in die Bruchregion des Chromosoms 22 verlagert wird (Bartlam et al, 1983). Nur drei Jahre später wurde beschrieben (Ben Neriah et al., 1986), dass durch die Translokation ein Hybridgen (BCR-ABL-Gen) entsteht, dass dieses Hybridgen ein Protein mit Tyrosinkinase-Aktivität bildet und dass diesem Protein die entscheidende Rolle in der Pathogenese der CML zukommt.

Mit dieser Entdeckung war der Weg zur spezifischen, gegen die Tyrosinkinase gerichteten Therapie gebahnt. Entsprechend den vordergründigen Symptomen der CML waren therapeutische Bemühungen zunächst auf eine Reduktion der gewaltig wuchernden Granulopoese gerichtet. Arsen in Form der Fowlerschen Lösung (1%iges Kalium-Arsenit) war das erste hierfür eingesetzte Zytostatikum, das ab 1865 und in den folgenden Jahrzehnten zum Einsatz kam (Chen et al., 2011). Zu Beginn des 20.



Rudolf Virchow

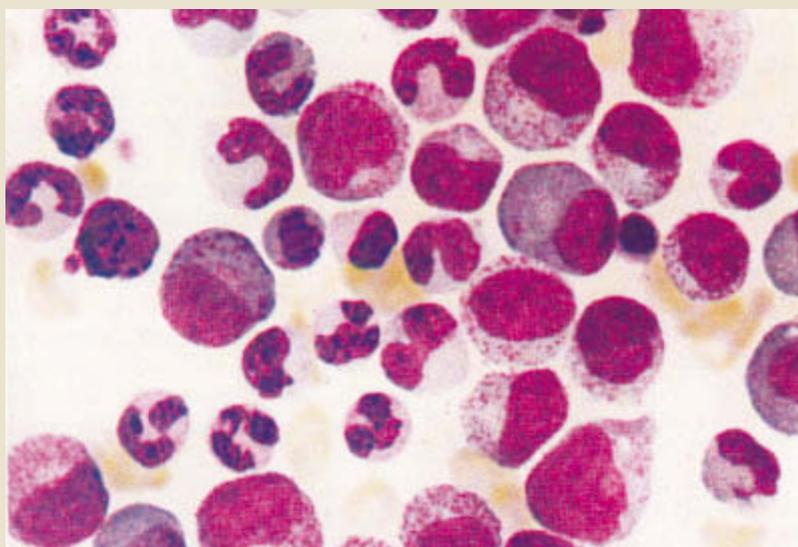


Abb. 1: Blutausstrich eines Patienten mit unbehandelter CML; typische Linksverschiebung bis zur Ebene der Promyelozyten; typische Basophilie

Jahrhunderts stand die Bestrahlung der Milz, die in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung riesige Ausmaße annehmen kann, im Vordergrund. Durch die Radiatio der Milz wurde nicht nur eine Verbesserung des Allgemeinzustands und eine eindrucksvolle Verkleinerung des Organs, sondern auch eine systemische Wirkung erreicht mit nahezu Normalisierung des Blutbildes (Minot et al., 1924). Ob mit der Fowlerschen Lösung oder der Radiatio der Milz eine Verlängerung der Überlebenszeit bewirkt wurde, ist nicht bekannt. Das hängt damit zusammen, dass der natürliche Verlauf der CML unbekannt ist. Und diese Unwissenheit betrifft auch Busulfan und Hydroxyharnstoff – Zytostatika, welche 1953 bzw. 1964 in die Therapie der CML eingeführt wurden. Die Patientenkollektive umfassten damals verschiedenste Varianten der chronischen myeloproliferativen Erkrankungen, waren nicht zytogenetisch oder molekulargenetisch charakterisiert, und der Therapiebeginn nach Diagnose war variabel.

### Natürlicher Verlauf unbekannt

Unter diesen Bedingungen betrug die mittlere Überlebenszeit der nicht bestrahlten Gruppe der Minot-Studie 36,5 Monate, der bestrahlten Gruppe 42 Monate. Die mittlere Überlebenszeit der mit Busulfan und mit Hydroxyharnstoff behandelten Patienten lag bei 40-50 Monaten (Hossfeld, Cohnen, Handbuch der Inneren Medizin, 1978). Entsprechende Resultate wurden mit Dibromanitol erzielt. Mit den benannten Therapieverfahren gelang bei den meisten Patienten eine beträchtliche Reduktion der leukämischen Zellmasse mit weitgehender Normalisierung der peripheren Blutwerte und der Milzgröße; was nicht gelang, war die Elimination der leukämischen, Ph-positiven Knochenmarkszellen, die zu 100% Ph-positiv blieben. Die Persistenz des Ph-Chromosoms war der Boden für eine zunehmende genetische Labilität, für die beschriebene klonale Evolution leukämischer Zellen und damit einhergehender Therapie-Resistenzentwicklung (Abb. 4). Nachdem sich ab 1970 bei der akuten myeloischen Leukämie (AML) Heilungserfolge durch den Einsatz von Medikamenten abzeichneten, die eine Knochenmarkaplasie induzierten (Daunorubicin, Cytosin-Arabinosid) und durch die eine Eradikation chromosomal abnormer leukämischer Zellen erzielt wurde, hat man diese Strategie auf die CML-Patienten übertragen. Unter Berücksichtigung der oben angedeuteten Rolle der Milz in der Pathogenese der CML wurden die Patientin zusätzlich splenektomiert. Keine diese Maßnahmen vermochte den Verlauf der CML zu ändern. Die Erkrankung war unweigerlich tödlich. Die große Mehrzahl der Patienten transformierte etwa drei bis vier Jahre nach Diagnose in die so genannte Blastenphase, ein Krankheitsbild, welches der akuten myeloischen Leukämie glich, das absolut Therapie-refraktär war und an dem die Patienten in wenigen Wochen verstarben. Die Einführung von Interferon-alpha in die Therapie der CML ab 1983 erbrachte einen gewissen Lichtblick: bei 5 – 15% der Patienten wurde eine komplette zytogenetische Remission erwirkt, die häufig dauerhaft war, so dass mehr als 70% dieser Patienten eine mittlere Überlebenszeit von mehr als zehn Jahren erfuhren. Eine komplette zytogenetische Remission ist dadurch definiert, dass unter mindestens 25 von Knochenmarkszellen abstammenden Metaphasen keine das Ph-Chromosom aufweist. Allerdings bleibt auch bei kompletter zytogenetischer Remission das mo-

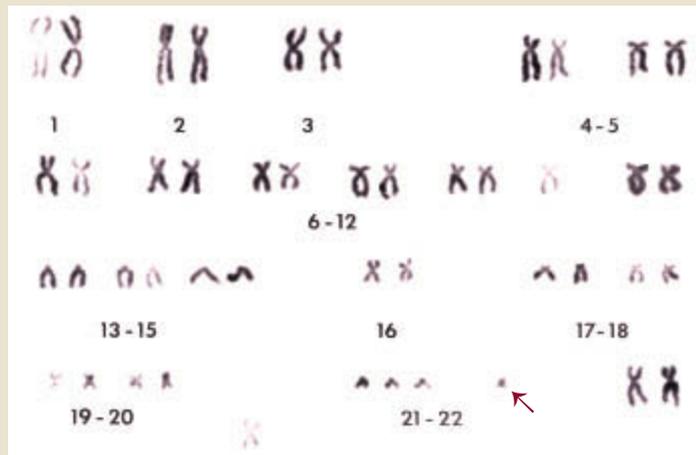


Abb. 2: Karyotyp eines CML-Patienten mit dem Ph-Chromosom, einem deletierten Chromosom Nr. 22 (Pfeil)

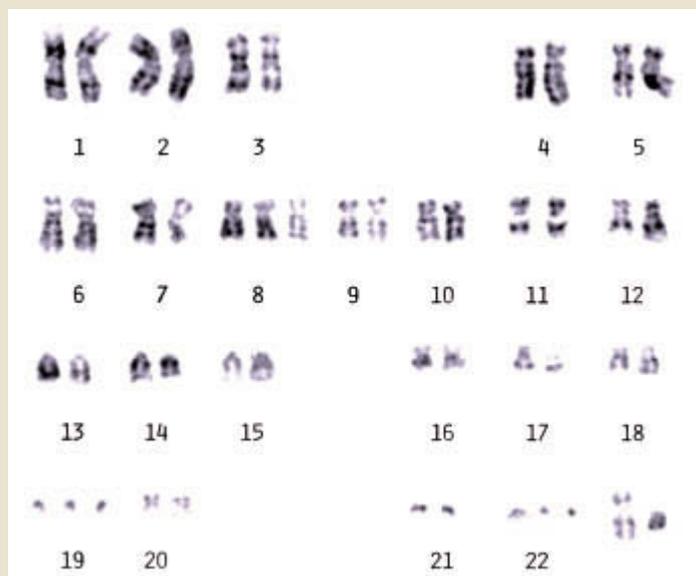


Abb. 3: Karyotyp eines CML-Patienten in Blastenphase mit klonaler Evolution: Verdopplung des Ph-Chromosoms, Trisomie der Chromosomen 8 und 19

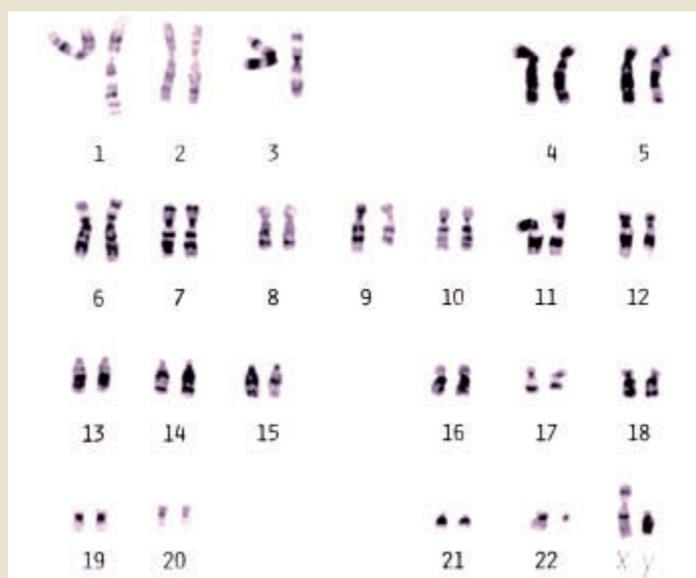


Abb. 4: Karyotyp eines CML-Patienten in so genannter Bändertechnik, welche eine Zuordnung der Chromosomen zu den 23 Chromosomenpaaren erlaubt und die Identifikation des Ph-Chromosoms als Folge einer reziproken Translokation zwischen den Chromosomen 9 und 22 ermöglicht

lekulargenetische Äquivalent des Ph-Chromosoms, nämlich das BCR-ABL-Transcript, nachweisbar. Gesamthaft lag in den Deutschen CML-Studien, die von Rüdiger Hehlmann seit 30 Jahren koordiniert werden, die mittlere Überlebenszeit der mit Interferon-alpha behandelten Patienten bei 5,2 Jahre versus 4,7 Jahre für Hydroxyharnstoff und 3,8 Jahre für Busulfan (Hehlmann et al., 1994).

## Höchster Anspruch auf Heilung

Deutlich besser als die bis dahin erzielten Resultate medikamentöser Therapie waren und sind die der allogenen Blutstammzelltransplantationen. In Abhängigkeit von bestimmten Prognosefaktoren (Gratwohl-Score) kann bei 20 – 70 % der Patienten ein krankheitsfreies Langzeitüberleben erwartet werden, wobei dieses Überleben durch einen hohen Anteil zytogenetischer und molekularer Vollremissionen gekennzeichnet ist. Die Allotransplantation ist bei der CML das Therapieverfahren mit dem höchsten Anspruch auf Heilung. Der Nachteil der Allotransplantation ist die insbesondere vom Patientenalter abhängige Frühmortalität, die umso größer ist, je höher das Patientenalter ist, und hier ist das Verfahren mit dem Problem konfrontiert, dass das durchschnittliche Alter der CML-Patienten bei Diagnose mehr als 60 Jahre beträgt. Durch eine Modifikation der der Transplantation vorangestellten so genannten Konditionierung wurde zwar die Frühmortalität verringert, ein zweites, beträchtliches Problem jedoch potenziert, nämlich das der Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung (Graft-versus-Host)-Erkrankung. Die Graft-versus-Host-Erkrankung ist ein inhärentes Merkmal der Allotransplantation; diese zu beseitigen würde den originären Therapieeffekt, den Graft-versus-Leukemia-Effect, eliminieren.

## Zielgerichtete Therapie – der Durchbruch

In eine Zeit, in der die CML mit Abstand die häufigste Indikation für eine Allotransplantation war, fiel die Einführung eines neuen Therapieprinzips, das auf die Hemmung der im Zentrum der Pathogenese der CML stehenden Tyrosinkinase gerichtet war. Gleich nach der Entdeckung der infolge des BCR-ABL-Transfusionsgens erheblich gesteigerten Tyrosinkinase-Aktivität wurde eine intensive Suche nach Inhibitoren eingeleitet. Unter invitro-Bedingungen wurden Hunderte synthetische Substanzen untersucht. Den Durchbruch schaffte 2-Phenylaminopyrimidin (Imatinib), das 1989 in die Klinik eingeführt und 2001 für die Therapie der Patienten mit CML zugelassen wurde (Drucker et al., 2001). Die Imatinib-Resultate grenzen für einen Arzt, der in seiner Studienzeit noch mit der Fowlerschen Lösung und während der folgenden 40 Jahre mit mittleren Überlebenszeiten seiner CML-Patienten von drei bis vier Jahren konfrontiert wurde, an ein Wunder: progressionsfreies Überleben nach nunmehr über zehnjähriger Beobachtung bei mehr als 90 % der Patienten; komplette zytogenetische Remissionen bei 70 %; molekulargenetische Remissionen bei 65 % der Patienten. Eine molekulargenetische Remission entspricht einer Verminderung der BCR-ABL-positiven Zellen um drei Zehnerpotenzen. Bei etwa 20 % der Patienten muss aufgrund bestimmter BCRABL-Mutationen mit einer primären oder sekundären Imatinib-Resistenz gerechnet

werden. In Abhängigkeit der Art der Mutation stehen für diese Patienten in den letzten Jahren entwickelte, alternative Tyrosinkinase-Inhibitoren (Dasatinib, Nilotinib, Bosutinib) zur Verfügung. Auch gegen die Mutation T315I, die dadurch gekennzeichnet ist, dass im BCR-ABL-Gen Treonin in Position 315 durch Isoleucin ersetzt wird und die den bislang verfügbaren Inhibitoren trotzte, wurde kürzlich eine wirksame Substanz (Ponatinib) identifiziert.

Der Skeptiker mag einwenden, dass die Darstellung der Resultate zu euphorisch ist, weil auch mit diesem Therapieprinzip eine Heilung, wenn überhaupt nur bei einer Minderheit der Patienten möglich ist. Tatsächlich sind die Ph-positiven, leukämischen Stammzellen der Tyrosinkinase-Inhibition gegenüber nicht zugänglich, vermutlich infolge ihrer geringen Proliferation. Eine gewisse Fraktion Ph-positiver Stammzellen verbleibt selbst bei den Patienten, bei denen eine komplette molekulargenetische Remission, also eine Reduktion der leukämischen Zellmasse um mindestens vier Zehnerpotenzen, erreicht wurde. Das Wissen um die Persistenz leukämischer Stammzellen ist zur Triebfeder der Entwicklung zusätzlicher Therapieansätze geworden, zu denen insbesondere Interferon-alpha gehört. Mehrere Untersuchungen weisen darauf hin, dass Interferon-alpha über eine T-Zellen-vermittelte Immunantwort Ph-positiv Stammzellen zu eliminieren vermag, und diese Befunde haben zur Renaissance von Interferon-alpha in Kombination mit Tyrosinkinase-Inhibitoren bei der Therapie der CML geführt. Derzeit gilt, dass die Mehrzahl der CML-Patienten auf eine Imatinib-Dauertherapie angewiesen ist und diese Dauertherapie eine Chronifizierung der Erkrankung bewirkt, so dass sich die Lebenserwartung eines CML-Patienten nicht mehr von der eines nicht-CML-Patienten unterscheidet (Jambacorti et al., 2011). Bei etwa einem Viertel der Imatinib-Patienten kann die Therapie beendet werden, nachdem über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten die BCR-ABL-positiven Zellen unterhalb der molekulargenetischen Nachweisgrenze lagen. Bei der Mehrzahl dieser Patienten kommt es innerhalb von sechs Monaten zu einem molekulargenetischen Rezidiv. Die Hoffnungen sind zurzeit darauf gerichtet, dieses Rezidivrisiko z. B. durch Interferon-alpha zu senken.

Für die Betroffenen ist die dargestellte Therapieentwicklung ein Segen, für die Solidargemeinschaft hingegen eine nicht unbedeutliche Bürde, wenn die Notwendigkeit der Dauertherapie und die normale Lebenserwartung bedacht werden. Die Kosten für Imatinib liegen zurzeit pro Jahr bei etwa 40.000 Euro, für die Imatinib-Nachfolge-substanzen deutlich höher. Die Herstellungskosten von Imatinib sind minimal, so dass damit zu rechnen ist, dass ein in absehbarer Zeit zu erwartendes Generikum erheblich weniger kosten wird und dieser gewaltige Therapiefortschritt dann nicht nur den CML-Patienten reicher Industrienationen zur Verfügung steht.

*Literatur beim Verfasser.*

### **Prof. Dr. Dieter K. Hossfeld**

Onkologische Schwerpunktpraxis, Lerchenfeld  
E-Mail: [info@onkologie-lerchenfeld.de](mailto:info@onkologie-lerchenfeld.de)

*Der Autor dankt Frau B. Gottwald und Frau K. Muysers für die Hilfe bei der Erstellung des Manuskripts.*

## SJS und TEN

### Arzneistoffe

Stevens-Johnson-Syndrom (SJS, Letalität circa 6%) und Toxische epidermale Nekrolyse (TEN, Letalität circa 45%) sind potenziell lebensbedrohliche unerwünschte Wirkungen (UAW) ohne kausale Therapiemöglichkeiten – ein frühes Absetzen verdächtiger Medikamente ist daher essentiell. Das BfArM hat – neben neuen Anforderungen an einheitliche Produktinformationen – eine Liste von Arzneistoffen mit hohem Risiko für das Auftreten dieser schweren Hautreaktionen publiziert:

- Allopurinol (Zyloric®, viele Generika)
- Nevirapin (Viramune®)
- Antiepileptika: Carbamazepin (Tegretal®, viele Generika), Lamotrigin (Lamictal®, viele Generika), Phenobarbital (Luminal®), Phenytoin (Phenhydan®, Zentropil®)
- Sulfonamide: Sulfamethoxazol (= Co-trimoxazol, viele Generika), Sulfasalazin (Azulfidine®, viele Generika), Sulfadiazin (Sulfadiazin-Heyl®)
- Oxicame: Meloxicam (Mobic®, viele Generika), Piroxicam (viele Generika).

Quelle: Bull. AM-Sicherheit 2011, Nr. 2, 3-5

## Metformin

### Laktazidose

Metformin (viele Generika) ist aufgrund von Endpunktstudien eindeutig Mittel der ersten Wahl beim Diabetes Typ II. Parallel zu steigenden Verordnungszahlen nahm auch die Anzahl berichteter Laktazidosefälle zu (circa 16/Jahr). Dies wird von unserer Überwachungsbehörde als Zeichen zu wenig beachteter Kontraindikationen und Warnhinweise gedeutet. Nachdem circa ein Drittel der Fälle letal verliefen, nachfolgend eine Auflistung der Kontraindikationen:

- diabetische Ketoazidose, diabetisches Präkoma
- Störungen der Nierenfunktion und entsprechende akute Krankheitszustände wie Dehydratation, schwere Infektionen, Schock, jodhaltige Kontrastmittel
- kardiale oder respiratorische Insuffizienz, frischer Myokardinfarkt
- Leberinsuffizienz, akute Alkoholintoxikation.

Metformin ist zwar im allgemeinen gut verträglich, hat jedoch wie alle wirksamen Arzneistoffe UAW, die beachtet werden müssen. Wie bei allen zum ersten Mal verordneten Arzneimitteln ist ein Blick in die Fachinformationen zu empfehlen, ein Exemplar dieser Informationen sollte zum eventuellen späteren Überprüfen vorrätig gehalten werden.

Quelle: Bull. AM-Sicherheit 2011, Nr. 2, 6 – 9

## Fluticason

### Osteonekrose

Die kanadische Arzneimittelbehörde sieht sich veranlasst, auf das Risiko von Osteonekrosen unter der inhalativen/intranasalen Gabe von Fluticason (Flutide®, Generika)

hinzuweisen. Anlass waren fünf Berichte über langjährige Anwendungen Fluticason-haltiger Sprays und dem Auftreten von Osteonekrosen. Bei zwei Berichten konnte keine systemische Gabe eines Glukokortikoids eruiert werden, so dass das bei systemischer Gabe lange bekannte Risiko einer Osteonekrose auch bei lokaler Anwendung auftreten kann. Da diese UAW insbesondere bei jüngeren Patienten gehäuft aufzutreten erscheint und Behandlungsoptionen im fortgeschrittenen Stadium begrenzt sind, ist ein frühzeitiges Erkennen dieser UAW vordringlich.

Quelle: Canad. Adv. React. newsletter 2011; 21(2): 2 – 3

## Dolasetron

### Rückzug auf Raten

Der Hersteller Dolasetron-haltiger Arzneimittel (Anemet®), 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptorantagonist zur Therapie von Übelkeit und Erbrechen hat wegen des Risikos von Arrhythmien im Februar dieses Jahres die intravenöse Handelsform zurückgezogen. Im April folgte der vollständige Rückzug, da auch bei oraler Einnahme relevante Verlängerungen des QT-Intervalls aufgrund eines aktiven Metaboliten nicht auszuschließen sind.

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail 2011 – 154

## Polypill

### Zu hohe Erwartungen

Mit hohen Erwartungen (80-%ige Reduktion von Herzinfarkt und Schlaganfall) wurde 2003 eine „Polypill“ empfohlen (kritischer Bericht im Rhein. Ärzteblatt 2003; Nr.9: 15). Sie sollte insbesondere Menschen über 50 Jahren vor Zivilisationskrankheiten schützen.

2009 schien eine 16-wöchige indische Studie mit niedrig dosierten Thiazid, Atenolol, Ramipril, Simvastatin und ASS (plus Empfehlungen für eine gesunde Lebensweise) positive Ergebnisse zu zeigen. In einem Kommentar zur neuen internationalen Studie mit vier Komponenten (ASS, Lisinopril, Hydrochlorothiazid, Simvastatin) wird jedoch festgestellt, dass mit der Zahl der Wirkstoffe vor allem die unerwünschten Wirkungen (UAW) steigen: einer von sechs Teilnehmern klagte über UAW, einer von 20 brach die Studie ab. Wie die Autoren nach dreimonatiger Therapie mit Halbierung des kardiovaskulären Risikos rechnen können, bleibt unverständlich.

Eine individuelle Arzneitherapie bleibt der Goldstandard. Wo sollte eine prophylaktische Arzneimittelbehandlung der Bevölkerung nach einem Gießkannenprinzip enden? Vielleicht bei Arzneistoffen gegen Magenverstimmungen, verursacht durch die Einnahme vieler Arzneistoffe? Mit dem Vorschlag, über einem Alter von 50 Jahren automatisch Arzneimittel einnehmen zu müssen, wird zusätzlich unkritisches „Pillenschlucken“ gefördert. Dann ist doch eher eine Mahlzeit aus Fisch, Obst, Gemüse, Knoblauch, Mandeln, bittere Schokolade und Wein mit einem von einem Kollegen behaupteten Gewinn von fünf bis sechs Lebensjahren empfehlenswert.

Quellen: BMJ 2003; 326:1419; Lancet 2009; 373: 1341; www.aerzteblatt.de; FAZ vom 19.01.2005

Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel.: 18 18 81 - 0 oder <a href="mailto:info.altona@asklepios.com">info.altona@asklepios.com</a>	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus, Institut für Pathologie, Anm. unter Tel.: 25 46 - 27 02	Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. Haeblerin, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. Montag im Monat, 18 s.t. – 19.30 Uhr	Montagskolloquium	VDBW, Anm.: Herr Stöcker, Tel.: 73 60 17 20 oder <a href="mailto:ulrich.stoecker@vdbw.de">ulrich.stoecker@vdbw.de</a>	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld, 14
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	AK Harburg, Chirurgie, Anm. unter Tel.: 18 18 86 - 0 oder <a href="mailto:info.harburg@asklepios.com">info.harburg@asklepios.com</a>	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel.: 74 10 - 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. Stock, Seminarraum
Dienstag, 13. September, 20 – 22.30 Uhr	„Akute und chronische Infektionen der Atemwege bei Kindern“	Aesculabor Hamburg, Tel.: 33 44 11 – 99 66 oder E-Mail: <a href="mailto:seminare@aesculabor-hamburg.de">seminare@aesculabor-hamburg.de</a>	Haferweg 40
Dienstags, 7.30 – 8.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Gynäkologie)	Albertinen-KH, Klinik für Gynäkologie u. Geburtshilfe, keine Anmeldung erforderlich, <a href="http://www.albertinen.de">www.albertinen.de</a>	Süntelstr. 11 Raum KU 13
Dienstags und donnerstags, 7.30 Uhr	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel.: 25 46 – 14 02	Demoraum der Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf, Anm. unter Tel.: 72 55 40	Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel.: 18 18 86 - 23 41, E-Mail: <a href="mailto:v.maassen@asklepios.com">v.maassen@asklepios.com</a>	Konferenzraum Radiologie, Haus 8
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann (81 91 - 0), Herr Lauk (81 91 - 25 15)	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 4. Dienstag im Monat, 18 – 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz (3 P)	UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 74 10 - 5 90 94	Gebäude W10, 3. Stock, Seminarraum
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel.: 23 84 30 - 42, Fax: - 45	Radiolog. Privatpraxis Finkenstaedt/ Maas, Raboisen 40
Mittwoch, 28. September, 14 Uhr	„Lernen in virtuellen Welten: mental und visuell“ (aus der Reihe „Telemedizin und Medizintechnik in der Zukunft“)	Industrie- und Handelskammer zu Lübeck, Tel.: 52 97 – 32 00, Anm. per E-Mail: <a href="mailto:braatz@ihk-luebeck.de">braatz@ihk-luebeck.de</a>	European Surgical Institute (ESI), Hummelsbütteler Steindamm 71, 22851 Norderstedt
Mittwoch, 28. September, 17.30 – 19 Uhr	Forum Ethik: „Ärztliche Behandlungsentscheidungen am Lebensende – sinnvolle Lebensverlängerung oder qualvolle Sterbeverzögerung?“	Kath. Marienkrankenhaus Hamburg, Tel.: 25 46 -12 19	Hörsaal der Pathologie
Mittwoch, 19. Oktober, 19 Uhr	„Häufig verkannt: Delir und Demenz – Alltagstaugliche Strategien zu Diagnostik, Therapie und Prävention“	Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Dr. Poppele, Tel.: 50773202 oder <a href="mailto:g.poppele@eka.alsterdorf.de">g.poppele@eka.alsterdorf.de</a>	Werner Otto Institut, Bodelschwingstraße 23
Mittwoch, 26. Oktober, 15 – 18.45 Uhr	Therapiesymposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (ÄkdA; 4 P)	ÄkdA, Karoline Luzar, Tel.: 030/400456-518 oder Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Tel.: 202299 – 300	Ärztehaus, Saal 1+4
Mittwoch, 26. Oktober, 17 – 20 Uhr	2. Hamburger Hormonsymposium: „Endokrinologie für alle“	ENDOC Praxis. f. Endokrinologie, Prof. Petersenn, Tel.: 40 18 79 85; <a href="mailto:stephan.petersenn@endoc-med.de">stephan.petersenn@endoc-med.de</a>	Mövenpick Hotel im Wasserturm
Mittwoch – Samstag, 21. – 24. September	VII. Europäischer Schmerz-Kongress: „Societal Impact of Pain – Gesellschaftliche Relevanz von Schmerzen“	Dachverband Europäischer Schmerzgesellschaften European Federation of IASP Chapters (EFIC), Info: <a href="http://www.efic.org">www.efic.org</a>	CCH - Congress Center Hamburg
Mittwoch – Samstag, 2. – 5. November	XIV. Intensivkurs für Klinische Endokrinologie	Dt. Ges. f. Endokrinologie, Prof. Petersenn, Info: <a href="http://www.intensivkurs-endokrinologie.de">www.intensivkurs-endokrinologie.de</a>	Empire Riverside Hotel
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel.: 25 46 – 14 61	Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anm. unter Tel. 644 11 - 421, Fax: -312, <a href="http://www.amalie.de">www.amalie.de</a>	Haselkamp 33, Raum Berlin im Seminarzentrum
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	„Onkologische Konferenz“ des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel.: 790 20 - 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel.: 4 41 90 - 6 69	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 15 – 16 Uhr	Große Neurokonferenz: Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie	AK Altona, Neurologische Abteilung, Anm.: Frau Jakus, Tel.: 18 18 81 - 18 13	Radiologie, 1. OG. Demoraum 1

Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf, Anm. unter Tel.: 72 55 40	Röntgenkonferenz, Hs. B
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Schmerzambulanz Alten Eichen, Anm.: Frau Falckenberg, Tel.: 5 40 40 60	Krankenhaus Alten Eichen, Wördemannsweg 23
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46 - 14 02)	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Haus 1
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	AK Altona, Infos und Anm.: Frau Schmidt-Zoricic, Tel.: 18 18 81 - 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 18 85 - 42 74	Haus CF, Konferenzraum
Jd. 4. Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“ – Einladung zur öffentlichen Fallkonferenz und Vortrag zu aktuellen gefäßmedizinischen Themen	Universitäres Herzzentrum HH, Klinik für Gefäßmedizin, Anm.: Fr. Hidalgo, Tel.: 74 10 - 5 38 76	Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstag, 22. September, 16 – 18 Uhr	„Moderne Medizin braucht Evidenz und Intuition“, Vortrag Dr. Wolfgang Gaissmaier, Berlin	Patienteninitiative e. V., Kerstin Hagemann, Anm.: <i>info@patienteninitiative.de</i>	TK-Landesvertretung Hamburg, Habichtstraße 28
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Anm.: Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81 - 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	15.9.: „Journal-Club“; 22.9.: „Lehrplanung WS 2011/12“; 29.9.: „Lifestyle nach Mammacarcinom“; 06.10.: „Update Gynäkologische Onkologie“	UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken u. Polikliniken für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel.: 74105 - 35 06	Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10)
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 790 20 - 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abt., Tel.: 18 18 83 - 12 65	Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/ Neonatologie/ Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel.: 673 77 - 2 82	Ärztbibliothek
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel.: 18 18 81 - 0 oder <i>info.altona@asklepios.com</i>	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/ Onkologie, Tel.: 18 1 882 - 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi 15 Uhr unter Tel. 55 88 - 22 57, <i>www.albertinen-krankenhaus.de</i>	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Jd. 2. Monat Donnerstag, 20 – 21.30 Uhr	Geriatrischer Qualitätszirkel für Hausärzte	Albertinen-Haus, Anm.: Dr. Anders, Tel.: 55 81 - 16 82 oder <i>forschung@albertinen.de</i>	Sellhopsweg 18 - 22, Hauptgebäude, Raum 186,
Freitag – Samstag, 28. – 29. Oktober	Symposium Bildgebung und Therapie in der Psychiatrie	UKE, Klinik und Poliklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Anm. unter Tel.: 741 05 95 20 oder E-Mail: <i>bildgebung-und-therapie@uke.de</i>	Hörsaal Augenklinik, Gebäude W 40
Samstag, 24. September, 10 – 13 Uhr	„KV-Abrechnungen – richtig lesen und verstehen“; „KV-Honorar 2011 – Die Änderungen“; „KV-Honorar 2012 – Welche Änderungen bringt das Versorgungsgesetz?“	Aesculabor Hamburg, Tel.: 33 44 11 – 99 66 oder E-Mail: <i>seminare@aesculabor-hamburg.de</i>	Haferweg 40
Samstag, 22. Oktober, 9.30 – 13 Uhr	„Narzissmus Abhängigkeit und Angst“ (5 P)	APH, Christine Harff, Tel.: 202299 – 302 oder E-Mail: <i>aph@aekhh.de</i>	Fortbildungsakademie, Lerchenfeld 14
<b>Auswärts</b>			
<b>Kiel:</b> 21. – 22. Oktober	CED compact 2011	Kompetenznetz chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Regina Hinrichs, Tel.: 0431 - 597 - 56 00, E-Mail: <i>r.hinrichs@kompetenznetz-ced.de</i> , <i>www.kompetenznetz-ced.de</i>	Atlantic Hotel Kiel Raifeisenstraße 2 24103 Kiel
<b>Lübeck:</b> 29. Oktober	2. Lübecker Allergie-Symposium Interdisziplinäre Aspekte zu Nahrungsmittel- und Medikamentenallergien	Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, UKSH, Campus Lübeck, Frau Schmidt-Tomkewicz, Tel.: 0451-5006985 (Di + Fr); E-Mail: <i>wiebke.schmidt-tomkewicz@uksh.de</i>	Audimax, Raum AM 4, Mönkhof Weg 241 (hinter der Cafeteria/Mensa), 23562 Lübeck

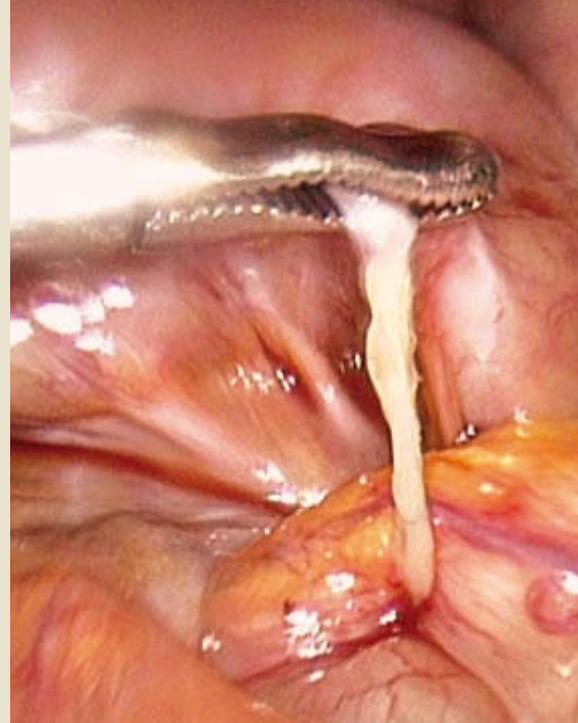
## Der besondere Fall

# Ein gefesselter Darm

### Faden mit Widerhaken

Vier Wochen nach Myomenukleation bei einer jungen Frau mit unerfülltem Kinderwunsch bei Uterus myomatosus kommt es zum akuten Abdomen. Eine spannende Nacht in der ZNA.

Von Dr. Johanna Greggersen, Dr. Karin Neubeck, Dr. Lutz Steinmüller



Eine 36-jährige Frau aus Ghana stellt sich nachts in der Notaufnahme mit heftigsten ubiquitären Bauchschmerzen vor. Sie erbricht, stöhnt vor Schmerzen und wälzt sich auf der Liege. Erst nach Analgesie ist die Patientin „vernehmungsfähig“.

Die Schmerzen seien urplötzlich aufgetreten – kurz nach dem Genuss von Makronen auf dem Hamburger Weihnachtsmarkt. Sie habe noch nie ähnliche Beschwerden erlebt und mittags noch normale Verdauung gehabt bei Obstipationsneigung. Sie habe mehrfach erbrochen, dies setzt sich in der Notaufnahme fort. Die weitere Anamnese ergibt keine Miktionsbeschwerden, Schwangerschaft möglich bei länger bestehendem Kinderwunsch, letzte Menses vor zwei bis drei Wochen normal. Keine Vorerkrankungen, auf die Frage nach Vor-Operationen wird nach kurzem Nachdenken ein „gynäkologischer Eingriff bei Myom“ vor einem Monat angegeben. Keine Allergien, keine Einnahme von Medikamenten, Nichtraucherin.

In der körperlichen Untersuchung zeigt sich eine gepflegte, junge Frau in sehr schlankem EZ mit deutlichen abdominellen Schmerzen mit punctum maximum im Unterbauch suprapubisch rechts lateral. Es besteht Abwehrspannung bei leichtester Palpation bei sonst weichem, nicht geblähtem Bauch mit reizlosen, aber noch frischen Narben nach laparoskopischem Eingriff. Linker Unterbauch sowie Oberbauch erscheinen weniger druckschmerzhaft. Über der Blase besteht ein Peritonismus, die Nierenlager sind jedoch beide ohne Klopf- oder Druckschmerz. Darmgeräusche sind regelrecht vorhanden. Die Vitalparameter sind in Ordnung, ein Druck von 107/74 mmHg, der Puls bei 59/min liegend. Fieber besteht nicht. Die Patientin wirkt zu jeder Zeit sehr beeinträchtigt, aber stabil. Die Diagnostik ist nicht wegweisend: Sero-

logisch ergeben sich keine Auffälligkeiten, es bestehen keine Entzündungsparameter. Die Sonographie zeigt eine homogene Leber mit zarter Gallenblase ohne Konkremente, beidseits nicht gestaute Nieren, eine volle Blase, keine freie Flüssigkeit im Morrison-, Koller- oder Douglaspouch sowie kein sichtbares Kokardenphänomen im rechten Unterbauch bei noch vorhandener Appendix, ansonsten viel Luft, aber keine geblähten Schlingen, keine Spiegel, keine Pendelperistaltik. Der U-Stix ist unauffällig, der  $\beta$ -HCG-Test schließt eine Schwangerschaft aus. Radiologisch ergibt sich kein Nachweis freier Luft, keine Spiegelbildungen, kein Nachweis einer Hohlorganperforation.

Für eine akute Gastroenteritis nach dem oben beschriebenen Verzehr von Makronen erscheint diese Klinik zu eindrucksvoll. Nach Sammeln aller Befunde und Resümieren des Falles sticht nur eine Auffälligkeit ins Auge: Zustand nach Operation vor vier Wochen! Aber was genau?

Die Patientin berichtet nun von bekannten Myomen, welche vor vier Wochen zur Operation in Vollnarkose und dreitägigem Aufenthalt in einer gynäkologischen Klinik geführt hatten. Die operative Sanierung sei regelrecht verlaufen, man habe mehrere Myome abgetragen. Eine postoperative Kontrolle sei unauffällig gewesen.

### Akut schlechter Allgemeinzustand

Aufgrund des akut schlechten Allgemeinzustandes muss umgehend etwas passieren. Für eine konsiliarische gynäkologische Vorstellung in einem anderen Haus, wie sonst in entsprechenden Fällen bei uns üblich, bleibt keine Zeit. Auch die Vorbereitung und Durchführung einer KM-Computer-

tomographie würde unnötig hinauszögern, was inzwischen klar auf der Hand liegt. Es muss nachgesehen werden! Die Lage wird telefonisch dem Hintergrund berichtet, die Indikation zur explorativen Laparoskopie gestellt. Rasch ist die ganze Mannschaft in den frühen Morgenstunden im Haus versammelt und die junge Dame „auf dem Tisch“.

### Ein strangförmiges Fadengranulom

In der Laparoskopie zeigen sich zunächst einige dezent dilatierte Dünndarmschlingen im Unterbauch, wenig Reizsekret und eine unauffällige Appendix. Auf dem Uterus finden sich krustig belegte Myom-Abtragungstellen, desweiteren eine quere Naht auf dem Fundus uteri. Bei weiterem Explorieren sehen wir eine einzige kleine Bride im Bereich des Ileums, welche den Darm geradezu gefangen nimmt. Nach Abtrennen der Bride erholt sich der Darm sofort. Die Bride findet ihren Ursprung in einem zirka 4 cm langen Fadenrest der Uterusnaht. Es ist ein strangförmiges Fadengranulom entstanden, welches sich um den Darm geschlungen hat. Der Faden wird abgetrennt und geborgen. Histologie und Wundabstrich werden später unauffällig ausfallen. Nach einer guten halben Stunde ist der Spuk vorbei! Die Patientin erholt sich zügig und kann am zweiten postoperativen Tag bereits wieder entlassen werden.

Auf Spurensuche: Bei unserer Patientin war laut später angefordertem OP-Bericht eine Hysteroskopie, Corpusabrasio sowie eine anschließende Laparoskopie mit Myomenukleation und Uterusrekonstruktion erfolgt. Es ist ein retroflexierter Uterus mit aufgetriebenem, deutlich erweichtem Fundus beschrieben. Ein 5x6 cm großes Fundusmyom sowie zwei subseröse Myome an der Hinterwand



Abb. 2: Der V-Loc-Faden

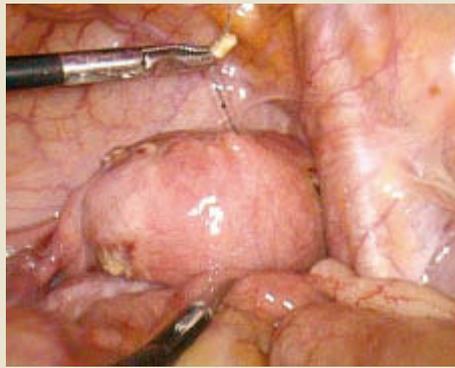


Abb. 3 und 4: Ursprung des Fadens ist die Uterusnaht



Abb.1: Strangulationsileus durch kräftiges Fadengranulom

wurden versorgt. Dabei wurden die beiden kleineren Befunde nur abgetragen und das Gewebe punktuell bipolar koaguliert, der große Hauptbefund war so weich, dass der Myombohrer nicht fassen konnte. Schließlich gelang auch hier die Abtragung bzw. Enukleation mit anschließender Rekonstruktion der Uteruswand. Das Restmyometrium und die Uterusserosa wurden mittels V-Loc in fortlaufender Naht vernäht. Dies muss unser Faden sein!

V-Loc ist ein Faden mit kleinen Widerhaken, welcher je nach Produktserie in 90 bis 180 Tagen resorbiert wird und das Setzen eines Knotens in den meisten Fällen nicht mehr notwendig macht. Eine praktische Sache also! Laut Herstellerangaben reicht eine Art Rückstichverfahren, um an Halt zu gewinnen, dann wird der Faden einfach im Niveau abgeschnitten. Dies verteilt den Druck auf das Gewebe mehr flächig im Gegensatz zu einem einzigen punktuellen Knoten, was vor allem bei Uterus-Eingriffen an Frauen mit Kinderwunsch relevant ist, da eine zeitnahe Dehnung des Gewebes bei einer Schwan-

gerschaft problemlos möglich ist. Die Firma Covidien berichtet über einen im Schnitt 50% schnelleren Heilungsverlauf und die Möglichkeit der Reduzierung von „Knoten-Komplikationen“ wie Gewebereaktionen. Zudem verkürzt es die Naht-/OP-Dauer, da das laparoskopische Knoten von herkömmlichen Fäden entfällt und die Verankerung im Gewebe zu Beginn der Naht durch eine einfache Schlinge gelingt.

### Komplikationen sind nicht beschrieben

Aus der Literatur geht hervor, dass der V-Loc-Faden intraabdominell außer im gynäkologischen Schwerpunkt seine Anwendung vor allem im Bereich des Magens, des Dünnsowie Dickdarms findet. Dennoch müssen weitere Untersuchungen folgen – vor allem im laparoskopischen Gebrauch. Komplikationen bezüglich der Entstehung von Fadengranulomen wie in unserem besonderen Fall oder ein eventuelles Lösen des Fadens in Ausnahmesituationen ist nicht beschrieben.

Nach Kenntnis des OP-Berichts ist davon auszugehen, dass es sich bei unserer Patientin um ein extrem weiches Uterusgewebe gehandelt hat, denn schon ein Greifen des Myombohrers sei unmöglich gewesen. Somit wäre wahrscheinlich, dass die Widerhaken ein nicht ausreichendes Verankerungslager fanden und sich der Faden trotz Rückstich lösen und aus dem Gewebe teilweise wieder hervorstehen konnte. Die Bildung eines Fadengranuloms, welches schließlich zum Ileus führte, kann man wohl nur als Verkettung unglücklicher Umstände ansehen. Dennoch sollte der Verzicht auf einen Knoten in sehr weichem Gewebe gut abgewogen werden.

*Anmerkung: Inzwischen musste ein weiterer Fall eines Ileus nach Uterus-Operation bei einer jungen Frau – hervorgerufen durch einen gelösten V-Loc-Faden – behandelt werden.*

*Literatur bei den Verfasserinnen.*

**Dr. Johanna Greggersen**

Bauchzentrum Hamburg

Schön Klinik Hamburg Eilbek

Tel.: 20 92 16 02

E-Mail: [jgreggersen@schoen-kliniken.de](mailto:jgreggersen@schoen-kliniken.de)

# Sucht, Depression, Angst, Burn-out

## Zurück ins Leben

### Beratung und Information

**0800 32 22 32 2**

(kostenfrei)

### Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,

Berlin/Brandenburg

[www.oberbergkliniken.de](http://www.oberbergkliniken.de)

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.  
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.

Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.

  
**Oberberg**

Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

## Aus der Schlichtungsstelle

# Vermeidbare Beeinträchtigung

**Längere Behandlungsdauer** Irreponibler Leistenbruch bei einem weiblichen Säugling – fehlerhaft verzögerte Operation.

Von Prof. Dr. Otto-Andreas Festge

Bei einem sechs Wochen alten weiblichen Säugling hatte die Kinderärztin einen einseitigen Leistenbruch mit Verdacht auf ausgetretenes Ovar festgestellt und das Kind sofort einer größeren chirurgischen Klinik überwiesen. Der Leistenbruch war klinisch und sonografisch durch die Klinik bestätigt worden. Der Bruchsackinhalt war irreponibel. Inkarzerationszeichen bestanden nicht. Acht Tage später war die Operation – wie durch die Klinik geplant – vorgenommen worden. Es fand sich ein indirekter Leistenbruch mit einem Bruchsackinhalt, den man für das Ovar hielt. Der Bruchsackinhalt wurde reponiert, anschließend Bruchsack und Bruchpforte versorgt. Sechs Tage nach dem Eingriff erfolgte wegen einer Schwellung im Operationsgebiet eine Wiedervorstellung des Kindes in der Klinik. Klinisch und sonografisch wurde ein Leistenbruchrezidiv mit Verdacht eines erneuten Ovaraustritts diagnostiziert. Da man keine Inkarzerationszeichen fand, wurde der Termin für die notwendige Rezidivoperation zu einem vier Tage später gelegenen Zeitpunkt vereinbart. Bei der dann vorgenommenen Operation lag kein Rezidiv vor, sondern ein direkter Leistenbruch. Im Bruchsack fand sich hämorrhagisch infarziertes Gewebe, das die Chirurgen für Reste des Ovars hielten und resezierten.

### Verdacht auf Fremdkörperreaktion

Im weiteren unkomplizierten Verlauf wurde noch eine abdominelle Sonografie durchgeführt, bei der – für die Operateure überraschend – zwei normal konfigurierte und lokalisierte Ovarien gesehen wurden. Die Histologie des bei der Zweitoperation entnommenen Materials hatte wegen der Infarzierung keine genaue Gewebsdifferenzierung erlaubt, sondern lediglich den Verdacht auf eine Fremdkörperreaktion ergeben. Die Eltern des Säuglings werfen den Ärzten

der in Anspruch genommenen Klinik vor, die beiden Operationen fehlerhaft zu spät vorgenommen zu haben. Insbesondere wäre es durch die Verzögerung der Zweitoperation zum Verlust des „Ovars“ gekommen. Vermutet wird auch eine nicht fachgerecht vorgenommene Erstoperation, die deshalb einen zweiten Eingriff erforderlich gemacht habe. Wartezeiten und Zweiteingriff wären für Kind und Eltern sehr belastend gewesen. Die Chirurgen der Klinik wiesen den Vorwurf fehlerhaften Vorgehens zurück. Da Inkarzerationen klinisch und sonografisch nicht vorgelegen hätten, wäre auch bei Irreponibilität des „Ovars“ keine Indikation zu einem früheren Operationstermin gesehen worden. Die Eingriffe seien elektiv acht Tage beziehungsweise vier Tage nach der Indikationsstellung fachgerecht durchgeführt worden. Bei dem Zweiteingriff handele es sich nicht um ein Rezidiv, sondern um einen zweiten (direkten) Leistenbruch.

### Zeitliche Verzögerung

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte kinderchirurgische Gutachter stellte fest, dass es sich bei einem irreponiblen Leistenbruch um einen symptomatischen Bruch handelt. Ein solcher müsse frühzeitig elektiv in einem Zeitrahmen von 24 bis 48 Stunden operativ behandelt werden. Die zeitliche Verzögerung der bei dem Säugling durchgeführten Operationen sei fehlerhaft gewesen. Ein Gesundheitsschaden für das kleine Mädchen sei jedoch nicht entstanden, da es sich bei dem im Rahmen der Zweitoperation resezierten Gewebe nicht um das Ovar des Kindes gehandelt habe. Welcher Art das bei der Operation entfernte Gewebe gewesen sei, wäre nicht mehr zu klären. Für eine fehlerhafte Durchführung der Operationen ergäben sich keine Hinweise. Die Schlichtungsstelle konnte sich der Einschätzung des Gutachters nur teilweise anschließen und gelangte bezüglich

der Haftungsfrage zu einer anderen Bewertung des Sachverhalts.

### Gefahr des Organverlustes

Der beim weiblichen Säugling mit Leistenbruch relativ häufige Ovaraustritt ist oft irreponibel. Meist liegt ein Gleitbruch vor, der die Reposition erschwert. Auch um einer Inkarzeration mit der Gefahr des Organverlustes vorzubeugen, ist es kinderchirurgischer Standard, in einer solchen Situation frühzeitig elektiv innerhalb von 24 bis 48 Stunden zu operieren, wenn nicht schwerwiegende Gründe gegen eine Operation beziehungsweise Narkose vorliegen.

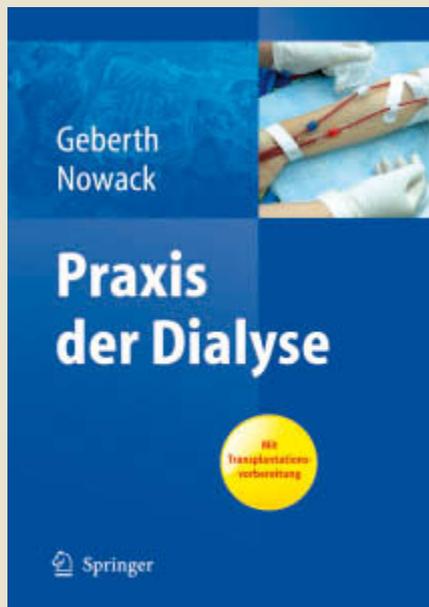
Im konkreten Fall ist die erforderliche Operation zweimal mit vermeidbar fehlerhafter Verzögerung vorgenommen worden. Hier folgte die Schlichtungsstelle dem Gutachter. Bei der technischen Durchführung der operativen Eingriffe waren keine Fehler zu erkennen. Dass beim zweiten Eingriff kein Rezidiv gefunden wurde, sondern ein direkter Bruch, ist sicher ungewöhnlich, aber nicht auszuschließen.

### Acht Tage längere Behandlungsdauer

Im Gegensatz zum Gutachter sah die Schlichtungsstelle jedoch in der zweimalig fehlerhaften Verzögerung der Operation die Ursache für einen Gesundheitsschaden, der mit einer insgesamt um acht Tage verlängerten Behandlungsdauer zu qualifizieren war. In diesem Zeitraum lag eine vermeidbare körperliche Beeinträchtigung des Kindes vor. Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche für begründet und empfahl eine außergerichtliche Regulierung.

**Prof. Dr. Otto-Andreas Festge**

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern



## Praxis der Dialyse

(gebundene Ausgabe)

**Steffen Geberth und Rainer Nowack. Springer Verlag, Berlin. 1. Auflage. 2011. ISBN 978-3-642-13098-4. 69 Seiten. 79,95 Euro.**

Im Springer Verlag ist Anfang des Jahres in erster Auflage das Buch „Praxis der Dialyse“ erschienen. Das Autorenteam besteht aus Steffen Geberth und Rainer Nowack, beide sind niedergelassene Nephrologen. Geberth ist auch Co-Autor des Buches „Praxis der Nephrologie“. Diesem Buch hat der Springer-Verlag nun das hier vorgestellte Werk „Praxis der Dialyse“ an die Seite gestellt.

Beide Werke sollen gemeinsam praxisnahes Wissen für den nephrologisch tätigen Arzt in Klinik und Praxis vermitteln. Gerade für den Bereich der Dialyse existierte bisher Literatur neueren Datums nur für Krankenpflegepersonal. Das Referenzwerk „Dialyseverfahren in Klinik und Praxis“ von Walter Hörl ist seit dem Jahr 2003 nicht mehr neu aufgelegt worden.

Somit kann man dem Buch von Geberth und Nowack zunächst einmal das Alleinstellungsmerkmal eines aktuellen Werkes zum Thema Dialyse zusprechen. Die Aktualität unterstreicht der Verlag, in dem er darauf hinweist, dass alle gültigen Leitlinien (NKF KDOQI, KDIGO, EBPG und DGfN) implementiert seien.

In 16 Kapiteln und 385 Seiten vermitteln die Autoren mit zahlreichen (leider nicht farbigen) Abbildungen das wichtigste Wissen über die Dialyseverfahren. Erläutert werden sowohl technische Voraussetzungen, Durchführung von Dialysebehandlungen, Management von Begleiterkrankungen, Vorbereitung auf die Nierentransplantation sowie das „unvermeidliche“ Qualitätsmanagement in der Dialysepraxis. Ergänzt wird das Buch um eine 62 Seiten umfassende Tabelle zur Dosierung wichtiger Pharmaka bei Niereninsuffizienz.

Leider umfasst das Kapitel Peritonealdialyse nur 40 Seiten im Vergleich zu den 140 Seiten über Hämodialyse. Ein aktuelles Referenzwerk zur Peritonealdialyse ist noch länger als zur Hämodialyse nicht verfügbar: eine Lücke, die die Autoren leider nicht zu füllen in der Lage sind. Hier zeigt sich wieder einmal, dass das unberechtigt schwindende Interesse an der Peritonealdialyse sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der nephrologisch tätigen Ärzte und deren Ausbildern zu finden ist.

Vollständig fehlen wichtige Sonderverfahren wie z. B. Apherese und Immunadsorption. Dafür bieten einige Kapitel Überschneidungen und Redundanz zum Werk „Praxis der Nephrologie“.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es dem Werk gut gelingt, wichtigste Aspekte der Nierenersatzverfahren darzustellen. Insbesondere dem Arzt in nephrologischer Weiterbildung wird nützliches und praktisches Handwerkszeug für die tägliche Arbeit in Klinik und Praxis geliefert. Der Preis ist angemessen.

**Dr. Kai Toussaint, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie  
Dialysepraxis Barmbek**

## I H R E D I A G N O S E ?

Lösung Quiz von Seite 11

### Sigmadiverticulitis mit freier Perforation

Hydronephrose rechts (Bild 1; links ähnlicher Befund, aber nicht abgebildet). Bild 2 und 3: Ventral der Leber Luftartefakte (Reverberationen), die keinem Organ zugehörig waren. Bei solch einem sonografischen Befund ist Aufmerksamkeit geboten; denn es handelt sich um intraabdominell freie Luft nach Hohlorganperforation. Ursächlich bei unserem Patienten war eine Sigmadiverticulitis mit freier Perforation (St II c nach Hansen / Stock).



## Bild und Hintergrund

# Clara und der Knochenmann

### Anatomie

Wie ein Nashorn durch Europa reiste und in die Geschichte der Anatomie einging.

Von Prof. Dr. Volker Lehmann

Im 16. und 17. Jahrhundert wurden große Entdeckungen gemacht, die Welt bis nach Amerika und Indien bereist. Auf dem Gebiet der Medizin hatte Vesal seinen Atlas vorgelegt (1543), Harvey hatte den Kreislauf des Blutes entdeckt (1628), Steno hatte die Muskelfasern des Herzens und ihre Funktion beschrieben (1664). Alles Wesentliche des menschlichen Körpers wurde beobachtet, beschrieben und gezeichnet.

Das Ende des 17. Jahrhunderts war von Vernunft und Verstand geleitet, zumindest in der philosophischen Vorstellung. Die Maschine als Konstruktion durch den menschlichen Verstand beeinflusste das gesellschaftliche Leben. So ist es kaum verwunderlich, dass man auch den Menschen, den man so gründlich auseinander zu nehmen und zu zerlegen gelernt hatte, als einen Mechanismus betrachtete.

### Mechanismus Mensch

Descartes hatte 1664 mit seinem „Traité de l'homme“ die philosophische Grundlage geliefert. Borelli sah in den Knochen Hebel, an denen die Muskeln befestigt sind. Für Baglioni war das Herz eine hydraulische Maschine. Auch Friedrich Hoffmann, heute noch berühmt durch die nach ihm benannten Magentropfen, betrachtete den menschlichen Körper als mechanisches Gebilde. Der Mensch als Gliederpuppe mit dem Spiel von Gelenken, Sehnen, Muskeln und Knochen interessierte und erfuhr seine Krönung später in Kleists Abhandlung „Über das Marionettentheater“. Es ging um die Darstellung des ausdrucksvoll bewegten Körpers. Die Bilder waren nicht mehr ausschließlich für Wissenschaft und Ausbildung der Ärzte als didaktische Hilfen gedacht, sondern hatten künstlerischen Wert. In der bürgerlichen Gesellschaft ge-

hörte es zum guten Ton, sich für Anatomie zu interessieren.

Das menschliche Skelett als Präsentation des Todes hatte die Menschen schon im Mittelalter bewegt. Einige Jahrzehnte später nahm man einen Totenschädel in die Hand und dachte über Sein oder Nichtsein nach. Dem Tod beizuwohnen war im Zeitalter des Barocks in Paris ein sensationelles Gesellschaftsereignis. Bei Hinrichtungen mussten die besten Plätze für Honorationen der Stadt freigehalten werden, so groß war der Andrang der Zuschauer. Genauso beliebt und interessant waren Sektionen in anatomischen Theatern. Molière schildert in seinem Theaterstück „Malade imaginaire“ einen jungen Arzt, der seine Angebetete, um sie zu amüsieren, zur Sektion einer Frauenleiche einlädt. So eine Veranstaltung ersetzte damals Horrorfilme und Thriller des heutigen Kinos. Die besten Plätze in den Theatern waren für die Herren der Stadtregierung reserviert, andere Zuschauer mussten Eintritt bezahlen.

### Obduktion im Anatomietheater

Der venezianische Chirurg Alessandro Benedetti hat um 1500 Voraussetzungen und notwendige Einrichtungen für eine Obduktion im Anatomietheater genau beschrieben: „Für die Sektion ist es vonnöten, eine Art Theater der Sektionskunst zu schaffen: einen großen, luftigen Raum, in welchem Sitzbänke in einem Halbrund aufgestellt sind. Dieser Raum sollte groß genug sein, die Zuschauer bequem und in solcher Entfernung von den sezierenden Chirurgen unterzubringen, dass dieselben bei ihrer Arbeit nicht gestört werden. Auch sollte eine Sitzordnung gewählt werden, die die Sitzplätze nach Maßgabe des Ranges und der Würde der Zuschauer verteilt.

Außerdem sind Torwachen nötig, die neugierige Eindringlinge fernhalten. Auch sollten zwei Schatzmeister gewählt werden, die dafür zuständig sind, aus gesammelten Geldern alles Notwendige einzukaufen. Gebraucht werden Rasiermesser, Messer, Haken, Bohrer und Instrumente zu Eröffnung des Schädels.“ Das, was der interessierte Bürger oder Adlige in sein Haus, in seinen Palast mitnehmen konnte und in Ruhe und wiederholt betrachten konnte, war u. a. ein anatomischer Atlas. Andreas Vesals „De humani corporis fabrica“ war 1543 erschienen und in den nächsten 150 Jahren immer wieder kopiert und variiert worden. Wollte man einen neuen Atlas herausbringen, der auch ein finanzieller Erfolg sein sollte, so musste ein Kaufanreiz erfunden werden. Sei es durch eine auffällige Motivwahl für Abbildungen, wie das Frontispiz von Thomas Bartholinis „Anatomia reformata“, in Leiden 1651 auf den Markt gekommen. Da ist eine menschliche Haut auf einen Holzrahmen genagelt. Oder seien es die wunderbaren Tuschzeichnungen von Gerard de Lairese für die „Anatomia humani corporis“ von Godfried Bidloo (1685). Für einen neuen Atlas über die menschliche Anatomie musste man also zunächst einen exzellenten Künstler engagieren, wie es schon damals Vesal mit Stephan von Calcar getan hatte. Zum zweiten mussten die Darstellungen über die Vermittlung medizinischer Sachverhalte hinausgehen und Kunstwerke sein. Sie mussten zudem eine Sensation zeigen.

### Attraktion im Anatomieatlas

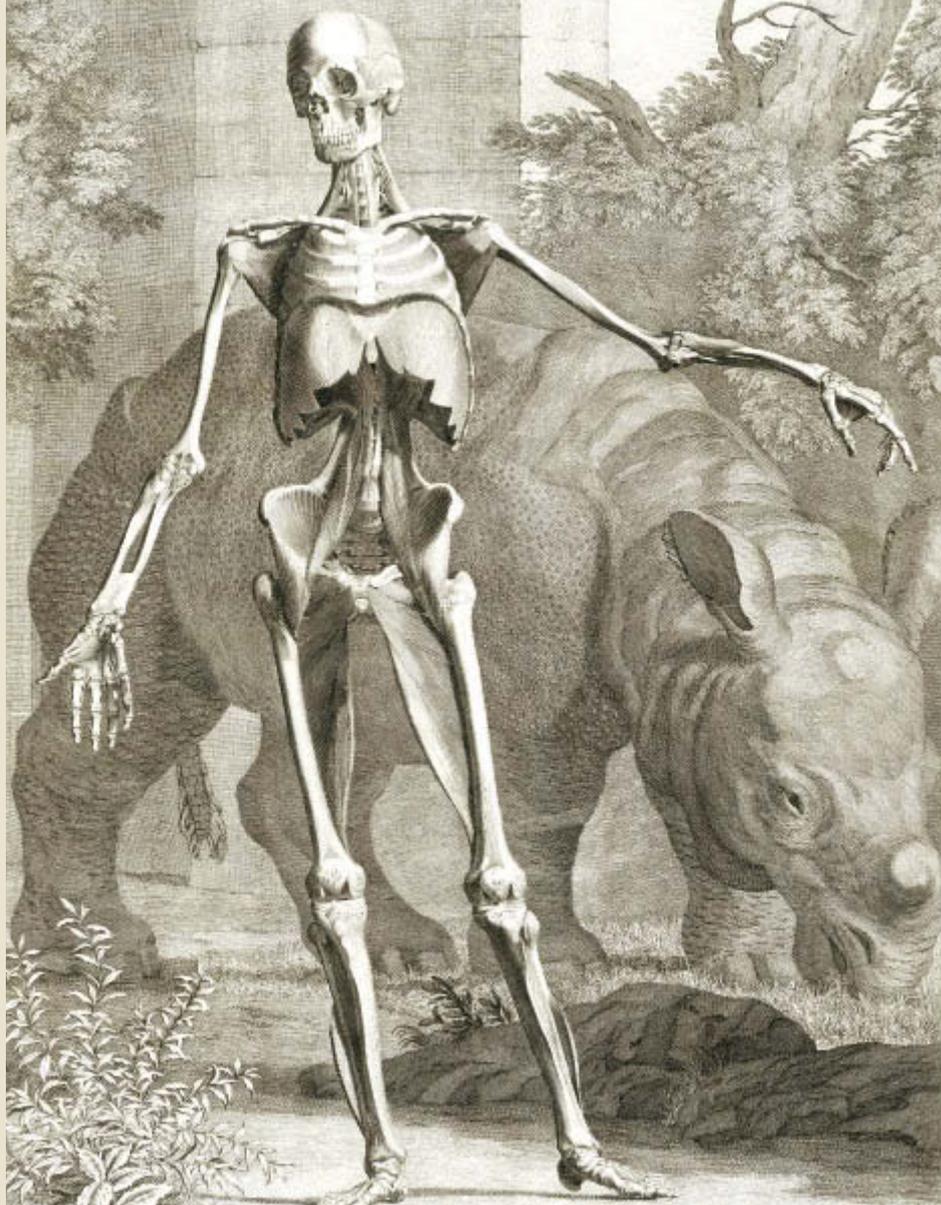
Bernhard Siegfried Albinus (1697 – 1770) hatte den Ehrgeiz, einen solchen anatomischen Atlas zu schreiben und illustrieren zu lassen. Er wurde in Frankfurt/Oder geboren, wo sein Vater als Professor für Medizin lehrte. 1702 zog die Familie nach Leiden, wo der Vater an der Universität tätig war. Albinus studierte dort, ging dann nach Paris, um seine Kenntnisse in Chirurgie und Anatomie zu vertiefen. 1719 kehrte er nach Leiden zurück. Nach dem Tod des Vaters übernahm er dessen Stellung an der dortigen Universität. Einen Ruf an die Universität in Göttingen und Halle lehnte er ab. Er blieb in Leiden bis zu seinem Tod 1770. Die Kosten für seinen Atlas lagen bei Erscheinen bei 24000 Florin. In Jan Wandelaars fand er einen der besten Kupferstecher seiner Zeit und mit Douwemout van der Meer lernte er 1741 einen jungen Kapitän kennen, der aus Kalkutta kommend mit seinem Schiff in Rotterdam gelandet war. Van der Meer brachte ein junges Nashorn aus Indien mit. Er hatte es dem Direktor der Niederländischen Ostindien Kompanie J. A. Sichtermann abgekauft, in dessen Haus das Nashornkalb den Gästen bei Abendgesellschaften vorgeführt wurde. Als das Nashorn ein gewisses Alter und eine gewisse Größe erreicht hatte und als

Attraktion den meisten Gästen inzwischen bekannt war, wollte und konnte Sichermann das Nashorn nicht mehr in seinem Speisesaal vorführen und verkaufte es an den Kapitän van der Meer. Dieser hatte die kommerziellen Möglichkeiten erkannt, die mit dem Rhinoceros in Europa umzusetzen wären.

## Ein Rhinoceros in Europa

Ein Rhinoceros in Europa war eine Sensation. Nur ganz wenige Menschen hatten je ein Rhinoceros gesehen. Keine der Menagerien im Vatikan oder an den europäischen Höfen konnten sich mit einem Rhinoceros schmücken. Sie wurden für die wildesten Tiere auf Erden gehalten, die selbst Elefanten mit ihrem Horn aufspießen konnten. In London war 1739 für kurze Zeit ein Nashorn ausgestellt worden, bevor es verstarb. Seit Ende des Römischen Reiches war es niemandem mehr gelungen, ein Nashorn nach Europa zu bringen und es längere Zeit am Leben zu halten, weil man zu wenig über dessen Lebensgewohnheiten wusste. Im 16. Jahrhundert waren Nashörner durch portugiesische Seefahrer nach Europa gebracht worden. Sie starben bald nach ihrer Ankunft. 1515 sollte Papst Leo X. ein Nashorn aus Lissabon für seine Menagerie erhalten. Er hätte gern ein Rhinoceros gehabt, hatte er doch schon einen weißen Elefanten, der seine Menagerie über die an den europäischen Königshöfen erhob. Das Schiff samt Rhinoceros ging vor Rom unter. Die Schilderungen von Reisenden, die dieses Nashorn gesehen haben wollten, war die Grundlage für Dürers Holzschnitt, der große Verbreitung fand und vielfach in den folgenden Jahrzehnten nachgeschnitten wurde.

Dürer hatte in seinem Leben nie ein Nashorn gesehen, was zu Fehlern in seiner Darstellung des Tieres führte, z. B. ein zusätzliches Horn auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern. Dieser Fehler wurde von anderen Künstlern bis ins nächste Jahrhundert weitergereicht. Van der Meer hatte schnell erkannt, dass sein an die Menschen gewohntes Nashorn über mehrere Jahre zu halten sei, wenn man ihm Zuneigung und Sorgfalt entgegen brachte. Und er hatte erkannt, dass mit einer Zurschaustellung Geld zu verdienen sei. Es musste nur bekannt werden, dass es so ein Nashorn in Leiden gab. Ein anatomischer Atlas und ein Nashorn trafen damals auf die gleiche Schicht von Interessierten. Es waren Adel und Bürgertum, die in der Zeit des Barocks, die Voltaire „le siècle des petites“ genannt hatte, die Abweichung, das Unerwartete, das Exotische liebten, die alles kennen und alles sehen wollten. So trafen sich Albinus und van der Meer in ihren Interessen. Der Kupferstecher hat nach intensiven Studien an Nashorn Clara, so hatte van der Meer seinen Schützling genannt, das Tier hinter das Skelett in seinen Abbildungen für



Das Nashorn Clara und der Knochenmann, Stich von Jan Wandelaar (1742)

den anatomischen Atlas gestellt. Wir sehen das Skelett in Frontalansicht mit einer Geste, die ein Balletttänzer am Anfang seiner Vorführung einnehmen könnte, elegant und zart, das linke Bein leicht ausgestellt. Hinter ihm ein Nashorn, nicht wild und aggressiv, wie es damals den Menschen geschildert worden war, sondern kolossal, aber ruhig und gezähmt.

## Nashorn und Skelett

Diese zwei, Nashorn und Skelett, in einer Kulisse aus Felsen, akurater Architektur und Pflanzen und alles in einer Theaterbeleuchtung von oben links; das ist mehr als eine Abbildung für ein medizinisches Lehrbuch, das ist ein eigenständiges Bild.

Knochenmann und Nashorn wurden ein großer Erfolg. Die „Tabulae sceleti et musculorum corporis humani“ von Albinus wurden nach ihrem Erscheinen 1747 wegen ihrer Abbildungen gelobt und gekauft und gelten noch heute als die schönsten anatomischen Abbildungen, auch wenn der holländische Anatom Peter Camper (1722 – 1789) einige Jahre später kleine Fehler in den Darstellungen

entdeckte. Durch Wandelaars Kupferstich, der zunächst als Annonce und Werbung für den Atlas von Albinus gedacht war, wurde van der Meers Nashorn einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht. So hatten beide Seiten ihren Vorteil davon.

Das Nashorn Clara reiste durch Europa. Es hat Friedrich II. gesehen, es hat Maria Theresia besucht. Ludwig XV. wollte es kaufen für seine Menagerie, doch der geforderte Preis war ihm zu hoch. Jean-Baptiste Oudry hat Clara für den König gemalt. Das Bild hängt heute im Staatlichen Museum von Schwerin. Clara hat Neapel, Rom und Florenz gesehen. Es ist in Diderots „Encyclopédie“ abgebildet. 1750 stieß Clara ihr Horn ab. Das Horn, das heute vor dem Instrumentenschrank der Chirurgengilde in Leiden steht, soll Claras Horn sein. Der Verlust des Horns hat Claras Attraktivität nicht geschadet. 1751 wurde sie von Pietro Longhi ohne Horn in Venedig gemalt. Am 14. April 1758 ist Clara in London gestorben. Das ist die Geschichte, wie das Nashorn und der Knochenmann auf ein Bild kamen.

**Prof. Dr. Volker Lehmann** ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Ruhestand.

## Investitionsfinanzierung

Wo Wettbewerb besteht, muss um die Gunst der Patienten geworben werden. Es gilt, die eigene Praxis fit für die Zukunft zu machen.

Von Jens Leutloff

# Startschuss für eine *moderne Praxiszukunft*

Wie mache ich meine Praxis fit für die Zukunft? – Vor dem Hintergrund des steigenden Konkurrenzdrucks stellt sich diese Frage vielen Ärzten. Denn wo Wettbewerb besteht, muss um die Gunst der Patienten geworben werden. Hierbei spielen auch Investitionen in die medizintechnische Ausstattung der Praxis eine wichtige Rolle. Schließlich ist u. a. auch die Qualität der Ausstattung mitentscheidend für den Zuspruch der Patienten – und die Zukunft der Praxis.

Um im Wettbewerb zu bestehen, müssen gerade in älteren Praxen Investitionen getätigt werden. Denn mit den Jahren ist ein Verschleiß oder gar eine Überalterung medizintechnischer Geräte nicht von der Hand zu weisen. Derartige Investitionen sind wichtiger denn je, um Patienten innovative Behandlungsmöglichkeiten bieten zu können und um den Werterhalt der Praxis zu sichern. Gleichzeitig müssen sie aber auch betriebswirtschaftlich tragbar sein.

## Innovativ, rentabel und finanzierbar

Ronald Hensel, Direktor der Niederlassung Hamburg der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), weiß wo der Schuh drückt: „Ärzte müssen bei Investitionen das Wünschenswerte mit dem Machbaren in Einklang bringen. Ihnen muss der Spagat zwischen optimaler Praxisausstattung einerseits sowie Rentabilität und Finanzierbarkeit andererseits gelingen. Gerade die Anschaffung medizintechnischer Geräte verursacht hohe Ausgaben. Für ein konventionelles Sonografiegerät zum Beispiel muss man erfahrungsgemäß zwischen 15.000 und 20.000 Euro einplanen.“

Wer Investitionen in medizintechnische Geräte plane, sollte im Vorfeld daher genau kalkulieren, ob die Anschaffung rentabel und finanzierbar ist, so Hensel weiter. Hierbei seien u. a. folgende Fragestellungen relevant:

- Wie viele Untersuchungen sind jährlich erforderlich, um die Fixkosten des Gerätes zu decken?
- Welchen Gewinn kann ich durch den Einsatz des Gerätes erzielen?
- Ist die Anschaffung des Gerätes rentabel?

Folgende Rechenschemata helfen bei der Beantwortung dieser Fragen:

**1. Zuerst werden die jährlichen Fixkosten berechnet. Teilweise fallen diese Kosten auch dann an, wenn das Gerät nicht oder nicht mehr genutzt wird.**

Abschreibung  
+ Zinsen  
+ Reparatur-/Wartungskosten  
+ Versicherungen  
+ (zusätzliche) Personalkosten  
+ (zusätzliche) Raumkosten  
= **Fixkosten p.a.**

**2. Nach der Kostenseite wird die Einnahmenseite betrachtet. Wie viel lässt sich mit dem Gerät jährlich verdienen? Wie viele Leistungen müssen abgerechnet werden, um die Fixkosten zu decken?**

Honorar je Leistung  
- Sicherheitsabschlag\*  
- Verbrauchsmaterial je Leistung  
= **Bereinigtes Honorar je Leistung**

\* Da das Honorar je Leistung einen kalkulatorischen Durchschnittswert darstellt, sollte ein Sicherheitsabschlag von mindestens 5 Prozent vorgenommen werden.

**3. Nach Kenntnis der Fixkosten und des bereinigten Honorars je Leistung lässt sich nun die zur Deckung der Fixkosten erforderliche Zahl der jährlich zu erbringenden Leistung ermitteln.**

Fixkosten p.a.  
÷ Bereinigtes Honorar je Leistung  
= **Erforderliche Leistungen p.a.**

**4. Darüber hinaus können ergänzend folgende Kennzahlen ermittelt werden.**

Anzahl Leistungen p.a.  
x Bereinigtes Honorar je Leistung  
- Fixkosten p.a.  
= **Gewinn**

Gewinn  
÷ Kapitaleinsatz (Investition)  
= **Rendite vor Steuern**





Erweist sich die angestrebte Investition als rentabel, ist im nächsten Schritt eine Liquiditätsplanung zu erstellen. Hier werde geprüft, so Hensel, ob und wie die Finanzierung realisierbar sei. Denn werden die neuen Geräte über einen Kredit finanziert, wirkt sich das auf das zur Verfügung stehende Einkommen und die Liquidität aus.

## Liquidität nicht gefährden

Letztere ist für das Bestehen der Praxis essenziell und darf durch die Finanzierung nicht gefährdet sein. Aufbauend auf der Liquiditätsplanung werden schließlich die zu finanzierende Summe, die optimale Laufzeit der Zinsbindung, die Finanzierungsart und weitere Konditionen festgelegt. Neben klassischen Bankdarlehen, sollten Ärzte für ihre Investitionen auch öffentliche Förderprogramm-kredite – wie zum Beispiel den KfW-Unternehmerkredit – in Betracht ziehen.

Sind alle Modalitäten geklärt, kann der Startschuss für die Investition in die Praxis fallen. Dieser ist zugleich ein Startschuss in die Zukunft – und ein Vorteil im immer stärker werdenden Wettbewerb.

### Jens Leutloff

Gesundheitsmärkte und -politik  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf  
E-Mail: [info@apobank.de](mailto:info@apobank.de)

## Jetzt NEU in der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern\*



# DAS PRADAXA®-PRINZIP

**Pradaxa®**  
Dabigatranetexilat

\* Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:

- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie
- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %
- Symptomatische Herzinsuffizienz,  $\geq$  NYHA Klasse II
- Alter  $\geq$  75 Jahre
- Alter  $\geq$  65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzkrankung oder arterielle Hypertonie

**Pradaxa® 75 mg/110 mg/150 mg Hartkapseln, Wirkstoff:** Dabigatranetexilat. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 75 mg/110 mg/150 mg Dabigatranetexilat (als Mesilat); *Sonstige Bestandteile:* Weinsäure, Arabisches Gummi, Dimeticon 350, Talkum, Hyprolose, Carrageenan, Kaliumchlorid, Titandioxid, Indigokarmin (E 132), Gelborange S (E 110), Hypromellose, gereinigtes Wasser, Schellack, Butan-1-ol, 2-Propanol, Ethanol vergällt (mit Aceton, Methanol und Acetylacetat), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Propylenglykol. **Anwendungsgebiete:** Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz. Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: Vorausgegangener Schlaganfall; transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie; linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %; symptomatische Herzinsuffizienz,  $\geq$  New York Heart Association (NYHA) Klasse 2; Alter  $\geq$  75 Jahre; Alter  $\geq$  65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzkrankung oder arterielle Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min); akute, klinisch relevante Blutung; Organschäden, die das Blutungsrisiko erhöhen; spontane oder pharmakologisch bedingte Einschränkung der Hämostase; Beeinträchtigung der Leberfunktion oder Lebererkrankung, die Auswirkungen auf das Überleben erwarten lässt; gleichzeitige Behandlung mit systemisch verabreichtem Ketoconazol, Itraconazol, Ciclosporin oder Tacrolimus. **Nebenwirkungen:** Anämie, Hämoglobin vermindert, Nasenbluten, gastrointestinale Blutung, urogenitale Blutung, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Dyspepsie, Übelkeit, Thrombozytopenie, Hämatokrit vermindert, Arzneimittel-Überempfindlichkeit, Hautausschlag, Pruritus, allergische Reaktion, intrakranielle Blutungen, Hämatom, Hämatoptoe, Wundblutung, Blutung, rektale Blutung, hämorrhoidale Blutung, gastrointestinale Ulzera, Gastroösophagitis, gastroösophageale Refluxkrankheit, Erbrechen, Dysphagie, abnorme Leberfunktion/abnormer Leberfunktionstest, Leberenzyme erhöht, Transaminasen erhöht, Hyperbilirubinämie, Hautblutung, Hämorrhoiden, Hämaturie, blutige Absonderung, traumatische Blutung, postoperative Hämatom, postoperative Blutung/Anämie/Absonderung, Wundsekretion, Wunddrainage, Urtikaria, Blutung an einer Injektionsstelle, Blutung an der Eintrittsstelle eines Katheters, Blutung am Inzisionsort, postoperative Drainage, Bronchospasmus. **Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- bzw. Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen. Stand der Information: August 2011**

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, 55216 Ingelheim am Rhein  
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 061 32 / 72 99 99, E-Mail: [info@boehringer-ingelheim.de](mailto:info@boehringer-ingelheim.de)

19/11

Boehringer  
Ingelheim

## Arbeiten im Ausland

Das französische Gesundheitssystem ist für Ärzte attraktiver als das deutsche – ein Erfahrungsbericht.

Von Dr. Wolfgang B. Lindemann

# Ärzteparadies Frankreich

Deutsche Ärztinnen und Ärzte schauen auf Großbritannien oder Norwegen, eher unbekannt hingegen ist das „Ärzteparadies“ Frankreich. Zu Unrecht: Unser direkter Nachbar bietet viel bessere Arbeitsbedingungen als Deutschland, z. B. gibt es völlige Niederlassungsfreiheit. Sprechzeiten können frei gewählt werden, man muss nur von 8 bis 20 Uhr erreichbar sein sowie Samstag 8 bis 12 Uhr, da es üblich ist, am Samstag Vormittag Sprechstunde zu haben. Mit 15.000 Euro für Praxismaterial – das teuerste waren Computer und Software – konnte ich mir eine sehr gut ausgestattete Allgemeinmedizinpraxis aufbauen. In Städten haben viele Kollegen nicht einmal ein EKG-Gerät, mein Negatoskop für Röntgenbilder ist schon sehr exotisch. Arzthelferinnen? Den Beruf Medizinische Fachangestellte gibt es in Frankreich nicht, nur die medizinische Sekretärin und die Zahnarzthelferin – und damit entfallen auch die Lohnkosten.

Zwei Zimmer, Sprechzimmer und Wartezimmer (und Toilette), genügen, man braucht weder Ultraschall noch Lungenfunktion noch Langzeit-EKG. ICD-10 Kodierung und umfangreiche Dokumentation von Normalbefunden entfallen. Das sind nur einige der Vorteile.

## Keine Vier-Minuten-Medizin

Auch der Patient hat es besser: Pro Konsultation zahlt er eine Pauschale von meist 23 Euro, unabhängig davon, wie oft er im Quartal zum Arzt geht oder wie lang oder kurz die Konsultation ist. Vier-Minuten-Medizin gibt es in Frankreich nicht. Wer Patienten auf Termin annimmt, rechnet 15 bis 20 Minuten pro Patient, da kann man gute Medizin machen, die ja bekanntlich aus Zuhören, Erklären und Empathie besteht. Budgets gibt es trotzdem – oder vielleicht deswegen – nicht, Regresse an den Arzt schon gar nicht. Und es gibt noch

viele andere Boni, z. B. sind Ärzte in Frankreich gratis krankenversichert ...

## Unterstützt durch Gemeinde

Meine eigene Niederlassung verlief doppelt so gut wie erwartet: Ich hatte mir einen geeigneten Standort ausgesucht, der einen Arzt brauchte und für mich privat attraktiv war. Dann hatte ich dem Bürgermeister geschrieben, ich wolle mich in seinem Ort niederlassen, meinen beruflichen Lebenslauf beigelegt und mit der offenen Frage geschlossen: „Haben Sie Ratschläge für mich?“ Nach kurzem Zögern sprang der Bürgermeister auf den Zug auf und mit ihm der Gemeinderat.

Anfang 2006 war ich nach telefonischer Terminabsprache 26 Stunden im Ort, in denen alles geregelt wurde: Wohnung und Praxisräume, für 40.000 Euro und alles organisiert von der Gemeinde. Bis ins kleinste Detail kümmerte sich der Bürgermeister, verschaffte mir Stühle und einen Garderobenständer für den Wartesaal. Und als Dreingabe noch Gartenstühle in Dauerleihgabe!

Allerdings war ich auch gut vorbereitet: Acht Jahre in Frankreich, davon drei im Krankenhaus und fünf als Praxisvertreter: Es ist doch ein anderes Gesundheitssystem – darum empfehle ich dringend, wenigstens einige Monate als Praxisvertreter zu arbeiten, um zu lernen, wie eine französische Praxis medizinisch und organisatorisch funktioniert.

## Ein anderes System

Sie gewöhnen sich an andere Diagnosegewohnheiten, lernen omnipräsente Abkürzungen und Medikamente für die „kleine Medizin“ kennen und üben Frauen- und Kinderheilkunde als Teil der Allgemeinmedizin aus. Auf dem Land, wo der nächste Facharzt meist eine Stunde entfernt ist, ohne öffentliche Verkehrsmittel (Krankentrans-

porte werden auch für ältere gebrechliche Patienten oft nicht bezahlt), gilt es, auch andere Fachgebiete „mitzumachen“. Sie nehmen Blut ab, jedenfalls in Landarztpraxen, schreiben selbst EKGs, operieren ohne Assistenz kleine Wunden, Hautwarzen oder Leberflecken. Organisatorisch lernen Sie die etwa zehn (statt 60 bis 90) wichtigen Formulare kennen, ohne Arzthelferin auszukommen, Buchhaltung und Steuererklärung zu machen.

## Kostendruck wächst auch in Frankreich

Werden wir einmal aus diesem Paradies vertrieben? Wohl nicht. Zwar wäre es unredlich zu verschweigen, dass die französische Regierung anscheinend dasselbe Ziel wie die deutsche hat: den freiberuflichen Arzt durch den staatlich angestellten zu ersetzen. Und der Kostendruck wächst auch. Man denkt auch an die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit. Bereits verabschiedet ist ein Gesetz, das Allgemeinmediziner, die in sehr gut versorgten Gebieten wie Teilen der Rheinebene oder der Mittelmeerküste ihre Praxis haben, verpflichtet, pro Jahr einen Monat einen Kollegen in unterversorgten Gebieten wie den Bergen Zentralfrankreichs zu vertreten oder 3.000 Euro Strafe zu zahlen. In einem einzigen Punkt hat Frankreich die deutschen Daumenschrauben sogar übertroffen: Seit 2011 müssen Allgemeinmediziner ihren Urlaub wenigstens zwei Monate vorher bei einer eigens geschaffenen Behörde, der Agence Régionale de Santé, genehmigen lassen. Und diese verweigert den Urlaub, wenn nicht genug Ärzte in der Region verbleiben: Man macht also eine Niederlassung in einer Ärztemangelregion noch unattraktiver.

Obwohl die Niederlassungsfreudigkeit schon jetzt bei jungen Ärzten mäßig ist, wurde nur knapp verhindert, dass Ärzte nicht mehr die vereinfachte Buchhaltung für Freiberufler sondern die normale kaufmännische Buchhaltung führen müssen. (Das wäre nur noch mit Steuerberater machbar, aber für die Finanzämter einfacher.) Und zugesagte Tarifierhöhungen verzögerte die Regierung unter Wortbruch um zwei Jahre. Aber insgesamt sind die französischen Ärztegewerkschaften erheblich rühriger als die deutschen und wehren sich. Die Schikanen werden an ihnen und am stillen Boykott der Ärzteschaft scheitern. Wie auch die vor fünf Jahren nach deutschem Vorbild geschaffene Verpflichtung zur Fortbildung erstmal mangels Umsetzung vom Tisch ist. Das Frankreich der Revolutionen kennt keine preußische Obrigkeitshörigkeit.

**Dr. Wolfgang B. Lindemann**  
E-Mail: [wolfgang.lindemann@ruhr-uni-bochum.de](mailto:wolfgang.lindemann@ruhr-uni-bochum.de)

# Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan  
der Herausgeber  
Ärztekammer Hamburg und  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

## Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

## Redaktion

Nicola Timpe, Dorte Kieckbusch

## Verlag

Hamburger Ärzteverlag GmbH & Co KG  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg  
Telefon: 0 40 / 20 22 99-2 05  
Fax: 0 40 / 20 22 99-4 00  
E-Mail: verlag@aekhh.de

## Anzeigen

Verlag Francis von Wels,  
Inhaber Heiner Schütze e.K.  
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg  
**Anzeigenleitung: Heiner Schütze**  
Telefon: 040 / 29 80 03 - 0, Fax: - 90  
E-Mail: info@wels-verlag.de  
Internet: www.wels-verlag.de

Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 40  
vom 1. Januar 2010

## Anzeigenschluss für

Textteilanzeigen: jeweils am 15. des  
Vormonats; Rubrikanzeigen: jeweils  
am 20. des Vormonats

## Abonnement

Jährlich 69,98 Euro inkl. Versandkosten  
Kündigung acht Wochen  
zum Halbjahresende

## Geschäftsführer

Donald Horn

Mit Autorennamen gekennzeichnete  
Beiträge stellen nicht in jedem Falle die  
Meinung der Redaktion dar.  
Für unverlangt eingesandte Manuskripte  
wird keine Haftung übernommen.  
Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

## Grafische Konzeption

Peter Haase (†), Michael von Hartz

## Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG  
Auflage: 16 160

Titel: Michael von Hartz

Redaktionsschluss ist jeweils  
am 15. des Vormonats.  
Das nächste Heft erscheint am  
10. Oktober.

# DER BLAUE HEINRICH

von Dr. Hanno Scherf, aus: „Moby Dick“, von Herman Melville

## Der Schnapsteufel



Herman Melville

Der Schmied war schon ein alter Mann, als er mit beinahe sechzig Jahren nachträglich noch erfahren musste, was es heißt, sein Hab und Gut verlieren. Man hatte ihn als einen tüchtigen Handwerker gekannt, dem es nie an Arbeit fehlte; Haus und Garten nannte er sein eigen; seine junge Frau stand ihm liebevoll zur Seite und hatte ihm drei rotbackige Kinder geschenkt; jeden Sonntag ging er frohgemut in die kleine Kirche in einem Nahen Wäldchen. Eines Nachts jedoch hatte er sich im Schutze der Dunkelheit und zudem noch auf höchst hinterlistige Art getarnt, ein ruchloser Einbrecher in sein trautes Heim geschlichen und ihnen alles, was sie besaßen, geraubt. Das Traurige dabei war, dass der Schmied selber dem Einbrecher ahnungslos Tür und Tor geöffnet hatte. Es war der Schnapsteufel. Aus der ersten entkorkten Flasche entwich der böse Geist und begann sein Unwesen zu treiben. Nun befand sich aus triftigen Gründen die Werkstatt im Kellergeschoß des Hauses, mit einem eigenen Eingang, so dass die junge Frau jeweils mit herzhaftem Vergnügen ihrem immer noch rüstigen Mann und seinem Hammer zuhörte, dessen Widerhall gedämpft und nicht ohne Wohlklang durch Boden und Wände zu ihr heraufdrang, wenn sie die Kinder zu Bett brachte, die somit vom ehernen Lied der Arbeit in Schlaf gesungen wurden.

O unseliges Geschick! O Tod, warum willst du dich nie rechtzeitig einstellen! Hättest du diesen Schmiedemeister hinweggerafft, ehe er sich völlig zugrunde gerichtet hatte, dann wäre der jungen Witwe wenigstens ein edler Schmerz beschieden gewesen und den Waisen später die Erinnerung an einen ehrwürdigen und sagenhaften Vater, und alle hätten sich eher zu helfen gewusst. Statt dessen holte der Tod einen anderen, der mit seinem frohgemuten Tagewerk eine Familie ernährte, und ließ den mehr als nutzlosen alten Mann stehen, um mit dem Verkommenen dereinst um so leichteres Spiel zu haben.(...) Wozu länger verweilen? Immer seltener wurde das Hämmern im Kellergeschoß, und immer schwächer klang es mit jedem Tag; die Frau saß abgehärmt am Fenster, ohne den Trost der Tränen, und sah starr in die Gesichter der weinenden Kinderschar; der Blasebalg sank in sich zusammen, das Feuer erstickte in Asche, das Haus wurde verkauft, die Mutter kam unter den Rasen, zwei der Kinder folgten ihr dorthin, und der obdachlose alte Mann begann ein unstetes, trauerumflortes Wanderleben, ohne Beileid zu finden, sein ergrautes Haupt verachtet von jung und alt.

Einem solchen Leben bleibt nur noch die Sehnsucht, bald in den Tod auszumünden; aber der Tod ist nur ein Stapellauf in unbefahrene, fremde Bezirke, eine Anbiederung an die Möglichkeiten der unermesslichen Ferne und alles uferlos Fließenden und Flutenden; denen, die den Tod herbeiwünschen und davor zurückschauern, Hand an sich zu legen, bietet daher das Weltmeer, aus dem alles stammt und in das alles mündet, die Verlockung seiner unvorstellbaren, abgründigen Schrecken und wunderbaren, neues Leben verheißenden Abenteuer; in diese Wasserwildnis hinein lockt ihn der Chor der Seejungfern: „Komm, Unglücklicher, hier erlebst du dein blaues Wunder, ohne erst sterben zu müssen. Komm, geh in einem Leben unter, bei dem du so gut wie tot bist für die Menschen an Land, von denen du nichts wissen willst und die von dir nichts wissen wollen. Setze auch dir noch auf dem Friedhof den Grabstein und komm, dich mit uns zu vermählen!“

Von diesen Stimmen von früh bis spät und aus allen Himmelsrichtungen umgaulert, antwortete es in der Seele des Schmieds: „Ja, ich komme!“ Und so war er denn auf Walfang gegangen.

## ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Bericht des Vorsitzenden der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg für das Jahr 2010  
gemäß § 15 der Satzung der Ethik-Kommission

Im Jahre 2010 hat die Ethik-Kommission (EK) zwölf Mal getagt. Im Berichtsjahr wurden der EK 298 Studien zur Primärbegutachtung vorgelegt. Hierbei handelt es sich um Studien, die unter Berücksichtigung des Arzneimittelgesetzes (AMG), des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Berufsordnung (BO) und des Hamburgischen Kammergesetzes beraten wurden.

Primärbegutachtungen finden grundsätzlich in einer Sitzung der EK statt. Im Rahmen dieser Beratung werden die berechtigten Forschungsinteressen des Arztes, aber auch die Interessen des Patienten im Hinblick auf das Nutzen-Risiko-Verhältnis bei der Teilnahme an einer klinischen Prüfung bewertet. Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang medizinische, ethische, juristische und versicherungsrechtliche Aspekte.

Von Forschern aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurden 171 Studien, von Auftragsfirmen 77, aus Häusern der Asklepiosgruppe oder Gemeinnützigen Krankenhäusern 25, von weiteren universitären und nicht universitären Einrichtungen 21, von niedergelassenen Ärzten 2, von der Gesundheitsbehörde 1 und von einer Versicherung 1 Studie zur Primärbegutachtung eingereicht. Im Berichtsjahr wurden seitens der Antragsteller zwei Studien zurückgezogen. Drei weitere Studien wurden vorzeitig beendet.

Zusätzlich zu diesen Erstbegutachtungen wurden 125 Multicenterstudien zur Nachbegutachtung im alten Verfahren übersandt. Hierbei handelt es sich zum einen um Studienvorhaben, die dem Medizinproduktegesetz vor Inkrafttreten der 4. MPG-Novelle unterliegen, zum anderen um Studien, die bereits in einem anderen Bundesland von der für den dortigen Versuchsleiter zuständigen Ethik-Kommission vor Inkrafttreten der 12. AMG-Novelle geprüft wurden. Für beide Studienarten liegt bereits ein positives Votum einer zuständigen Ethik-Kommission vor. Im Hinblick auf hiesige Gegebenheiten wie Qualifikation des Prüfarztes in Hamburg, Wahrung der Rechte und Pflichten der einzubeziehenden Patienten, Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften erfolgt in der Regel ein verkürztes Prüfverfahren. Zusätzlich wurden 293 Multicenterstudien im Mitberatungsverfahren gemäß 14./15. AMG-Novelle und 10 Studien gemäß 4. MPG-Novelle bewertet.

Weiter wurden im Jahre 2010 Forscher bei der Durchführung von 45 epidemiologischen Studien durch die Ethik-Kommission beraten. Wie in den vorhergehenden Jahren wurden von der Geschäftsstelle zahlreiche telefonische sowie persönliche Beratungen von Ärzten durchgeführt, die sich anlässlich der Planung eines Forschungsvorhabens Rat suchend an die EK wandten.

Die Ethik-Kommission ist nicht mehr Mitglied im Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen. Die Kommission engagiert sich aber weiterhin in der „Ständigen Konferenz der Geschäftsführer und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern“ bei der Bundesärz-

kammer und hat sich hier an der Erarbeitung der folgenden Stellungnahmen beteiligt:

1. Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Parlamentarischen Anfrage zu „Nichtkommerziellen klinischen Studien in Deutschland (BT-Drs. 17/1786)“

2. Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zum „Entwurf einer Verordnung über das Inverkehrbringen von Arzneimitteln ohne Genehmigung oder Zulassung in Härtefällen“

3. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Leitfadens des Europarats für Mitglieder von Ethik-Kommissionen im Forschungsbereich („Draft Guide for Research Ethics Committee Members“, CDBI/INF (2009)6) vom 8. Dezember 2009, erarbeitet durch die Group of Specialists on Biomedical Research (CDBI-CO-GT2) im Auftrag des Steering Committee on Bioethics (CDBI) des Europarats

4. Stellungnahme zum Konsultationspapier der Europäischen Kommission zur Bewertung der „Clinical Trials Directive“ 2001/20/EC

5. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Verordnungsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 07.12.2009 zur Ersten Verordnung zur Änderung der DIMDI-Verordnung

6. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf einer Zweiten Verordnung zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften des Bundesministeriums für Gesundheit

Folgende Personen waren im Berichtsjahr Mitglieder der Ethik-Kommission:

Prof. Dr. med. Thomas Weber, (Vorsitzender), Neurologe

Prof. Dr. med. Rainer H. Böger (Stellvertretender Vorsitzender), Pharmakologe

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Beil, (Stellvertretender Vorsitzender), Internist

PD Dr. med. Oliver Detsch, Anästhesist

Prof. Dr. med. Margit Fisch, Urologin (neuberufen zum 01.12.2010)

Prof. Dr. med. Peter Höger, Pädiater und Dermatologe

Dr. med. Elke Kaminsky, Medizin. Humangenetikerin

Prof. Dr. med. Jochen Kußmann, Chirurg

Prof. Dr. med. Ingrid Moll, Dermatologin

Axel Gärtner, Vorsitzender Richter OLG a. D.

Dipl.-Pfleger. Rosemarie Gerken-Livingstone, Pflegekraft

Gerhard Heß, Schulleiter a.D.

Prof. Dr. rer. nat. Regine Kollek, Geistes-/Sozialwissenschaft (ausgeschieden zum 30.11.2010)

Herma Purwin, Pflegekraft i.R. (ausgeschieden zum 30.11.2010)

Prof. Dr. jur. Margarete Schuler-Harms, Helmut-Schmidt-Universität

Prof. Dr. phil. Thomas Schramme, Geistes-/Sozialwissenschaft (neuberufen zum 01.12.2010)

Prof. Dr. med. Jürgen Stettin, Arzt und Medizintechniker

Kathrin Thode, Pflegekraft (neuberufen zum 01.12.2010)

Folgende Personen waren im Berichtsjahr stellvertretende Mitglieder der Ethik-Kommission:

Prof. Dr. med. Walter Fiedler, Internist

Prof. Dr. med. Susanna Hegewisch-Becker, Internistin / Onkologin

Prof. Dr. med. Bernd Hüneke, Gynäkologe (ausgeschieden zum 30.11.2010)

Prof. Dr. med. Christian Müller, Chirurg (ausgeschieden zum 30.11.2010)

Prof. Dr. med. Christian Sander, Dermatologe

Prof. Dr. med. Ulrich Schwedes, Internist (ausgeschieden zum 30.11.2010)

Dr. med. Hans-Peter Unger, Psychiater

Prof. Dr. med. Klaus Wiedemann, Psychiater (neuberufen zum 01.12.2010)

Marcus Jahn, Pflegekraft (neuberufen zum 01.12.2010)

Dr. jur. Andreas Lambiris, Richter (neuberufen zum 14.06.2010)

Dieter Mahel, Rentner

Prof. Dr. rer. nat. Rudolf Müller, Medizintechniker (ausgeschieden zum 30.11.2010)

Prof. Dr. Michael Morlock, Medizintechniker (neuberufen zum 01.12.2010)

Prof. Dr. phil. Birgit Recki, Geistes-/Sozialwissenschaft

Dipl.-Ing. Carola Selke, Medizintechniker (neuberufen zum 01.12.2010)

Maike Sellentin, Pflegekraft (neuberufen zum 01.12.2010)

Rino Strobel, Pflegekraft

Kathrin Thode, Pflegekraft (bis zum 30.11.2010, neuberufen zum Mitglied zum 01.12.2010)

Dr. jur. Henning von Wedel, Rechtsanwalt

Zudem wurden aufgrund der geltenden Strahlenschutzverordnung vom Juli 2001 und der revidierten Röntgenverordnung vom 01.07.2002 zwei Strahlenschutzsachverständige berufen. Diese sind:

Prof. Dr. med. Hans-Peter Heilmann

Dr. med. Otto Pohlentz

Prof. Dr. med. Thomas Weber

Vorsitzender

## Bericht des Vorsitzenden der „Kommission Lebendspende“ der Ärztekammer Hamburg für das Jahr 2010 gemäß § 12 der Satzung der Kommission Lebendspende

Im Berichtsjahr waren von der „Kommission Lebendspende“ (KL) 35 Anträge zu bearbeiten (zwei mehr als im Jahr 2009). Aufgabe der KL ist es auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes zu prüfen, ob davon ausgegangen werden kann, dass bei geplanten Lebendorganspenden keine begründeten tatsächlichen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung des Spenders in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelns nach § 17 Transplantationsgesetz ist.

Von den 35 Anträgen betrafen 24 Anträge eine geplante Nieren-Lebendspende und 11 eine geplante Splitleber-Lebendspende. Drei Anträge wurden im laufenden Verfahren zurückgezogen. Beim jüngsten Organempfänger handelte es sich um einen neun Monate alten Säugling, die älteste Organempfängerin war 76 Jahre alt. 31 Patienten waren Deutsche oder dauerhaft in Deutschland lebend, 5 Patienten kamen aus dem Ausland zur Transplantation nach Hamburg.

Im Einzelnen spendeten:

- 17 Elternteile für ein Kind
- 2 erwachsene Kinder für Vater oder Mutter
- 6 Geschwister für ein Geschwister
- 5 Ehefrau für Ehemann
- 1 Ehemann für Ehefrau
- 1 Onkel/Tante für Nefte/Nichte
- 3 nicht Verwandte

Die Anträge auf Durchführung einer Leberlebendspende bedürfen auf Grund des kritischen Gesundheitszustandes des Patienten/ der Patientin

in einer unverzüglichen Bearbeitung, was ein hohes Engagement der Kommissionsmitglieder und der Geschäftsstelle der KL erfordert. Für Eilfälle, d.h. im Falle einer aus medizinischer Indikation unverzüglich notwendig werdenden lebensrettenden Transplantation - bei fehlendem Organangebot über Eurotransplant - muss die KL jederzeit

zur Prüfung und Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen. Eilanträge wurden innerhalb 24 Stunden oder kürzer erledigt, ansonsten betrug der Bearbeitungszeitraum im Mittel 10,5 Tage.

Prof. Dr. med. Frank Riedel  
Vorsitzender

### Der KL gehören folgende Mitglieder an:

Gruppe der Ärzte		
Mitglied:	1. Stellvertreter	2. Stellvertreter
Prof. Dr. F. Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus	Prof. Dr. G. Neumann, Marienkrankenhaus	Prof. Dr. A. de Weerth, Krankenhaus Alten Eichen
Gruppe der Juristen:		
Mitglied:	1. Stellvertreter	2. Stellvertreter
Gabriela Luth, Justitiarin der Ärztekammer Hamburg	Sven Hennings, Rechtsanwalt, Justitiar der Zahnärztekammer Hamburg	Nina Rutschmann, Stellvertretende Justitiarin der Ärztekammer Hamburg
Gruppe der Psychologen		
Mitglied	1. Stellvertreter	2. Stellvertreter
Dr. med. Birgitta Rüth-Behr, Ärztin für psychotherapeutische Medizin	Dr. med. Ingrid Andresen- Dannhauer, Ärztin für psychotherapeutische Medizin	Dr. med. Dörte Niemeyer, Ärztin für psychotherapeutische Medizin
	3. Stellvertreter	4. Stellvertreter
	Hans-Peter Krüger, Arzt für Psychotherapeutische Medizin	Dr. med. Heinrich H. Fried, Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Geschäftsführung: Dr. Silke Schrum		



**WAS HIER FEHLT, IST IHRE SPENDE.**

Damit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Krisengebieten und bei Katastrophen auf der ganzen Welt schnell und unbürokratisch Leben retten kann – spenden Sie mit dem Verwendungszweck „Ohne Grenzen“.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

- über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- zu Spendenmöglichkeiten
- für einen Projekteinsatz

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin  
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 370 205 00



## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

## Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

**Anästhesiologie**

Ein Facharzt für Anästhesiologie in 21031 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.  
*Kennziffer: 99/11 AN*

Ein Facharzt für Anästhesiologie in 20146 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.  
*Kennziffer: 100/11 AN*

**Hausärzte**

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin in 22459 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.  
*Kennziffer: 91/11 HA*

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 20539 Hamburg hat mit Ablauf 31.03.2012 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.  
*Kennziffer: 92/11 HA*

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22049 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.  
*Kennziffer: 93/11 HA*

**Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Eine Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in 21029 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.  
*Kennziffer: 101/11 HN*

Ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in 22391 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf

seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

*Kennziffer: 102/11 HN*

**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Die Praxis eines verstorbenen Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 22089 Hamburg soll zum schnellstmöglichen Zeitpunkt an eine/n Nachfolger/in übergeben werden. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wurde.

*Kennziffer: 94/11 F*

Eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 22143 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 95/11 F*

**Fachärztlich tätige Internisten**

Ein Facharzt für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung) in 22399 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

*Kennziffer: 96/11 I*

Ein Facharzt für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung) mit einer Arztstelle der Fachgruppe Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22399 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

*Kennziffer: 97/11 I*

Ein Facharzt für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung Nephrologie) in 22359 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer

Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.  
*Kennziffer: 98/11 I*

**Psychotherapie**

Eine Psychologische Psychotherapeutin (AP+TP) in 22763 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2012 auf ihre hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 103/11 PSY*

Eine Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin (TP) in 20259 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 104/11 ÄPSY*

Eine Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin (AP+TP) in 20144 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 105/11 ÄPSY*

Eine Psychologische Psychotherapeutin (AP+TP) in 20148 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 106/11 PSY*

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **30. September 2011** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Diese Unterlagen werden den (hälftig) ausscheidenden Vertragsärzten/ Psychotherapeuten sowie den verbleibenden Ärzten/ Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt.

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Frahm, Tel. 040/228 02-3 26, für Psychotherapeuten Frau Stach -503 und Frau Nagel -673.

**Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH**

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden **jeden ersten Dienstag im Monat um 20 Uhr in der Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus)** statt.  
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Frau Flindt: 040 / 22 80 2-569

**AIDS-Arbeitskreis bei der KVH**

Die nächste Sitzung des AIDS-Arbeitskreises findet statt am **Montag, 26. September 2011, 19.30 Uhr, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, (Ärztehaus) Hugo-Niemeyer-Saal**

Geplant sind eine interaktive Falldiskussion und ein Informationsaustausch über Kongress-Neuigkeiten/neue Veröffentlichungen.

Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 22802-572.

## GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

### Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat das nachfolgende Medizinische Versorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen bzw. Änderungen bei den im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzten genehmigt:

Medizinisches Versorgungszentrum	Anschrift	Fachrichtungen
<b>Medizinisches Versorgungszentrum Schwerpunktpraxis im City-Center Bergedorf GmbH</b> Ärztliche Leitung: Dr. med. Wolfgang Burmeister	Bergedorfer Straße 105 • 21029 Hamburg Tel.: 72005020 / 734189822 Fax.: . / .	Innere Medizin (fachärztl.), Chirurgie
<b>MVZ Dr. Staber &amp; Kollegen Hamburg</b> Ärztliche Leitung: Dr. med. Khai-Qui Vi	Holzmühlenstraße 86 • 22041 Hamburg Tel.: 600 38 76-0 Fax.: 600 38 76-22	Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

### Zulassungen von Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten zur vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung zugelassen:

	Ortsteil		Ortsteil
<b>Fachärzte für Allgemeinmedizin</b> Karin Janetzki Dr. Claudia Polay-Hehn Dr. Sylvia Schönbeck Dr. Heike Steidtmann Mahammad Yunus	Stellingen Harburg Blankenese Rotherbaum Hausbruch	<b>Ärztliche Psychotherapeuten</b> Dr. med. Reinhard Trenschel Dr. med. Parvaneh Marsalek	Uhlenhorst Alsterdorf
<b>Facharzt für Innere Medizin</b> André Rudkoffsky (hausärztl. Versorgung)	Winterhude	<b>Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie</b>	
<b>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin</b> Dr. Jörn-Michael Klein	Lokstedtl	<b>Fachärztin für Allgemeinmedizin</b> Dr. Katrin Votsch	Uhlenhorst
<b>Facharzt für Orthopädie</b> Dr. Stefan Herlein	Altona-Altstadt	<b>Facharzt für Anästhesiologie</b> Dr. Matthias Lüthke	Winterhude
<b>Fachärzte für Urologie</b> Dr. Stefan Inndorf Dr. Nikola Rehmert (hälfziger Versorgungsauftrag)	Marienthal Eppendorf	<b>Fachärztin für Diagnostische Radiologie</b> Dr. Kathrin Scharfetter	Hoheluft-Ost

# AMT 10 Jahre jung - Jubiläumsleasing\*

\*Laufzeit 48 Monate

**0%**  
Zinsen

**WIR SAGEN DANKE!** -  
in unserem Showroom in Norderstedt.

Freitag: 23.09.2011 von 12 bis 18 Uhr  
Samstag: 24.09.2011 von 10 bis 16 Uhr

Für Ihr leibliches Wohl ist gesorgt.  
Anmeldung per Telefon oder Email erwünscht.

- Herz-Kreislauf-Diagnostik
- Beratung & Verkauf
- Neueste Technologie
- Große Auswahl an Neu-, Vorführ- und Gebrauchtgeräten aller namhaften Hersteller
- TOP-Service
- Riesenauswahl
- 3-D/4-D Systeme

**AMT**  
Abken Medizintechnik

Abken Medizintechnik GmbH  
Langenharmer Weg 219  
22844 Norderstedt  
Tel.: 040 - 180 10 282  
Fax: 040 - 180 10 283  
info@amt-abken.de  
www.amt-abken.de

gebrauchte 4-D Systeme  
ab 12.900 €

SIEMENS · PHILIPS · ESAOTE · GE ...und mehr

**Ultraschall**

## Fortbildung/Seminare



# Ayurveda

Ganzheit in Gesundheit und Bildung  
Europäische Akademie für Ayurveda

Postgraduale Weiterbildung für Ärzte

### Ayurveda als komplementäre Medizin

Mit 150 CME-Fortbildungspunkten durch die LÄK-Berlin zertifiziert  
Beginn 03. Febr. 2012 in Berlin, Umfang 30 Tage (berufsbegleitend)  
Wissenschaftl. Leitung Prof. Dr. Andreas Michalsen (Charité Universitätsmedizin)  
Aufbaustudium zum Master of Science in Ayurveda-Medizin (90 ECTS) möglich.

**Vortrag & Infoveranstaltung**  
Hamburg: 02. Nov. '11, 18 – 21 Uhr (bitte anmelden!)  
Berlin: 09. Nov. '11, 18 – 21 Uhr, Kaiserin Friedrich Stiftung

Mit Impulsvorträgen unserer Fachreferenten:  
Prof. Dr. Martin Mittwede und Dr. med. Christian Kessler

63633 Birstein · Forsthausstr. 6 · Tel 06054 9131-0 · Fax -36  
Studienprogramm & Seminarübersicht: [www.ayurveda-akademie.org](http://www.ayurveda-akademie.org)

- Seit 20 Jahren -  
Kompetenzzentrum  
für Ayurveda



Gesellschaft zum Studium der Akupunktur

**Budgetfreies Geld**  
Akupunktur-KOMPAKT-Kurse für Anfänger (Block A, B & C oder Block D, E & G – 72 UE) und Fortgeschrittene (Refresher/Hospitation, QZ – 60 UE) · Psychosomatische GV (50 UE) Spez. Schmerztherapie (80 UE) · Sonne, Meer, Sport & Spaß, 24 h ALL INKLUSIVE!  
CLUB MAGIC Life Fuerteventura Imperial, Spanien Termin: 17. bis 26. November 2011

**Neues 2tes Standbein**

Infos + Buchung: Tilman Touristic · Telefon 09331/87400  
info@gsa-akupunktur.de · www.gsa-akupunktur.de

Ihre Anzeigenabteilung  
erreichen Sie  
telefonisch unter  
**040/29 80 03-0**

Technische Daten  
Hamburger Ärzteblatt

**Druck- und Bindeverfahren:**  
Offsetdruck, Rückendrahtheftung

**Druckunterlagen:**  
Druckoptimierte PDF-Dateien  
oder inkludierte EPS-Dateien nur mit  
eingebetteten Schriften.

**Bildauflösung/Raster:**  
Bildauflösung muss für CMYK- und  
Graustufen-Bilder mindestens 300 dpi  
und bei Strichvorlagen 1200 dpi  
betragen.

**Farbanzeigen:**  
Alle Farben sind im CMYK-Modus  
anzulegen. CMYK-Bilder sollten für  
den Offsetdruck eine Flächendeckung  
von maximal 320% aufweisen.

**Angeschnittene Anzeigen:**  
Bei Angeschnittenen Anzeigen  
bitte unbedingt darauf achten,  
dass Textund/oder Gestaltungselemente  
mindestens 5 mm vor dem  
Papierrand enden müssen.



## Der Weg in die eigene Praxis lohnt -

Praxisübernahme, -kooperation und -neugründung

Sa. 22.10.11

Steigenberger Hotel Hamburg  
Heiligengeistbrücke 4  
20459 Hamburg  
von 10 Uhr bis 16 Uhr

Anmeldung zu  
diesem Seminar:

**ASI**  
Wirtschaftsberatung AG

Geschäftsstelle Hamburg  
Dipl. Kfm. Michael Müller  
Binderstraße 24  
20146 Hamburg  
Tel: 040 311 608-17, Fax: 040 440 897  
E-Mail: michael.mueller@asi-online.de  
[www.asi-online.de](http://www.asi-online.de)

Online-Anzeigenannahme: [www.wels-verlag.de](http://www.wels-verlag.de)

# Arzt/Ärztin

Facharzt/-ärztin oder vergleichbare klinische Erfahrung zur Festanstellung (Vollzeit/Teilzeit) oder als Honorarkraft



Die **Klinische Forschung Gruppe-Nord** ist ein Netzwerk aus Studieneinrichtungen, das im Jahr mit über 16 Fachärzten und 20-30 Prüfarzten etwa 50 klinische Arzneimittelstudien in verschiedenen Indikationen durchführt.

Wenn Sie Spaß haben, in einem Team von Ärzten und Study Nurses Verantwortung zu übernehmen und im Rahmen von klinischen Studien Patienten zu betreuen, laden wir Sie ein, sich als Prüfarzt für unser Studienzentrum in Hamburg zu bewerben.

Neben einem attraktiven Gehalt bieten wir eine angenehme Arbeitsatmosphäre ohne Nachtdienste.



Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, entsprechend Ihrer bisherigen Erfahrungen ein breites Spektrum von Indikationen und deren Behandlung mit teilweise neuen Wirkstoffen kennenzulernen.

Erfahrene Prüfarztkolleginnen und Kollegen unterstützen Sie bei Ihrer Entwicklung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an:

**Klinische Forschung Gruppe-Nord GmbH** | Personalabteilung  
Herr Reick | Hoheluftchaussee 18 | 20253 Hamburg  
oder per E-Mail an: [reick@kfgn.de](mailto:reick@kfgn.de)

## Interesse an einer besseren Work-Life-Balance?

Dann verstärken Sie unser Ärzteteam in unseren medizinischen Abteilungen „Ambulante Versorgung“ und „Stationäre Versorgung“ im Fachbereich DRG an unseren Standorten **Hamburg, Lübeck und Kiel** sowie im Fachbereich Psychiatrie/Neurologie am Standort **Hamburg** als

## ärztliche Gutachterin/ärztlicher Gutachter

(Kennziffer 16)

### Wir bieten Ihnen als Alternative zur Klinik oder Praxis

- eine interessante und zukunftsorientierte Begutachtungs- und Beratungstätigkeit als unabhängige/r Sachverständige/r mit der Sicherheit eines Arbeitsplatzes im öffentlichen Dienst
- eine Mitarbeit in einem freundlichen und qualifizierten Expertenteam
- als Fachärztin/Facharzt die Gelegenheit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- einen sicheren und modernen Arbeitsplatz auf dem neuesten Stand der Informations- und Kommunikationstechnik
- optimale familienfreundliche Arbeitszeiten und Rahmenbedingungen
  - Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung
  - kein Schicht-, Nacht- und Wochenenddienst
  - flexible Arbeitszeiten im Gleitzeitmodell
- eine attraktive, leistungsgerechte Vergütung mit Nebenleistungen nach dem Tarifvertrag für den Medizinischen Dienst (MDK-T)

### Wir wünschen uns von Ihnen

- mehrjährige (fachärztliche) Erfahrung in Klinik und/oder Praxis
- aktuelle und fundierte medizinische Fachkenntnisse
- Erfahrungen im ärztlichen Qualitätsmanagement
- für die Arbeit im Fachbereich DRG idealerweise praktisches Know-how in DRG-Codierungen
- Freude an einer interdisziplinären Zusammenarbeit und Interesse an sozialmedizinischen Fragestellungen
- Kommunikationsstärke im Umgang mit Kostenträgern und Leistungserbringern
- Teamgeist, Kooperationsvermögen und Konfliktfähigkeit
- Flexibilität und Mobilität

Bei gleicher persönlicher und fachlicher Qualifikation werden schwerbehinderte Bewerberinnen und Bewerber bevorzugt berücksichtigt.

### Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann steht Ihnen Herr Möller (Telefon 040 25169-1171) für ein erstes vertrauliches Gespräch gern zur Verfügung. Nähere Informationen über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord erhalten Sie unter [www.mdk-nord.de](http://www.mdk-nord.de).

Ihre aussagefähige Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte **unter Angabe der Kennziffer 16 sowie des bevorzugten Standorts in Papierform** bis zum **30. September 2011** an den **Fachbereich Personal und Finanzen**.

*Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der unabhängige sozialmedizinische Begutachtungs- und Beratungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Unsere Aufgaben umfassen sowohl die Begutachtung von Versicherten als auch die Beratung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ihrer Verbände in Grundsatz- und Vertragsfragen einschließlich der Qualitätssicherung medizinischer und pflegerischer Leistungen.*



**MDK Nord**  
Medizinischer Dienst der  
Krankenversicherung Nord  
Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg  
[www.mdk-nord.de](http://www.mdk-nord.de)



**Unsere Daten:**

Das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg ist ein Krankenhaus in der Trägerschaft von Berufsgenossenschaften mit z. Zt. 470 Planbetten in 9 Fachabteilungen und ca. 1.250 Planstellen.



Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir im dermatologischen Zentrum des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg einen

**Facharzt (m/w)  
für Dermatologie**

oder einen

**Assistenzarzt (m/w)  
in fortgeschrittener Weiterbildung**

mit 42,0 Stunden in der Woche, zunächst befristet für zwei Jahre.

Arbeitsschwerpunkte sind die berufsdermatologische Prävention und Rehabilitation auf interdisziplinärer Basis sowie die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Präventions- und Rehabilitationskonzepten. Das Aufgabengebiet umfasst die gesamte Bandbreite der Diagnostik, Therapie und Prävention von Berufsdermatosen und -allergosen im ambulanten und stationären Bereich sowie Tätigkeiten für die Schulungs- und Beratungszentren der BGW. Die Stelle ist daher insbesondere für Bewerber/-innen geeignet, die spezifische Kenntnisse in der Berufsdermatologie und Allergologie erwerben bzw. vertiefen möchten. Interesse an wissenschaftlichen Fragestellungen wird ausdrücklich begrüßt.

**Ihr Profil:**

- Facharzt für Dermatologie bzw. fortgeschrittener Weiterbildungsstand und möglichst die Zusatzbezeichnung Allergologie
- Hohes Verantwortungsbewusstsein und hohe Flexibilität
- Kommunikationsgeschick und Teamfähigkeit
- Verbindliche und gute Umgangsformen setzen wir voraus

**Wir bieten Ihnen:**

- eine interessante Tätigkeit in einem interdisziplinären und abgeschlossenen Team
- die Möglichkeit zur Promotion/Habilitation (in Kooperation mit der Universität Osnabrück)
- ein strukturiertes Einarbeitungskonzept
- eine betriebseigene Kindertagesstätte und eine betriebseigene Kantine
- Nutzung unserer Sporteinrichtungen in der Freizeit
- gute Verkehrsanbindung, Parkmöglichkeiten, Bezuschussung einer AboKarte für öV

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Entgeltgruppe: Ä1 - Ä2 TV Ärzte VBGK

Für Rückfragen steht Ihnen die Oberärztin, Frau Dr. Schröder-Kraft, unter der Durchwahl 040 7306-3261 gern zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung, die Sie bitte bis zum 06.10.2011 an unsere Personalabteilung richten.

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg  
Bergedorfer Straße 10 • 21033 Hamburg • www.buk-hamburg.de



Das Krankenhaus Winsen mit den Fachabteilungen HNO, Chirurgie einschl. Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie, Orthopädie, Innere Medizin, Anästhesie/Intensivmedizin und Gynäkologie/Geburts-hilfe verfügt über insgesamt 280 Betten. Das Krankenhaus ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf.

Winsen/Luhe liegt verkehrsgünstig am nördlichen Rand der Lüneburger Heide. Das Zentrum der Hansestadt Hamburg ist in ca. ½ Stunde per Bahn oder Pkw erreichbar.

Die HNO-Abteilung sucht ab sofort

**Honorarärzte (m/w)**

für 2 bis 4 Bereitschaftsdienste monatlich (wochentags 15,5 Stunden, am Wochenende 24 Stunden).

Zu versorgen sind stationäre Patienten (38 Betten) und ambulante Notfallpatienten. Die Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung ist parallel im Hause tätig, dies wirkt sich reduzierend auf die Arbeits-dichte aus.

Wir bieten ein gutes Betriebsklima sowie übertarifliche Vergütung.

Für Fragen steht Ihnen Herr Dr. Pinkpank unter der Telefonnummer 041 71 13 41 09 zur Verfügung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

**Krankenhaus Buchholz und Winsen  
gemeinnützige GmbH  
Krankenhaus Winsen  
Dr. med. Axel Pinkpank  
Chefarzt der HNO  
Friedrich-Lichtenauer-Allee 1, D 21423 Winsen**



**Allgemeinmedizin/Pädiater**  
Familienmedizinisches MVZ sucht Verstärkung. MVZ befindet sich im Aufbau. Dadurch ergeben sich für die neuen Teammitglieder tolle Möglichkeiten. Neue, freundliche Praxisräume, verkehrsgünstig gut gelegen. Nähere Info: 040-88 88 86 44.

**Suche Internist u. Pädiater**  
HH-Ost, moderne kardiolog./haus-ärztl. Praxis, direkt U-Bahnstation, gute Bezahlung, Teil- od. Vollzeit. Zuschr. erb. unter A 7534 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**FÄ Gynäkologie**  
auf Teilzeitbasis für Praxis in verkehrszentraler Lage im Hamburger Osten gesucht. DEGUM – Stufe 1 erforderlich, DEGUM – Stufe 2 wünschenswert. Partnerschaft oder Anstellung möglich. Bewerbungen erbeten an: info@horstmann-praxisberatung.de

**Orthopädie**  
Assistenzarzt/-in oder Oberarzt/-in mit ausreichend Erfahrung in arthroskopischen Operationen in orthopädischer Schwerpunktpraxis gesucht. Spätere Anstellung ggf. Partnerschaft möglich.  
**Bewerbung an: Dr.med. Westermann, Neuer Wall 36, 20354 Hamburg**

Onkologisch-allgemeinmed. GP in Berlin-Charlottenburg sucht  
**Kollegin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin**  
zur Verstärkung unseres Palliativteams. Verschiedene Modelle der Zusammenarbeit sind möglich, gerne auch Teilzeit. Palliativteam Kurfürstendamm, Tel. 0160-445 65 37, E-Mail: palliativteam@onkologiekurfuerstendamm.de

**Große dermatologische GP**  
in HH sucht FA/FÄ für Dermatologie in Vollzeit zum nächst möglichen Zeitpunkt. Bewerbung erbeten an: a.bode@drrm.de

**Weiterbildung Gynäkologie**  
Große Gyn. Gemeinschaftspraxis (2 J. WB-Ermächtigt.) sucht WB-Assist. zum 1.01.2012 oder früher, auch Teilzeit. Weites Spektrum (Onko., Pränataldiag., amb. OP, stat. OP), freundliches, kollegiales Klima, flexible Arbeitszeiten. Kontakt: Frau D. Bauer (Prax.-Manag.) 040-303 754 40 oder dorothee.bauer@gyn-praxisklinik-harburg.de

**WB-Assistent/-in**  
für große hausärztlich-internistische GP an der nordöstl. Stadtgrenze von Hamburg ab 1.01.2012 gesucht. WB-Ermächtigung 30 Monate. Weitere Infos unter: www.hausaerzteammersbek.de, Tel. 040-605 00 22.

**Hamburg Elbvororte**  
**„Wir benötigen noch mehr Unterstützung“**

Große Augenarztpraxis im attraktiven Facharzt-Zentrum sucht Augenarzt/ Augenärztin in VZ oder TZ für überwiegend konservative Tätigkeiten. Wir bieten flexible Arbeits- und Urlaubszeit, hohes diagnostisches und therapeutisches Leistungsspektrum, selbstständiges Arbeiten, gutes Gehalt.

**Kontakt unter: 0173/2463233**

**Arzt oder FA (w/m) für Innere  
 Medizin/Allgemeinmedizin  
 und WB Assistent (w/m)**

zur Verstärkung des Teams  
 von MVZ in Hamburg gesucht.  
 Voll- oder Teilzeit.

Interessantes Aufgabenfeld,  
 geregelte Arbeitszeit,  
 angemessene Vergütung.

[www.herz-hh.de](http://www.herz-hh.de)  
**Telefon: 040-889 009 821**

**Krankenhaus Salzhäusen  
 (35 km südl. von Hamburg)**  
**Arzt für interdisziplinäre  
 Bereitschaftsdienste**

gesucht.

**Telefon: 04172/96 62 10**  
**E-Mail: [u.magdeburg@krankenhaus-salzhausen.de](mailto:u.magdeburg@krankenhaus-salzhausen.de)**

**Radiologische Gemeinschaftspraxis**  
 (4 Ärzte) sucht weitere/n junge/n Ärztin/Arzt kurz vor/nach der Facharztprüfung ggf. zur späteren Assoziation (64-Zeilen CT, 18-Kanal MRT, volle Digitalisierung, Nuklearmedizin, Mammographie, konv. Röntgen und Strahlentherapie) im Großraum Hamburg.  
[www.radiologie-uelzen.de](http://www.radiologie-uelzen.de)  
 Telefon 0171-2167928

**Welcher Internist will raus aus dem Krankenhaustrott,  
 Spaß an seiner Arbeit haben und ohne  
 Nacht- und Wochenenddienste 50 % mehr Geld verdienen?**

Als Angestellter ohne Risiko und Verschuldung in unserer jungen internistisch-hausärztlichen Praxis arbeiten und Lebensqualität im grünen Speckgürtel der Metropolregion Hamburg mit der ganzen Familie genießen.  
 Auf ein persönliches Gespräch unter **0151 - 11322266** freue ich mich!

**KLINIKGRUPPE DR. GUTH**

Die **Klinikgruppe Dr. Guth** ist ein Verbund aus vier renommierten Krankenhäusern im norddeutschen Raum mit ca. 850 Mitarbeitern. Unsere Häuser in Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern bieten mit unterschiedlichen Schwerpunkten ein breites Spektrum therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen für privat und gesetzlich versicherte Patienten an. Unser hoch motiviertes Personal sowie die modernste medizinische Ausstattung bilden die Basis unseres Erfolgs.

In der Praxisklinik Mümmelmannsberg, einem Belegkrankenhaus mit integriertem Versorgungskonzept in Hamburg, unterhalten wir eine psychiatrische Tagesklinik mit 20 Plätzen. Hierfür suchen wir – in Vollzeit – einen/eine

**Facharzt/Fachärztin  
 Psychiatrie  
 als Ärztliche/-r Leiter/-in**

Wir wünschen uns für die ausgeschriebene Position eine/-n Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie mit der Bereitschaft und Fähigkeit zur Leitung der Tagesklinik, zur Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen, zu herausragender Patientenversorgung und zur Qualitätssicherung. Sie sind sicher in EDV-Systemanwendungen und organisationsstark. Wenn Sie weiterhin Motivations- und Teamfähigkeit mitbringen und sich außerdem durch eine hohe Einsatzfreude auszeichnen, dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen.

**KLINIKGRUPPE DR. GUTH**  
 Herr RA Uwe Lauer  
 Jungfernstieg 17a • 20354 Hamburg  
 Tel. 040 341030 • E-Mail: [lauer@drguth.de](mailto:lauer@drguth.de)  
[www.drguth.de](http://www.drguth.de)

**Wann hatten  
 Sie das letzte Mal  
 wirklich Zeit?**

Dr. med. Stephanie Grenz,  
 B·A·D-Arbeitsmedizinerin:  
 » Ich habe mich für eine sichere Alternative zum Klinik- und Praxisalltag entschieden. Jetzt berate ich Unternehmen aus den verschiedensten Branchen, plane meine Termine ohne Nacht- und Wochenenddienste und gestalte so aktiv meine Zukunft selbst. Das verstehe ich unter dem Erfolgsfaktor Mensch! «

[www.erfolg-hat-ein-gesicht.de](http://www.erfolg-hat-ein-gesicht.de)



Wir bieten an unseren Standorten Bielefeld, Bremen, Bremerhaven, Göttingen, Hamburg, Hannover, Husum, Kassel, Kiel und Osnabrück

**Arbeits-/Betriebsmedizinern (m/w) oder  
 Ärzten in Weiterbildung (m/w)**

(Kennziffer HÄB)

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

**Unser Angebot:**

- Flexible und planbare Arbeitszeiten
- Möglichkeit der Teilzeittätigkeit
- Keine Wochenend-/Nachtdienste
- Große Gestaltungsfreiräume
- Zeit für die Beratung in der Präventivmedizin
- Leistungsbezogene Vergütung
- Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
- Betriebliche Altersvorsorge
- Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
- Car-Rent-Sharing-Modell
- Attraktive Karrierechance

**Ihre Aufgaben:**

- Arbeitsmedizinische Vorgesorgeuntersuchungen
- Betriebsbegehungen und Beratung zu vielfältigen arbeitsmedizinischen Themen
- Arbeitsmedizinische Begutachtung
- Gestaltung und Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Schulungen zu verschiedenen Themen der Prävention
- Reisemedizinische Beratung
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team

Die B·A·D GmbH betreut mit mehr als 2.500 Experten europaweit 200.000 Betriebe mit 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit.

Allein in Deutschland betreiben wir 190 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen. Unsere Mitarbeiter sind dabei unser wertvollstes Kapital, denn ohne sie wären wir nicht so

**Interessiert?** Dann wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Ansprechpartner Thomas Gies, Telefon 02 28/4 00 72-335. Wir freuen uns auf ein Gespräch mit Ihnen!

erfolgreich!  
 Gehören Sie bald auch zu uns?



Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe der o. g. Kennziffer an B·A·D GmbH – Human Resources  
 Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn  
[bewerbung@bad-gmbh.de](mailto:bewerbung@bad-gmbh.de), [www.bad-gmbh.de](http://www.bad-gmbh.de)





Wir suchen für unsere Klinik Bremervörde und unser Martin-Luther-Krankenhaus Zeven jeweils zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## Assistenzärzte (w/m) für die Innere Medizin

### Das Unternehmen

Wir sind ein Tochterunternehmen der Sana Kliniken AG. Die Sana Kliniken AG ist mit knapp 22.500 Mitarbeitern und mehr als 50 Krankenhäusern und Pflegeheimen die viertgrößte private Klinikgruppe Deutschlands. An den Standorten Bremervörde und Zeven betreiben wir zwei zukunftsorientierte Krankenhäuser der gehobenen Grund- und Regelversorgung mit den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO und Urologie. Jährlich behandeln wir rund 10.000 stationäre und 16.000 ambulante Patienten. Beide Häuser haben eine zeitgemäße medizinische Ausrichtung und ein modernes Medizinmanagement u. a. mit interdisziplinären Aufnahme- und Intensivstationen und Kooperationen (z. B. Radiologie/CT).

Die Städte Zeven und Bremervörde liegen im Elbe-Weser-Dreieck zwischen den Metropolregionen Hamburg und Bremen in reizvoller Umgebung, verkehrsgünstig an der Autobahn A1. Alle Schulen sind vor Ort.

### Unser Profil

In der Inneren Abteilung in Bremervörde behandeln wir das gesamte Spektrum des Fachgebietes, speziell mit den Schwerpunkten Gastroenterologie (inkl. ERCP, Endosonografie, KM-Sonografie) sowie Kardiologie.

In Zeven behandeln wir ebenfalls das gesamte Spektrum des Fachgebietes, speziell mit den Schwerpunkten Kardiologie (mit Herzschrittmacher-Implantationen) sowie Gastroenterologie (inkl. ERCP).

Wir betreiben jeweils eine moderne Intensivstation inkl. Rechtsherzkatheter, Hämodiafiltration und Beatmungen.

Beide Abteilungen sind mit modernster Diagnostik ausgestattet. Die Weiterbildungsmöglichkeit liegt bei 4 Jahren.

Eine Rotation zwischen beiden Krankenhäusern ist auf Wunsch möglich.

### Wir bieten Ihnen

- flache Hierarchien und eine strukturierte Weiterbildung
- frühzeitigen Einsatz in der internistischen Diagnostik
- leistungsgerechte Vergütung nach dem Ärztetarif (TV-Ärzte/VKA) einschließlich Zusatzversorgung und betriebliche Altersvorsorge
- Zahlung einer Prämie nach Ende der Probezeit
- Fortbildungs- und Entwicklungsmöglichkeit im Sana-Kliniken-Verbund
- kostenlose interne Fortbildungen und jährliche Zuschüsse für externe Fortbildungen

Ihre Fragen beantwortet gerne der Chefarzt Dr. Kim Ahlf unter Telefon 04761/980-401 (Bremervörde), der Chefarzt Dr. Jürgen Pielsticker unter Telefon 04281/711-210 (Zeven) oder unser Personalleiter Jürgen Fischer unter Telefon 04761/980-204.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Ihre vollständigen Unterlagen richten Sie bitte an:



Ein Haus der Sana Kliniken AG

OsteMed Kliniken und Pflege GmbH

Personalabteilung

Gnarrenburger Straße 117 | 27432 Bremervörde  
www.ostemed.de

## Honorararzt- vertretung



Wir suchen ständig Ärzte aller Fachgebiete, als Honorarärzte, zu besten Konditionen!

Rufen Sie uns an,  
wir beraten  
Sie gern!



www.honorararztagentur.de

**Regelmäßige Vertretung**  
für internistische Praxis in Hamburg  
Poppenbüttel gesucht.  
Zuschr. erb. unter O 7559 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Stellengesuche

**FA Innere**  
sucht dauerhafte Anstellung Teilzeit  
in Praxis; Erreichbarkeit U3.  
Zuschr. erb. unter G 7544 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**FA PRM/Osteologe DVO**  
bietet qualifizierte Teilzeitarbeit.  
Zuschr. erb. unter U 7569 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**FÄ für Chir./Unfallchir.  
und Orthopädie**  
In ungekündigter Stellung als OÄ  
Abtl. Unfallchirurgie in gr. Haus der  
Regelversorgung beschäftigt,  
gr.OP-Spektrum, spez. ASK Knie u.  
Schulter, sucht neuen Wirkungskreis  
in z. B. MVZ o. oper. tätiger Praxisklinik  
im Großraum Hamburg.  
Zuschr. erb. unter Z 7579 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

**FÄ Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**, Psychoanalytikerin,  
sucht Kooperation in Praxis in  
geringem Umfang, 0163-783 50 19.

**Erfahrene FÄ Allgemeinmed.**  
Schwerpunkt: NHV/Aku, sucht Kooper-  
ation/Mitarbeit ab 1/2012 in ähnlich  
ausgerichtet. Praxis, KV-Zul. vorhanden.  
Zuschr. erb. unter D 7539 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Dermatolog. Privatpraxis**  
klein und fein, guter Gewinn,  
2012 abzugeben.  
Zuschr. erb. unter I 7547 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Gynäkologin sucht Praxis!**  
Suche Mitarbeit in Praxis o. kleine  
Gyn.Praxis zu kaufen gesucht in HH.  
Zuschr. erb. unter L 7554 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Allgemeinärztin mit KV-Sitz**  
und Erfahrung sucht Mitarbeit in  
geringem Umfang zum 1.01.2012.  
Zuschr. erb. unter S 7566 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Frauenärztin sucht**  
nach 11 Jahren in der Klinik Gemein-  
schaftspraxis zur Mitarbeit, evtl.  
Assoziation, Tel. 0172-718 03 33

## Vertretungen

**Gyn. FÄ in f. Vertretung**  
Job-Sharing, spätere Prx.übernahme  
gesucht in Einzelprx. m. erweiter-  
tem Spektrum (u.a. OPs, Onkolog.).  
Zuschr. erb. unter K 7550 an Hamb.  
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Gynäkologische Gemeinschaftspraxis am Stadtrand von Hamburg (S-H) sucht  
Frauenärztin/-arzt**  
zur Mitarbeit zunächst 2x/Woche (gerne auch parallel zur Klinik oder in der Kinder-  
pause), späterer langfristiger Praxiseinstieg gewünscht – individuelle Regelungen  
sind möglich – eine Weiterbildungsmöglichkeit liegt vor. Wir bieten Ihnen Kol-  
legialität, langjährige Erfahrung im Fachgebiet, moderne Ausstattung, ein erfah-  
renes Praxisteam und viele neue Patientinnen (wachsende Region).  
**Zuschr. erbeten unter F 7542 an Hamb. Ärztblatt, Pf 76 12 20, 22062 Hamburg**

## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation (Forts.)

### FÄ/FA Kinder- u. Jugend- psychiatrie gesucht

für sozialpsychiatrische Praxis im Hamburger Westen.  
Zuschr. erb. unter Y 7577 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Augenärztin mit KV-Sitz

konservativ tätig/Strabologie sucht neuen Standort. Gerne Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis.  
Zuschr. erb. unter A 7582 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Psychol. Psychotherapeut VT** sucht halben Kassensitz/Jobsharing in Hamburg od. südl. Schleswig/Holst. Zuschriften: KV-Sitz.Hamburg@gmx.de

### Plastischer Chirurg und Anästhesist

mit KV-Sitz in Hamburg für Kooperation gesucht. OP-Räume vorhanden.  
Email: [MVZ-HH@web.de](mailto:MVZ-HH@web.de)  
Mobil: 0175/2405354

### Unterstützung gesucht!

Große allgem.med. Gem.praxis im Hamburger Osten sucht ab Okt. 2011 Allgem.med. od. hausärztl. Intern. halbtags zur Anstellung auf vorhand. KV-Sitz.  
Tel. ab 20 Uhr unter: 0170-547 69 87, 0162-100 09 73 od. 0171-388 06 54.

## Praxisverkauf

### Hochw. Allgemeinarztpraxis

200 m<sup>2</sup> mit elegantem Interieur in gehobener Seniorenresidenz, moderate Miete, in landschaftlich reizvoller Kleinstadt in SH, Ostseelage zum 1.01.2012 abzugeben. Sehr gut eingearbeitetes Praxisteam, sehr hoher Privatanteil, geregelt. Notdienst, hoher Freizeitwert, gute Verkehrsanbindung, alle Schulen vor Ort.  
Zuschr. erb. unter C 7538 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## KV-Sitz

### Suche Chir. KV-Sitz

für Mitte 2012, Hamburg, nördl. Niedersachsen od. südl. Holstein.  
Zuschr. erb. unter E 7541 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Orthopädische GM-Praxis

sucht ganzen, resp. hälftigen KV-Sitz in Hamburg.  
Zuschr. erb. unter N 7558 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### KV-Sitz für Allgemeinmedizin

ohne Praxis zum 1.01.2012 abzugeben.  
Zuschr. erb. unter T 7567 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### KV-Sitz Hausarzt

zum 1.01.2012 zu verkaufen. Einstieg i.e. bestehende PG in Zentrum ebenso möglich, Tel. 0174-170 40 82

## Praxisübernahme

### Augenarztpraxis zur Übernahme gesucht

Ich suche eine Augenarztpraxis zur Übernahme in 2011/2012.  
Zuschr. erb. unter V 7571 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Gynäkologische Einzelpraxis zur Übernahme gesucht

Ich suche eine Gynäkologische Praxis zur Übernahme in 2011 oder 2012.  
Zuschr. erb. unter W 7572 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Gynäkologin sucht gutgehende Einzelpraxis

zur Übernahme.  
Zuschr. erb. unter X 7573 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisabgabe

### Intern. Hausarztpraxis

in 22399 mit KV-Zul. zum 1.04.2012 abzugeben. Hoher Privat-Anteil, als Gemeinschaftspraxis geeignet.  
Zuschr. erb. unter B 7535 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Mittelgr.ausbaufl.Allg.Prax.

in Cityrandlage günstig z. 1.04. od. 1.07.12 abzugeben, evt. nur KV-Sitz.  
Zuschr. erb. unter J 7548 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Gutgehende, interessante Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin (3 Ärztinnen) sucht

### Allgemeinmediziner(-in) oder hausärztl. Internisten(-in)

als Nachfolge für ausscheidende Kollegin. Die Praxis liegt zwischen Hamburg und Lübeck, gute Infrastruktur, geregelter Notdienst.  
**Kontakt: [info@arzt-moelln.de](mailto:info@arzt-moelln.de)**

## Praxisübernahme

### Pädiater sucht Praxis/GP

o. KV-Sitz zur Übernahme ab 2012, gern zuvor Mitarbeit. ZB Kinderpneumologie ist vorhanden.  
E-Mail: [kinderarzt-hh@hotmail.de](mailto:kinderarzt-hh@hotmail.de)

### Internist (hausärztlich)

sucht Praxis zur Übernahme in Hamburg.  
Zuschr. erb. unter Q 7564 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisübernahme/Praxisabgabe

Deutsche Bank

Jetzt zum Seminar anmelden:  
am 28.09. in Hamburg

# Praxistenzgründung

die; *«mittelständisch»*: der erste Schritt in die Selbstständigkeit; ermöglicht durch das Expertenwissen eines kompetenten Partners.



## Ein Seminar – alle Fakten zur Existenzgründung.

Die Selbstständigkeit ist der Wunsch vieler Mediziner. Aber für eine erfolgreiche Existenzgründung spielen juristische, betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte eine wichtige Rolle – ganz gleich, ob Sie eine neue Praxis gründen oder eine bestehende übernehmen. Stellen Sie deshalb jetzt die Weichen für Ihre Zukunft und besuchen Sie unser Seminar „Der Weg in die eigene Praxis“. Renommierte Experten vermitteln wichtige Grundlagen rund um den Start in Ihre Selbstständigkeit.

Das Seminar „Der Weg in die eigene Praxis“ findet an folgendem Termin statt:

28. September, 17:30 Uhr, Deutsche Bank, Adolphsplatz 7, 20457 Hamburg

Melden Sie sich an unter 01818-10061\* oder [www.deutsche-bank.de/meine-eigene-praxis](http://www.deutsche-bank.de/meine-eigene-praxis)  
Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Leistung aus Leidenschaft



## Praxisabgabe (Forts.)

**Privatpraxis Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren** in Harvestehude (Klostersternnähe) einschl. 3-Zi.-Whg. an Nachmieter abzugeben. Tel. 0172-456 46 20

### Nachfolger

für Seniorpartner in Neurologischer Gemeinschaftspraxis im Zentrum Lüneburgs ab Januar 2012 gesucht. Zuschr. erb. unter M 7557 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Große Chirurgische Praxis** in Hamburg (Innenstadtnähe) mit BG sucht Nachfolger zum 1.01.2013. Zuschr. erb. unter P 7560 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Moderne Internistische Hausarztpraxis

großzügig, als Gem.-Praxis geeignet, günstige Lage, gleitende Abgabe. Zuschr. erb. unter R 7565 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Privatpraxis für Innere Med., Naturheilkunde u. Ernährungsmedizin** in einem 5\*-Sterne-Hotel in Timmendorfer Strand zum Oktober 2011 od. nach Vereinbarung an einen Nachfolger zu übergeben. Auch als Nebentätigkeit geeignet, Tel. 0174-170 40 82.

### TOPLandarztpraxis Umg. HH

Lang eingeführte umsatz- u. gewinnstarke Allg.Arztpraxis, Teil einer Praxisgemeinschaft, aus Altersgründen ab Anfang 2012 – ggf. auch vorherige Weiterbildung möglich (Ermächtigung liegt vor) – abzugeben. Geregelter Bereitschaftsdienst, sehr gute Infrastruktur, alle Schulen vor Ort (ca. 13.000 Einw.), Tel. 0171-780 77 04

### Allgemeinarztpraxis

Ich möchte meine seit 35 J. gutgehende Praxis im südlichen Speckgürtel Hamburgs (ca. 35 km entfernt) aus Altersgründen abgeben. 2 Sprechzimmer, zentrale Lage im Ortsmittelpunkt, ca. 120 m<sup>2</sup>, feste Miete, Preis V.S. Mein Wunsch: Auch in Zukunft sollen meine Patienten gut versorgt werden! 04162-94 20 76.

## Praxisabgabe (Forts.)

### Wirtschaftsberatung für Mediziner

Praxisvermittlungen - Praxisfinanzierungen - Praxisversicherungen

**Dermatologische BAG** im Speckgürtel von HH, zentrale Lage, konserv. Spektrum, Anfang 2012 abzugeben, komplett mit 2 KV-Sitzen

**Dermatologische EP** in norddt. Stadt, modern ausgestattet, sehr ertragsstark, mit kosmetischem Schwerpunkt sucht weiteren Partner

**Dermatologische EP** an der Westküste, zentrale Stadtlage, umsatzstark, kurzfristig abzugeben

**Dermatologische BAG** in der Schweiz, sehr ansprechend ausgestattet, kosmetischer Schwerpunkt/Laser, Anfang bis Mitte 2012 abzugeben

**promedis**

Für Ihre finanzielle Gesundheit!

Telefon 04340-40 28 11 oder [www.promedis.de](http://www.promedis.de)

## Praxisräume

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST  
Kleine Stadt für Senioren



Das Hospital zum Heiligen Geist ist mit über 780 Jahren die älteste Stiftung Hamburgs. Als »Kleine Stadt für Senioren« bieten wir neben einem umfangreichen Serviceangebot vor allem Leistungen der ambulanten und stationären Altenhilfe sowie das Wohnen mit Service an. In der Stiftung betreuen etwa 700 Mitarbeitende über 1.100 Bewohnerinnen und Bewohner.

Zum 1. Oktober 2011 vermieten wir

# Praxisräume

im Alstertal an einen Allgemeinmediziner oder Gerontologen. Ca. 215 m<sup>2</sup> individuell gestaltbare Mietfläche im 1.OG, Fahrstuhl im Haus. PKW-Stellplätze, Apotheke und Bushaltestelle direkt vor der Tür. Weitere Pflegeeinrichtungen befinden sich in unmittelbarer Nähe.

Tel. 60 60 1-118 · [www.hzhg.de](http://www.hzhg.de)

## Vermietung

### Ärzte auf dem Lande gesucht!

22889 Tangstedt als aufstrebende Großgemeinde am Rande von Hamburg braucht dringend Ärzte jeder Fachrichtung. Wir bieten ab sofort ein repräsentatives Gebäude von ca. 650 qm mit bisher 16 Parkplätzen, zentral gelegen zwischen Privathäusern, Bushaltestellen direkt vor der Tür, von privat zur langfristigen Vermietung für Einzel- oder Gemeinschaftspraxen an. Bei Interesse senden wir Ihnen gern Unterlagen oder vereinbaren einen Besuchstermin. Unter folgenden Kontaktanschriften können Sie uns erreichen:  
Telefon: P. Schulz – 041 09/25 11 24 und 041 09/14 56, Handy: 01 71/9 38 31 12  
Fax: 041 09/25 11 55, E-Mail: [christian.alexander.schulz@t-online.de](mailto:christian.alexander.schulz@t-online.de)

## Balint-Gruppe

### Balintgruppe in Altona

Jeden 2. Mittwoch von 20.00–21.30 h,  
T.: 430 830 40, [www.arnhild-uhlich.de](http://www.arnhild-uhlich.de)

## Online-Anzeigenannahme:

[www.wels-verlag.de](http://www.wels-verlag.de)

## Praxiseinrichtung/Praxismöbel

### Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Medizinisches Mobiliar

**Klaus Jerosch GmbH**  
Info-Telefon (kostenfrei)  
(0800) 5 37 67 24  
[www.jerosch.com](http://www.jerosch.com)



Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie  
telefonisch unter **040/29 80 03-0**

## Steuerberatung

Sie sind Spezialist  
auf Ihrem Gebiet!

Wir auch.

Kompetente Steuerberatung rund um den Heilberuf.

### Krumbholz König & Partner

Steuerberatung • Unternehmensberatung

Tibarg 54 • 22459 Hamburg • Tel. 040 / 554 994 0

Beratung mit Branchenwissen:  
[www.berater-heilberufe.de/Qualifikationen](http://www.berater-heilberufe.de/Qualifikationen)  
[info@berater-heilberufe.de](mailto:info@berater-heilberufe.de)



## Sonstiges

### Gerade neu erschienen!

Seit mehr als 50 Jahren wird das Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg herausgegeben von der Ärztekammer Hamburg und dem Hanseatischen Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG.

Es ist das unentbehrliche Nachschlagewerk für alle, die in Hamburgs Gesundheitswesen tätig sind.

### Gültig bis Mitte 2012!

Bestellungen bitte an:  
**Hanseatisches Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG**  
Manuela Alexander  
Schützenwall 9- 11, 22844 Norderstedt  
Telefon 040/525 20 51 Telefax 040/525 10 88 [hwk.heuser@web.de](mailto:hwk.heuser@web.de)



## Unternehmensberatung

Herbert-Weichmann-Straße 7 • 22085 Hamburg  
Tel. 040/539 100 68 • [info@horstmann-praxisberatung.de](mailto:info@horstmann-praxisberatung.de)



### Praxisberatung für Heilberufe

Sie möchten eine Praxis gründen,  
übernehmen oder neu positionieren?  
Echte Lösungen dazu liefert Ihnen  
Claudia Horstmann – Praxisberatung  
für Heilberufe. Weitere Informationen  
und Details finden Sie im Internet:

[www.horstmann-praxisberatung.de](http://www.horstmann-praxisberatung.de)

## Steuerberatung (Forts.)

Über 80% der  
Steuerliteratur weltweit  
ist in Deutsch verfasst!

Alles schon gelesen?

## LUST auf BUST

Steuerberatung für Ärzte



Steuerberatung für Ärzte  
BUST – Steuerberatungsgesellschaft mbH

Niederlassung Hamburg

Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg  
Tel: 040 271 41 69-0, Fax: 040 22087 49  
E-Mail: [hamburg@BUST.de](mailto:hamburg@BUST.de), [www.BUST.de](http://www.BUST.de)

## DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

### Steuerberatung für Ärzte seit über 40 Jahren

Im Kohlhof 19 | Hindenburgstraße 1  
22397 Hamburg | 23795 Bad Segeberg  
Tel. 040 - 611 850 17 | Tel. 0 45 51 - 8 80 80



Online-Anzeigenannahme: [www.wels-verlag.de](http://www.wels-verlag.de)




wirtschaftliche und steuerliche Beratung  
für Heilberufler

Wir haben uns für Sie spezialisiert:  
Steuer- und Wirtschaftsberatung **für Ärzte**

**ADVIMED Steuerberatungsgesellschaft mbH**  
Ansprechpartner: Thomas Mochnik, Steuerberater  
Joachim Wehling, Steuerberater  
Borsteler Chaussee 47 · 22453 Hamburg  
phone: (040) 22 94 50 26 · fax: (040) 22 94 50 10  
advimed-hamburg@etl.de · www.advimed-hamburg.de  
Mitglied in der European Tax & Law



Steuerberatungsgesellschaft

**Ist Ihre Praxis gesund?**

Vitaler Erfolg erfordert Diagnose & Behandlung  
durch Spezialisten.

Herrengraben 3 | D - 20459 Hamburg | Tel.: +49 (0) 40 - 369 633 80  
Fax: +43 (0) 40 - 369 633 33 | info@aescutax.net | www.aescutax.net

**estimed**  
bewerten.bewegen

Unsere Leistungen:

- Praxiswertgutachten
- Gerichtsgutachten
- Schiedsgutachten
- Gutachten im Zugewinnausgleich
- Mediation
- Coaching beim Praxiskauf/  
Praxisverkauf
- Konzeption, Gestaltung und Betreuung  
von BAG, Ärztenetzen und MVZ
- Betriebswirtschaftliche Optimierung
- Gründercoaching (KfW - gefördert)

u. a. mit Horst Stingl  
von der IHK zu Kiel öffentlich bestellter  
und vereidigter Sachverständiger für die  
Bewertung von Unternehmen im  
Gesundheitswesen, Betriebsanalysen  
und Betriebsunterbrechungsschäden

**estimed**  
Lokstedter Steindamm 35  
22529 Hamburg  
Tel. 040 / 23 90 876 55

[www.estimed.de](http://www.estimed.de)

Mail:  
beratung@estimed.de

**Rechtsanwälte**

**Wer Recht behält, ist gut beraten**

**Beratungsschwerpunkte:**

- neue Versorgungsformen
- Vertragsgestaltungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Honorarverteilung
- Zulassungsverfahren
- Praxiskooperationen
- Disziplinarverfahren
- Arbeits-/Mietrecht
- Arzthaftpflichtrecht
- Wettbewerbsrecht

**Die persönlichen Berater an Ihrer Seite:**  
Hans Peter Ries  
Dr. Karl-Heinz Schnieder  
Dr. Ralf Großbölting  
Felix Ismar  
Dr. Felix Heimann



rechtsanwälte  
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ballindamm 8  
20095 Hamburg  
Telefon: 0 40/2 09 44 90  
Telefax: 0 40/2 09 44 910

[www.kwm-rechtsanwaelte.de](http://www.kwm-rechtsanwaelte.de)  
Münster – Berlin – Hamburg

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie  
telefonisch unter **040/29 80 03-0**

**Veranstaltungen**

**IPPNW-VERANSTALTUNG**  
**am 8. Oktober 2011 im Ärztehaus Hamburg, 11 bis 16 Uhr**  
Bestandsaufnahme und Ziele der Sozial- und Friedensbewegungen  
Referenten: Angelika Claußen (IPPNW), Sabine Schiffer (Medienexpertin),  
Prof. Norman Paech (Völkerrechtler),  
Uli Cremer (Friedensforscher Bündnis 90/Die Grünen)  
Veranstalter: Regionalgruppe Hamburg der IPPNW



**Raffelsieper & Partner GbR**  
Hamburg - Berlin - Heidelberg

**Spezialisten** für alle Rechtsfragen rund um den **Arztberuf**

**Beratung** für

- niedergelassene Ärzte
- angestellte Ärzte
- Krankenhausträger
- sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Kooperation • MVZ • Integrierte Versorgung • Strukturverträge • Praxisnetze  
Berufsrecht • Vertragsarztrecht • Abrechnung • Wirtschaftlichkeit  
Nachfolgeregelung • Erbrecht • Steuerrecht

Lokstedter Steindamm 35 • 22529 Hamburg • (040) 23 90 876 0  
[www.praxisrecht.de](http://www.praxisrecht.de) • [hamburg@praxisrecht.de](mailto:hamburg@praxisrecht.de)  
Rechtsanwälte • Fachanwälte für Medizinrecht • Fachanwälte für Steuerrecht

**Bestattungen**



**Beerdigungs-Institut**

20095 Hamburg Alstertor 20, ☎ (0 40) 30 96 36-0	Filialen	Blankenese Nienstedten	☎ (0 40) 86 99 77 ☎ (0 40) 82 04 43	22111 Hamburg (Horn) Horner Weg 222, ☎ (0 40) 6 51 80 68
--	----------	---------------------------	--	---



## Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 14. September 2011, 17:30 bis 20:00 Uhr

### ► 5 Jahre Gefäßzentrum Ost ③\*

Wir präsentieren wesentliche Entwicklungen in der Gefäßmedizin und stellen in Vorträgen neue Kollegen vor. Anschließend Kulturprogramm und gemeinsames Abendessen.

Asklepios Klinik Wandsbek, Gefäßzentrum Ost

**Ort:** Hotel Eggers, Rahlstedter Str. 78, 22149 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [c.bott@asklepios.com](mailto:c.bott@asklepios.com);

**Fax:** (0 40) 18 18-83 12 42

Freitag, 16. September 2011, 15:00 bis 19:00 Uhr

### ► Einsam oder Gemeinsam?

#### Innere Medizin und Psychosomatik ⑤\*

Namhafte Referenten diskutieren interdisziplinär u.a. Asthma bronchiale, Morbus Crohn und Mamma-Karzinom.

Asklepios Westklinikum Hamburg

**Ort:** Asklepios Westklinikum Hamburg, Cafeteria, Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [s.zacharias@asklepios.com](mailto:s.zacharias@asklepios.com);

**Fax:** (0 40) 81 91 20 01

Montag, 19. September 2011, 16:00 bis 18:15 Uhr

### ► Gemeinsame Schmerzfortbildung ③\*

Die Fortbildung für Mitarbeiter aller Berufsgruppen vermittelt mit Workshops und Fallbeispielen Kenntnisse in den Bereichen medikamentöse Schmerzbehandlung, manuelle Schmerztherapie und schmerzarme Lagerung.

Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Abteilung für Anästhesiologie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie

**Ort:** Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Hs. 12, 1. OG, Raum 1, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [gu.frank@asklepios.com](mailto:gu.frank@asklepios.com);

**Fax:** (0 40) 18 18-87 37 21

Mittwoch, 21. September 2011, 18:00 bis 19:30 Uhr

### ► Tinnitus: Corticale Reorganisation bei Tinnitus – Neue Behandlungsansätze ②\*

Vortrag Prof. Dr. G. Hesse (Tinnitusklinik Bad Arolsen) mit Diskussion.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Fachzentrum Falkenried

**Ort:** Fachzentrum Falkenried, Lehmweg 17, 20251 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten.**

**E-Mail:** [info@tinnituszentrum-ependorf.de](mailto:info@tinnituszentrum-ependorf.de);

**Fax:** (0 40) 41 34 34 3-28

Samstag, 24. September 2011, 9:00 bis 13:30 Uhr

### ► Hanseatische Klinikkonferenzen Nr. 14: Neuro-Medizin ⑥\*

Hamburger Experten aus den Bereichen Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie stellen interaktiv praxisrelevante Diagnose- und Therapieverfahren vor.

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Asklepios Kliniken Altona, Barmbek, Harburg, Nord - Heidberg, St. Georg, Wandsbek

**Ort:** Haus der Patriotischen Gesellschaft von 1765, Trostbrücke 4, 20457 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Online unter:** [www.asklepios.com/klinikkonferenzen](http://www.asklepios.com/klinikkonferenzen);

**Fax:** (0 40) 18 18-85 25 44

Mittwoch, 28. September 2011, 15:30 bis 19:00 Uhr

### ► Nachmittag der offenen Tür Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll ③\*

Veranstaltung aus Anlass des fünfjährigen Bestehens der Klinik für Affektive Erkrankungen.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll

**Ort:** Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Station 053B, Haus 5, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [k.schumann@asklepios.com](mailto:k.schumann@asklepios.com);

**Fax:** (0 40) 18 18-87 23 45

Mittwoch, 28. September 2011, 16:30 bis 19:00 Uhr

### ► Minimal-invasive Chirurgie bei onkologischen Erkrankungen ③\*

Wir stellen das Spektrum der laparoskopischen und endoskopischen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten vor und bieten Gelegenheit zur Erprobung am Pelvitainer.

Asklepios Klinik Altona, Abt. für Allgemein- u. Viszeralchirurgie

**Ort:** Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal,

Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [andr.schulz@asklepios.com](mailto:andr.schulz@asklepios.com);

**Fax:** (0 40) 18 18-81 49 07

Mittwoch, 28. September 2011, 17:00 bis 21:00 Uhr

### ► Chirurgie für die Praxis 2011 ⑤\*

Das Team der Chirurgischen Klinik stellt interdisziplinär aktuelle Aspekte der fachübergreifenden Patientenbehandlung vor.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Chirurgische Klinik

**Ort:** Hotel Süllberg, Süllbergsterrassen 12, 22587 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Tel.:** (0 40) 81 91-24 00;

**Fax:** (0 40) 81 91-24 09

## Ärzteakademie



# Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 28. September 2011, 17:30 bis 21:00 Uhr

### ► Autoimmun-School Hamburg 2011 ④\*

Wir stellen aktuelle Inhalte des EULAR- und des DGRh-Kongresses im klinischen Kontext vor.

Asklepios Rheumazentrum Hamburg, Asklepios Klinik Altona

**Ort:** Hotel East, Hamburg, Simon-von-Utrecht-Str. 31, 20359 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [c.moeller@asklepios.com](mailto:c.moeller@asklepios.com);  
**Fax:** (0 40) 18 18-81 48 00

Donnerstag, 29. September 2011, 17:30 bis 19:00 Uhr

### ► Psychosomatik-Update ②\*

Wir freuen uns auf einen Vortrag von Prof. Dr. Wolf Singer zum Thema: Introspektion und Neurowissenschaften – Zwei komplementäre Quellen der Erkenntnis.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Schmerztherapie

**Ort:** Asklepios Westklinikum, Cafeteria, Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Anmeldung nicht erforderlich.**

Mittwoch, 19. Oktober 2011, 17:00 bis 19:00 Uhr

### ► Dyspnoe ③\*

Wir stellen an Fallbeispielen diagnostische Strategien zur Ursachenklärung aus kardiologischer und pneumologischer Sicht vor. Asklepios Klinik Barmbek, Abt. Pneumologie und internistische Intensivmedizin

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1+2 (EG), Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** [he.becker@asklepios.com](mailto:he.becker@asklepios.com);  
**Fax:** (0 40) 18 18-82 48 09

Mittwoch, 26. Oktober 2011, 18:00 bis 20:00 Uhr

### ► Herzinsuffizienz Update 2011 ③\*

Wir stellen sowohl die aktuellen Diagnostik- und Therapiealgorithmen als auch neue Entwicklungen vor. Neben der Überprüfung der Indikationsstellung wird dazu auch ein Live-Case einer Implantation gezeigt.

Asklepios Klinik St. Georg, II. Med. Abt., Kardiologie

**Ort:** Hotel Le Royal Meridien Hamburg, An der Alster 52-56, 20099 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten.**

**E-Mail:** [aerzteakademie@asklepios.com](mailto:aerzteakademie@asklepios.com); **Fax:** (0 40) 18 18-85 44 44

Freitag, 28. Oktober 2011, 16:00 bis 19:00 Uhr,

Samstag, 29. Oktober 2011, 9:00 bis 17:30 Uhr

### ► 4. Workshop Beatmung ⑫\*

Wir erörtern den aktuellen technischen Stand und bieten Gelegenheit zur praktischen Anwendung in Kleingruppen. Teilnahmegebühr: 75,- € inkl. Verpflegung

Asklepios Klinik Barmbek, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-4, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

**Anmeldung erforderlich bis 14.10.2011.**

**E-Mail:** [k.lange@asklepios.com](mailto:k.lange@asklepios.com); **Fax:** (0 40) 18 18-82 98 09

Seit Juli 2011

### ► Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte ④⑩\*

Zweiter interaktiver E-Learning-Kurs nach RKI-Richtlinien mit Selbststudium. Präsenzveranstaltung 10./11. November 2011. Zertifiziert nach ZFU u. Kriterienkatalog der Bundesärztekammer. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Teilnahmegebühr: 500,- €

MEDILYS Laborgesellschaft mbH

Konzernbereich Medizin & Wissenschaft

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

**Anmeldung erforderlich:** [aerzteakademie@asklepios.com](mailto:aerzteakademie@asklepios.com)

\*Fortbildungspunkte

(weitere Termine umseitig)

Nähere Informationen: [www.asklepios.com/aerzteakademie](http://www.asklepios.com/aerzteakademie)