

06•09

10. Juni · 63. Jahrgang

# Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

**Gesundheitspolitik | 17**  
Deutscher Ärztetag:  
*Unaufgeregt  
provokierend*

**Forum Medizin | 21**  
Anästhesie:  
*Sedierung mit  
Propofol*

**Forum Medizin | 34**  
Neue Leitlinien:  
*Therapie  
der Hepatitis  
B und C*



*Riskanter Langzeitkonsum:*

**Verordnung von Benzodiazepinen**

Das Thema | 12



Das auffälligste Symptom von Allianz MedKompetent:  
ein regelmäßiger Puls.

**Allianz MedKompetent. Maßgeschneiderte Finanz- und Versicherungslösungen für Mediziner.** Gegen einen unregelmäßigen Puls hilft eine sichere Vorsorge: Allianz MedKompetent. Damit bieten wir Ihnen Versicherungslösungen, Vermögensmanagement und Bankdienstleistungen für Ihre aktuelle Lebensphase. Für jeden beruflichen Abschnitt (z. B. Studium, Assistenzarztzeit, Praxisgründung, Ruhestand) wählen unsere Ärzteberater mit Ihnen gemeinsam das Richtige aus. Insbesondere in der Krankenversicherung bieten wir Ihnen als jahrzehntelanger Partner des Marburger Bundes und der meisten Ärztekammern individuell entwickelte Tarife für Ärzte. Informieren Sie sich bei Ihrer Allianz vor Ort oder unter [www.aerzte.allianz.de](http://www.aerzte.allianz.de).

**Hoffentlich Allianz.**

**Allianz** 



**Dieter Bollmann**  
Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg



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

# Verschreibung von Benzodiazepinen

„Aber Herr Doktor, von Ihrem Vorgänger habe ich immer meine Schlaftabletten bekommen. Ich nehme sie schon seit über 20 Jahren.“ Sätze wie diese bekommen Ärzte – meist hausärztlich tätige Kollegen – nicht selten zu hören, wenn sie eine Praxis und damit auch die Patienten des Vorgängers übernommen haben. Was tun in einem solchen Fall? Die alte Dame zum Entzug schicken? Schwierig. Einfach weiter verordnen? Gefährlich. Auf das Privatrezept ausweichen? Auch keine Lösung.

Wir haben dem Thema Verschreibungsverhalten von Benzodiazepinen den Schwerpunkt dieses Heftes gewidmet, weil es sich dabei um alles andere als ein Randthema handelt. Gerade kürzlich hat eine Studie des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf von Professor Dr. Peter Raschke und Kollegen eindrucksvoll gezeigt, wie verbreitet das Problem ist: Im Untersuchungsjahr stellten sie fest, dass allein in Norddeutschland über 300.000 Menschen so lange oder mit so großen Mengen an Benzodiazepinen versorgt wurden, dass die Forscher das als „problematische Versorgung“ klassifizierten, bei rund 157.000 Patienten sahen sie sogar eine problematische Dauerversorgung – Tendenz steigend.

Dabei handelt es sich keineswegs nur um ältere Menschen. Zwar weisen mehr ältere als jüngere Patienten einen problematischen Dauerkonsum auf, die jüngeren erhalten aber größere Mengen. Es sind auch nicht Patienten, die zu ihren Rezepten kommen, weil sie heute diesen und morgen jenen Arzt aufsuchen. Die Praxis einer problematischen Dauerverschreibung erfolgt – so die Wissenschaftler – zu über 80 Prozent „einvernehmlich“ zwischen Patient und Arzt.

Einvernehmlich heißt jedoch nicht, dass beiden wohl dabei ist. Mancher Arzt weiß schlicht nicht, wie er der alten Dame beibringen soll, dass die tägliche Tablette dem

Patienten nicht so gut tut, wie er denkt. Mancher weiß vermutlich aber auch nicht, dass Benzodiazepine in der Regel nicht länger als acht Wochen verschrieben werden dürfen. Ärztekammer Hamburg und Kassenärztliche Vereinigung Hamburg haben sich bereits vor Erscheinen der Studie um das Thema gekümmert. In der Patientenberatung beider Körperschaften, in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg sowie in der Abteilung Berufsaufsicht der Kammer ist das Thema unter ganz unterschiedlichen Aspekten in jüngster Vergangenheit vermehrt vorgekommen: In Form von Patienten, die sich darüber beklagen, dass sie „ihre Benzos“ plötzlich nur noch auf Privatrezept bekommen, in Form von ratlosen Ärzten, die wissen wollen, wie sie mit Patienten umgehen sollen, bei denen sie das Risiko einer Abhängigkeit erkannt haben und leider auch bei Ärzten, gegen die aufgrund ihrer auffällig großzügigen Verschreibungspraxis von Benzodiazepinen berufsrechtlich ermittelt wird.

Es hat sich deshalb eine Arbeitsgruppe gebildet, die Hamburger Ärztinnen und Ärzte informieren, beraten und bei der Suche nach Auswegen unterstützen möchte. Der Schwerpunkt dieses Heftes ist ein erster Schritt.

Wir wollen Bewusstsein für ein Problem wecken, das als solches oft nicht wahrgenommen wird, und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Denn ein Leben in Abhängigkeit ist eben auch ein Leben hinter einem Vorhang. Mag der am Anfang noch durchsichtig scheinen, so wird er mit der Zeit immer dicker und schließlich undurchdringlich. Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass es dazu nicht mehr kommt.

# Patienten beratung

... bei allen Fragen rund um die Gesundheit  
– ein Service auch für Ärzte

Wir unterstützen Sie im Alltag:

Sie können Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an die Patientenberatung verweisen.

Auch bei grundsätzlichen Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen der Krankenkassen helfen wir weiter.

Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte berücksichtigen wir gern bei der Beratung. Bitte informieren Sie uns darüber!

**040/ 22 802 650**

Patientenberatung  
im Ärztehaus Hamburg  
Humboldtstr. 56  
22 083 Hamburg  
Fax: 040/ 22 802 686

  
**ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG**  
VERBAND DER FACHÄRZTE

**KVH** Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg

[Patientenberatung@aekhh.de](mailto:Patientenberatung@aekhh.de)

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

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

06·09

# Hamburger Ärzteblatt



**Prof. Dr. Christian Haasen** vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung am UKE beschreibt Entzugserscheinungen bei Langzeitkonsum von Benzodiazepinen (Seite 12). **Dr. Manfred Peters** ist einer von 7.700 Helfern, die als Senior-Experten im Ausland unterwegs sind (Seite 32). **Prof. Dr. Hanswerner Bause**, Asklepios Klinik Altona, erklärt, worauf bei der Sedierung mit Propofol zu achten ist (Seite 21).



## Das Thema

- 12 **Benzodiazepine**  
Unverzichtbar in der Akutbehandlung, schädlich bei Langzeitkonsum  
Von Prof. Dr. Christian Haasen, Dr. Klaus Voelker, Dr. Frauke Ishorst-Witte, Dr. Jasper Kiehn, Ernst Heise-Luis

## Service

- 6 Gratulation  
7 In memoriam  
7 Verlorene Arztausweise  
11 Bibliothek  
25 Sono Quiz  
26 Terminkalender  
31 Sicher verordnen  
39 Impressum

## Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Abschied vom Visionär der Endokrinologie · Evaluation der Weiterbildung: Projekt startet im Juni · Fachärzte diskutieren mit der Politik · Patenärztinnen und -ärzte für Schulen gesucht · Mammografie-Screening: positive Bilanz · Medizinische Fachangestellte: Fünf Prozent mehr · Ausbilden lohnt sich

## Gesundheitspolitik

- 17 **DÄT 2009** · Unaufgeregt provozierend. Von Sandra Wilsdorf  
19 **KBV-Vertreterversammlung** · Langer Anlauf zum großen Sprung. Von Walter Plassmann

## Forum Medizin

- 21 **Anästhesie** · Sedierung mit Propofol. Von Dr. Philip Gabriel, Prof. Dr. Hanswerner Bause  
24 **Der besondere Fall** · Halslymphknoten enträtseln chronische Diarrhoe. Von Dr. Hanno Scherf  
28 **Aus der Schlichtungsstelle** · Oesophagusperforationen. Von Prof. Dr. Christoph Lucke, Prof. Dr. Heinrich Vinz  
30 **Bild und Hintergrund** · Lungenpest-Epidemie in der Mandschurei. Von Dr. Kai Sammet  
32 **Senior-Experten-Service** · Mit Neugierde und Gelassenheit. Von Dorthie Kieckbusch  
34 **Neue Leitlinien** · Therapie der Hepatitis B und C. Von Prof. Dr. Jörg Petersen, Dr. Albrecht Stoehr, Prof. Dr. Andreas Plettenberg, Dr. Karen Olah, Dr. Michael Sabranski, Dr. Peter Buggisch  
39 **Der Blaue Heinrich** · Die Aureole des Professors. Von Dr. Hanno Scherf  
40 **Burnout** · Das Risiko der Ärzte. Von Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Stephan Ahrens

## Mitteilungen

- 43 **Ärztékammer Hamburg** · 306. Sitzung der Delegiertenversammlung · Erratum  
43 · 44 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

**Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei:** Ärztekammer Hamburg (Evaluation der ärztlichen Weiterbildung) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (6. Eppendorfer Dialog zur Gesundheitspolitik); Eine Teilbeilage (nur niedergelassene Ärzte): Institut f. Weiterbildung e.V. an der HWP.

## Gratulation

### zum 90. Geburtstag

- 21.06. **Dr. med. Käthi Mletzko**  
 Fachärztin für Haut- und  
 Geschlechtskrankheiten

### zum 85. Geburtstag

- 10.07. **Dr. med. Klaus Schroeder**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin

### zum 80. Geburtstag

- 24.06. **Prof. Dr. med. Henning Frenzel**  
 Facharzt für Innere Medizin

### zum 75. Geburtstag

- 03.07. **Dr. med. Ernesta Genge**  
 Ärztin
- 09.07. **Dr. med. Peter Lübcke**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 15.07. **Dr. med. Ingrid Grieve**  
 Ärztin
- 15.07. **Dr. med. Adolf von Stritzky**  
 Facharzt für Innere Medizin

### ZUM 70. Geburtstag

- 16.06. **Dr. med. Timm Pfeiffer**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 22.06. **Anne Eckerfeld**  
 Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin  
 Fachärztin für Kinder- und  
 Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,  
 Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 24.06. **Dr. med. Fritz Reinecke**  
 Facharzt für Urologie
- 02.07. **Dr.rer.nat. Jürgen Langosch**  
 Facharzt für Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe
- 04.07. **Dr. med. Gert Zimmermann**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 06.07. **Dr. med. Dr. med. dent. Michael Borgmann**  
 Arzt
- 09.07. **Dr. med. Heide Hartig**  
 Ärztin
- 09.07. **Dr. med. Klaus-Peter Stadler**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 09.07. **Dr. med. Inge Maria von Borcke**  
 Fachärztin für Innere Medizin  
 Fachärztin für Pathologie
- 11.07. **Dr. med. Heinrich Brinkmann**  
 Facharzt für Chirurgie
- 12.07. **Dr. med. Dr. med. dent. Siegfried Bachner**  
 Arzt

### zum 65. Geburtstag

- 22.06. **Dr. med. Rotraud Rehm**  
 Ärztin
- 23.06. **Dr. med. Michael Begemann**  
 Facharzt für Innere Medizin
- 01.07. **Prof. Dr. med. Hartmut Kabisch**  
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 02.07. **Kord-Hinrich Schäfer**  
 Facharzt für Innere Medizin

**Nachruf** Prof. Dr. Gerhard Bettendorf ist am 20. April 2009  
 in Hamburg verstorben.

# Abschied vom Visionär der Endokrinologie

Gerhard Bettendorf wurde am 4. Mai 1926 in Freudenberg/Siegen geboren. Nach Kriegsdienst und Gefangenschaft studierte er in Bonn und Heidelberg Medizin und arbeitete von 1954 bis 1955 als Volontärassistent am Max-Planck-Institut für Biochemie bei Adolf Butenandt in der Arbeitsgruppe von Peter Karlson in Tübingen. Anschließend begann er seine Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe bei Prof. Gerhard Schubert in Hamburg am UKE.



Prof. Dr. Gerhard Bettendorf

Erste Forschungsarbeiten in Zusammenarbeit mit Heinrich Maass beschäftigten sich mit strahlenbiologischen Fragen, wie dem Einfluss von Röntgenstrahlen auf den Nukleotidstoffwechsel. Bald aber wandte er sich der Endokrinologie zu und arbeitete mit den Gonadotropinen, einem damals wenig erschlossenen Gebiet. Man kannte die biologische Wirkung, hatte aber kaum eine Vorstellung von ihrer Physiologie oder chemischen Struktur. Mit visionärem Weitblick organisierte Bettendorf eine Sammlung menschlicher Hypophysen als Ausgangsmaterial für die Gewinnung von gonadotrop wirksamen Extrakten zur biologischen Testierung und klinischen Anwendung. Dieses Forschungsgebiet, das Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch aufgrund einer ovariellen Funktionsstörung zur Schwangerschaft verhelfen sollte, kann man als

Meilenstein in der Gynäkologie bezeichnen, vergleichbar der Entwicklung oraler Kontrazeptiva oder der In-Vitro-Fertilisation.

Nach seiner Habilitation 1962 zum Thema „Klinische Studien mit hypophysärem Humangonadotropin“ verbrachte Bettendorf einen Forschungsaufenthalt an der Universität von Galveston, Texas. Auf einer Vortragsreise durch die USA knüpfte er viele wissenschaftliche und freundschaftliche Kontakte. Nach seiner Rückkehr nach Hamburg wurde die Abteilung für klinische und experimentelle Endokrinologie an der Universitätsfrauenklinik Hamburg-Eppendorf mit Bettendorf als Direktor gegründet. Er blieb Hamburg trotz verlockender anderer Angebote treu, da er hier die Möglichkeit sah, sein eigentliches Gebiet, die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, weiterzuentwickeln. Auf zahlreichen Konferenzen waren er oder seine Mitarbeiter präsent. Besonders enge, freundschaftliche Kontakte pflegte er mit Kollegen aus Israel wie Bruno Lunenfeld und Vaclav Insler.

Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (1975 – 1978) und als deren Tagungspräsident (1977) hat er der Entwicklung dieser Fachdisziplin wichtige Impulse verliehen. Sein Buch „Zur Geschichte der Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“, 1965 bei Springer erschienen, wird so rasch nicht an Aktualität verlieren.

Zahlreiche wissenschaftliche Ehrungen wie z. B. der Martini-Preis, die Laqueur-Medaille oder die im vergangenen Jahr auf der 57. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe verliehene Carl Kaufmann Medaille krönen seine berufliche Laufbahn. Unter seiner wissenschaftlichen Leitung entstanden zahlreiche Habilitationen und Promotionen – viele seiner Schüler sind Universitätsdirektoren, Chefärzte oder erfolgreiche niedergelassene Endokrinologen geworden.

Neben seiner beruflichen und wissenschaftlichen Tätigkeit stand die Familie im Mittelpunkt seines Lebens. Seine Frau Almut hat ihn auf zahlreichen Kongressen und Tagungen begleitet. Seinen vier Kindern und zehn Enkelkindern war er ein liebender, fürsorglicher Vater und Großvater. Wir, seine wissenschaftlichen Schüler und Kollegen, haben ihn als beratenden väterlichen Freund erlebt und so manche seiner Leitprinzipien übernommen.

*Wilhelm Braendle, Martin Carstensen, Peter Jürgen Czygan,  
 Hans-Joachim Frischbier, Annette Kleinkauf-Houcken, Christoph Lindner,  
 Christine Sprotte, Heinrich Maass, Hans Egon Stegner*



## Ihre E-Mail-Adresse?

Der Ausbruch der Schweine-/Mexikogrippe hat wieder gezeigt, wie wichtig es im Notfall ist, Informationen schnell und zuverlässig an die richtigen Personen bringen zu können. Zwar stehen die notwendigen Informationen auf den Homepages der Gesundheitsbehörde, des Robert-Koch-Instituts oder der Körperschaften. Aber was tun, wenn Internet-Seiten wegen des Ansturms nicht erreichbar sind? Die Ärztekammer nimmt dies deshalb zum Anlass, erneut alle Mitglieder aufzufordern, ihre E-Mail-Adresse im Ärzteverzeichnis eintragen zu lassen, um so schnelle Wege der Kommunikation zu ermöglichen. Auch um Porto-Kosten zu sparen, ist es langfristig das Ziel der Kammer, Informationen per E-Mail an ihre Mitglieder zu versenden. Bitte senden Sie Ihre E-Mail an: [verzeichnis@aekhh.de](mailto:verzeichnis@aekhh.de). |dk

## Projekt startet im Juni

Bundesärztekammer und Landesärztekammern starten im Juni 2009 das Projekt „Evaluation der Weiterbildung“. In einer Onlinebefragung werden Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sowie Weiterbildungsbefugte zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung befragt. In einem in diesem Heft beigelegten Falblatt gibt es weitere Informationen. |dk



## Gratulation

### zum 65. Geburtstag

- 03.07. **Prof. Dr. med. Hanns-Gerd Dammann**  
Facharzt für Innere Medizin
- 05.07. **Eva Susanne Jungck**  
Ärztin
- 06.07. **Mira Banasiak-Smolka**  
Ärztin
- 07.07. **Dieter Brendel**  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 07.07. **Dr. med. Hans-Jürgen Dibbert**  
Arzt
- 09.07. **Dr. med. Stefanie Hoppe**  
Fachärztin für Augenheilkunde
- 13.07. **Dr. med. Rita Bennemann**  
Fachärztin für Augenheilkunde
- 13.07. **Dr. med. Frank Godat**  
Facharzt für Orthopädie
- 14.07. **Dr. med. Jürgen Braun**  
Facharzt für Radiologie  
Facharzt für Innere Medizin
- 15.07. **Gisela Kloppe**  
Ärztin

## In memoriam

- Prof. Dr. med. Gerhard Bettendorf**  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
\* 04.05.1926 † 20.04.2009
- Dr. med. Felix Lehfeldt**  
Facharzt für Chirurgie  
\* 15.07.1935 † 20.04.2009
- Dr. med. Renate Thygesen**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
\* 19.09.1921 † 02.05.2009

## Verloren

Ausweis von

- B 2501 **Dr. med. Hans-Jürgen Bohnhoff**  
10.07.1991
- B 2501 **Dr. med. Ulrike Dietz**  
16.03.1998
- C 1220 **Ann-Kathrin Holle**  
30.01.2008
- C 1809 **Dr. med. Margret Jandl**  
31.10.2008
- B 1264 **Volkmar Müller**  
12.07.1996
- C 868 **Henning Sauer**  
10.09.2007
- Dr. med. Francesca Alexandra Freifrau Schenck zu Schweinsberg**  
ausgestellt von der Ärztekammer Hessen

Die Arztausweise werden hiermit für ungültig erklärt. Bei Wiederauffinden wird um sofortige schriftliche Benachrichtigung der Ärztekammer gebeten.

## Forschungspreis Depression

Der Forschungspreis der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wird im Jahr 2009 zum ersten Mal vergeben. Ausgezeichnet werden sollen innovativ-wegweisende wissenschaftliche Arbeiten aus der neurobiologischen und psychosozialen, versorgungsnahen Forschung zu depressiven Erkrankungen.

Der Forschungspreis der Stiftung Deutsche Depressionshilfe ist mit 5.000 Euro dotiert und wird am 5. November 2009 in München auf der gemeinsam veranstalteten Fachtagung des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität und der Stiftung Deutsche Depressionshilfe übergeben.

Teilnahme- und vorschlagsberechtigt sind Wissenschaftler aller interessierten Disziplinen sowie Mitglieder wissenschaftlicher Institutionen und Fachgesellschaften.

Bewerbungen werden bis zum 15. Juli 2009 in zweifacher Ausfertigung und in elektronischer Form (pdf-Datei) an die Geschäftsstelle der Stiftung Deutsche Depressionshilfe mit folgenden Unterlagen erbeten: Kurzfassung der wissenschaftlichen

Arbeit (max. zehn Seiten oder Publikation, Deutsch und/oder Englisch), die den Forschungsansatz, die Behandlungsziele sowie die Ergebnisse darstellt, dazu wissenschaftlicher Lebenslauf und Publikationsverzeichnis (optional).

Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Ansprechpartnerin: Barbara Ditze, Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig, Telefon: 0341 97-24493, E-Mail: [info@deutsche-depressionshilfe.de](mailto:info@deutsche-depressionshilfe.de).



**Veranstaltung** Am 20. Juni findet um 10 Uhr eine Podiumsdiskussion mit Bundespolitikern im Ärztehaus statt.

## Fachärzte diskutieren mit der Politik



Politiker stehen Rede und Antwort: Wolfgang Terpe, Dietrich Wersich und Daniel Bahr

Die fachärztliche Medizin in der ambulanten Versorgung ist in Not. Unter der Ägide der roten Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat der Ausverkauf der fachärztlichen ambulanten Versorgung an Gesundheitskonzerne und Kliniken begonnen. Medizinische Versorgungszentren in der Hand von Krankenkassen, Kliniken oder gar von Investmentgesellschaften breiten sich aus. Unter der Fahne des Wettbewerbs wird ein ungleicher Kampf gefochten. Hier Konzerne mit riesigen finanziellen Ressourcen und Krankenkassen, die mit Versichertengeldern MVZs gründen können, dort niedergelassene Fachärzte, die alles aus den mageren Erlösen der GKV finanzieren müssen. Die schwarz/rote Bundesregierung hat uns einen Euro-EBM mit Dumpingpreisen beschert, uns mit Bürokratie überschüttet und scheint die fachärztliche Versorgung abwickeln zu wollen. Ist das wirklich das Ziel der Politik von CDU und SPD? Wo stehen die anderen Parteien? Haben FDP, Grüne oder die Linke ein besseres gesundheitspolitisches Konzept?

Zu diesen Fragen wollen wir die Bundespolitiker der großen Parteien am Samstag, dem 20. Juni 2009, in der Humboldtstr. 56, im Ärztehaus, von 10 bis 14:30 Uhr, befragen. Aber wir wollen sie nicht nur befragen und Antworten hören, sondern wir wollen mit ihnen diskutieren und unseren Unmut und unsere Sorgen vehement artikulieren. Zugesagt haben Dietrich Wersich (Senator für Gesundheit Hamburg, CDU), Daniel Bahr (Sprecher Gesundheitspolitik der FDP Bundestagsfraktion), Wolfgang Terpe (Mitglied des Gesundheitsausschusses, Grüne), Walter Plassmann (KV Hamburg) und Angelika Schwabe (Techniker Krankenkasse). Angefragt wurden weiter Olaf Scholz (SPD) und Dr. Martina Bunge (Vorsitzende Gesundheitsausschuss, Die Linke).

Die ärztliche Seite wird vertreten von Dr. Andreas Timmel (Hautarzt und Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) aus Mecklenburg-Vorpommern) sowie Dr. Dirk Heinrich (GFB-Präsident Hamburg). Die Einführungsreferate halten Professor Dr. Fritz Beske vom Beske Institut Kiel und Dr. Heinrich zum Thema „Zukunft der fachärztlichen Versorgung“.

Nutzen Sie die Chance zur Diskussion mit den Bundespolitikern und unserem Hamburger Senator. Demonstrieren Sie, dass Ihnen die Zukunft der fachärztlichen Versorgung auf der Seele brennt. Machen Sie deutlich, dass wir eine Fortsetzung der bisherigen schwarz/roten Gesundheitspolitik nicht tolerieren werden. Zeigen wir den Politikern, dass wir uns massiv in den Wahlkampf einmischen werden über unsere Wartezimmer und auch in unseren Sprechzimmern.

Dr. Dirk Heinrich  
GFB-Präsident Hamburg





## Patenärztinnen und -ärzte für Schulen gesucht

**Gesund macht Schule**

Für das Präventionsprojekt „Gesund macht Schule“ an Grundschulen werden Patenärzte gesucht. In den Stadtteilen Rahlstedt „Am Sooren“ und Billstedt „Möllner Landstraße“ warten Grundschulkindern, Lehrer und Eltern auf engagierte Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich Schulen unterstützen, sich mit Gesundheitsthemen zu befassen. Bei diesem gemeinsam von Ärztekammer Hamburg und AOK Rheinland/Hamburg angebotenen Präventionsprojekt stehen Ärzte als Ansprechpartner zur Verfügung, sie beraten Lehrer, begleiten Elternabende oder gehen mit in den Unterricht. Benötigt werden auch noch Stethoskope, die in der Pressestelle der Ärztekammer im Ärztehaus abgegeben werden können. Kontakt: Pressestelle der Ärztekammer Hamburg, Telefon 20 22 99 200 oder per E-Mail: [presse@aekhh.de](mailto:presse@aekhh.de). |dk

## Mammographie-Screening: positive Bilanz nach einem Jahr

Für das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs zogen die Leiter des Mammographie-Screening-Zentrums und programmverantwortlichen Ärzte Dr. Eva-Maria Baumgartner, Dr. Jutta Lübbering-Schmidt, Dr. René Rückner und Dr. Maria Schofer ein Jahr nach dem Start in Hamburg eine positive Bilanz.

Insgesamt wurden im Zeitraum April bis Ende Dezember vergangenen Jahres 53.392 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eingeladen. Die Beteiligungsquote liegt in Hamburg bei knapp 50 Prozent. Die Teilnahme am Programm ist freiwillig. Ziel ist die Senkung der Sterblichkeitsrate an Brustkrebs. Insgesamt erkrankten in Deutschland jährlich 57.000 Frauen an Brustkrebs.

Eine erste Analyse der Zahlen des Mammographie-Screenings in Hamburg untermauert die Effektivität des zertifizierten Programms. Bei jeder 100. Untersuchung der Brust kann ein Karzinom nachgewiesen werden; damit liegt die Entdeckungsrate von Brustkrebs oder seiner Vorstufe bei einem Prozent. Bei knapp 400 Frauen wurde ein Malignom der Brust diagnostiziert. Der Anteil der Brustkrebsvorstufen und der sehr kleinen Karzinome unter 1 cm Größe beträgt 50 Prozent. Bei 75 Prozent der Frauen mit diagnostiziertem Brustkrebs lag noch kein Befall der Lymphknoten in der Achselhöhle vor.

Die Einladungen zum Screening gehen an alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren und erfolgen stadtteilbezogen. Bis April

2010 werden alle 208.000 anspruchsberechten Frauen in Hamburg ein Schreiben erhalten. Alle zwei Jahre sollen die Frauen dann die Chance haben, diese Untersuchung ihrer Brüste zur Früherkennung von Krebs vornehmen zu lassen. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, eine Praxisgebühr fällt nicht an. | ti



*Dank Screening wurden viele kleine Knoten entdeckt*

## Ultraschall erleben: Siemens Ultraschall Center Hamburg

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Lindenplatz 2  
20099 Hamburg  
Tel.: 040 2889 7777  
[ultraschall-center.med@siemens.com](mailto:ultraschall-center.med@siemens.com)  
[www.siemens.de/ultraschall](http://www.siemens.de/ultraschall)



**SIEMENS**

## Medizinische Fachangestellte

Ab Juli gibt es mehr Gehalt.

# Fünf Prozent mehr

Die Tarifverhandlungen für Medizinische Fachangestellte sind abgeschlossen. Das Ergebnis: Ab dem 1. Juli 2009 steigen die Gehälter für Mitarbeiterinnen in Arztpraxen linear um fünf Prozent. Damit können die Praxismitarbeiterinnen – je nach Tätigkeitsgruppe – mit einem Einstiegsgehalt von rund 1.423 bzw. 1.494 Euro rechnen. Zum gleichen Zeitpunkt erhöhen sich die Ausbildungsvergütungen um jeweils 50 Euro auf 531 Euro im ersten Ausbildungsjahr bzw. 572 und 616 Euro im zweiten und dritten Ausbildungsjahr.

## Laufzeit bis Dezember 2010

Für vollzeitbeschäftigte Medizinische Fachangestellte gibt es zusätzlich für den Zeitraum Januar bis Juni 2009 eine Einmalzahlung in Höhe von 330 Euro, Teilzeitbeschäftigte erhalten die Leistung in anteiliger Höhe. Der neue Tarifvertrag hat eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2010. Im Herbst nächsten Jahres sollen neue Verhandlungen stattfinden.

Auf dieses Ergebnis einigten sich am 6. Mai in Berlin der Verband medizinischer Fachberufe und die ärztliche Tarifpartei Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA).

## Ausbildungsberuf attraktiver machen

Auch die Arbeitgeberseite zeigte sich mit den Ergebnissen zufrieden. „Es ist wichtig, den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte attraktiver zu machen“, erklärte die AAA-Vorsitzende Dr. Cornelia Goesmann. „Gleichzeitig wollen wir, trotz der zum Teil massiven wirtschaftlichen Verwerfungen in einigen Regionen und Facharztpraxen aufgrund der Honorarreform, die gestiegenen Anforderungen an die Mitarbeiterinnen in unseren Praxen honorieren. Wir rufen deshalb auch die nicht tarifgebundenen Kolleginnen und Kollegen auf, diese Gehaltserhöhung weiterzugeben und damit den Medizinischen Fachangestellten zu zeigen, wie wichtig ihre Arbeit für das Funktionieren der ambulanten medizinischen Versorgung und die Betreuung der Patientinnen und Patienten ist.“ | *háb*



**Medizinische Fachangestellte** Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) wirbt für mehr Ausbildungsengagement.

# Ausbilden lohnt sich

Anlässlich des Tages des Ausbildungsplatzes am 14. Mai 2009 hat BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann alle Freiberufler gebeten, auch in diesem Jahr nicht in ihrem Ausbildungsengagement nachzulassen und so viele Ausbildungsplätze wie möglich anzubieten: „Demographisch bedingt wird die Zahl der Bewerber in den nächsten Jahren drastisch zurückgehen. Es droht auch für die Praxen und Kanzleien der Freiberufler ein massiver Fachkräftemangel. Daher bitten wir alle Freiberufler, auch in diesem Jahr wieder möglichst viele Ausbildungsstellen anzubieten: Bilden Sie heute die jungen Menschen aus, die Sie morgen dringend benötigen.“

## Ausbildung reduziert Kosten

So übernehmen Freiberufler nicht nur eine gesellschaftliche Verantwortung gegenüber den Jugendlichen. Selbst auszubilden lohnt und rechnet sich auch betriebswirtschaftlich, wie eine aktuelle Studie des Bundesinstituts für Berufsausbildung gerade erneut belegt: Schon in der Ausbildungszeit sind die Auszubildenden produktiv und tragen zum reibungslosen Ablauf in der Praxis bei. Diese Investition zahle sich besonders aus, wenn die Auszubildenden anschließend auch übernommen würden, so Oesingmann. Denn durch eigene Ausbildung reduzierten sich Kosten, die durch Fehlbesetzungen und Einarbeitung externer Fachkräfte entstünden.

Der Appell des BFB richtet sich aber auch an die Jugendlichen und deren Eltern: In den neuen Ländern blieben viele angebotene Ausbildungsplätze unbesetzt. Oesingmann fordert: „Bitte prüfen Sie die Möglichkeiten, die sich den jungen Menschen dort bieten und erfüllen Sie die Kampagne ‚Go East‘ mit Leben. In den neuen Ländern werden Sie dringend gebraucht!“

## Hilfe bei mangelnder Ausbildungsreife

Viele Ausbildungsplätze bleiben unbesetzt, weil die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber nicht ausreicht. Finanzielle Unterstützung gibt es in Form der ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH) der örtlichen Arbeitsagenturen, die bisher viel zu wenig in Anspruch genommen werden. Diese Leistung zielt darauf ab, Jugendlichen durch Förderung des Erlernens der berufsspezifischen Fachtheorie, Stützunterricht zum Abbau von Sprach- und Bildungsdefiziten sowie durch sozialpädagogische Begleitung die Berufsausbildung zu ermöglichen.

Der BFB-Präsident bittet daher alle Kolleginnen und Kollegen, weitere Ausbildungsplätze anzubieten: „Sie helfen damit nicht nur den Jugendlichen, sondern auch sich selbst. Und melden Sie bitte freie Stellen auch den Arbeitsagenturen, denn dorthin wenden sich die Jugendlichen am ehesten, wenn sie eine Ausbildungsstelle suchen.“ | *háb*

# 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@aekhh.de](mailto:bibliothek@aekhh.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 ([literaturbestellung@aekhh.de](mailto:literaturbestellung@aekhh.de))
- Zusendung von Literaturrecherchen in „PubMed“ 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

**Atlas der gynäkologischen Operationen.** Hrsg.: D. Wallwiener (u.a.). Begr.: H.A. Hirsch. 7. Auflage. 2009.

**Broscheid, N.:** Konfliktmanagement und Mobbingprävention. Ein Präventionskonzept für Kliniken. Hrsg.: BWG – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege\*. 2007.

**Chronisch entzündliche Darmerkrankungen.** Hrsg.: J.C. Hoffmann (u.a.). 2. Auflage. 2009.

**Delbrück, H.:** Brustkrebs. Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige. 8. Auflage. 2009.

**Furger, P.:** Innere quick. Der Fakten-Turbo für Station und Praxis. 2. Auflage. 2009.

**Greten, J.:** Kursbuch traditionelle chinesische Medizin. 2. Auflage. 2007.

**Innere Medizin.** Mitarb.: K. Arasteh (u.a.). 2. Auflage. (Duale Reihe). 2009.

**Internistische Intensivmedizin.** Hrsg.: W. Haverkamp (u.a.). 2009.

**Liebe, S.:** Videofilme aus der Praxis. Kolonpolypen und –polyposis, kolorektale Karzinome, Lipome des Kolons, lymphatische Zysten des Kolons. Gastroenterologische Fortbildung. Hrsg.: Falk Foundation\*. 2008. (CD-ROM-Ausgabe).

**Mader, P.:** Substanzbezogene Störungen im Alter. 2008.

**Möller, T. B.; E. Reif:** Atlas der Schnittbildanatomie. Muskuloskelettales System. 2008.

**Praxisleitfaden Gewebegesetz.** Hrsg.: W. Pühler, M. Hübner\* (u.a.). 2009. (nebst CD-ROM).

**Radke, M.; S. Holz, J. Schildt:** Kindergastroenterologie multimedial. Hrsg.: Falk Foundation\*. 2008. (CD-ROM-Ausgabe).

**Verbrennungsmedizin.** Vom Unfallort bis zur Rehabilitation. Hrsg.: F. Wappler, G. Spilker. 2009.

\* Geschenk vom Verfasser / Herausgeber

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@aekhh.de](mailto:bibliothek@aekhh.de) und wir nehmen Sie in unseren Verteiler auf.



Dr. Markus Merk, dreimaliger Welt-Schiedsrichter

# Fairness.

Eine der obersten Prämissen im Sport. Auch für Schiedsrichter. Darauf haben die Spieler ein Recht. Aber auch die Schiedsrichter. Für den Spaß am Sport. Für den menschlichen Umgang miteinander.

Auch für Versicherungen ist Fairness wichtig. Vom Kunden zum Unternehmen. Vom Unternehmen zum Kunden. Nur gemeinsam können Ziele erreicht werden.

*Das ist Fairness.  
Das gibt Sicherheit.  
Das ist die INTER.*

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



## Suchtmedizin

Benzodiazepine sind in der Akutbehandlung gut wirksame und unverzichtbare Medikamente. Doch der Langzeitkonsum kann abhängig machen.

Von Prof. Dr. Christian Haasen<sup>1</sup>,  
Dr. Rüdiger Holzbach<sup>2</sup>



# Verordnung von Benzodiazepinen



Benzodiazepine sind in der Akutbehandlung gut wirksame und unverzichtbare Medikamente. In der Regel werden sie initial auch sehr gut vertragen. Bei der Langzeitanwendung von Benzodiazepinen stellen sich aber für die meisten Wirkungen Toleranzeffekte ein. Weitgehend unbestritten ist dies in der Literatur für die sedierenden, hypnotischen und psychomotorischen Effekte. Für die anxiolytische Wirkung muss unterschieden werden, ob regelmäßige oder intermittierende Gabe gewählt wurde. Die Toleranzentwicklung ist der Hauptgrund, weswegen in keiner der einschlägigen Leitlinien eine Einnahmedauer von mehr als acht Wochen empfohlen wird, zum Teil lediglich nur vier Wochen. Bei rund 60 Prozent aller mit Benzodiazepinen Behandelten wird diese Zeitgrenze jedoch überschritten.

„nunungs- und Erregungszuständen“ oder als „Kurzzeitbehandlung für Schlafstörungen“ (Rote Liste 2009). Bei einer symptomatischen Behandlung wird davon ausgegangen, dass dieses eine kurzzeitige Lösung ist, während die Grunderkrankung diagnostiziert und ggf. behandelt wird. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen darf diese symptomatische Behandlung ausgeweitet werden. Sehr viele Betroffene nehmen oft über Jahre nur sehr niedrige Dosierungen ein, da sie selbst die Dosis nicht steigern würden. Dies kann aber nicht verhindern, dass sich der Körper an den Wirkstoff gewöhnt und entsprechend gegenreguliert. Erhält er keine höheren Dosen, weil er sich an die verordnete Einnahmeweise hält, so ist er relativ zu seiner Abhängigkeitsentwicklung unterdosiert.

Im Vordergrund stehen insbesondere Stimmungsschwankungen (die innerhalb eines Tages mehrfach auftreten), Schlafstörungen und eine veränderte Körperwahrnehmung mit Körpermissempfindungen aber auch Störungen in anderen Sinnesgebieten.

In der 2. Phase („Apathiephase“) folgt in der Regel eine moderate Dosissteigerung auf zirka die doppelte Menge, mit einer typischen Trias an Symptomen: Minderung der körperlichen Energie, kognitiv und mnestiche Einbußen sowie affektive Indifferenz, das heißt, dass die Betroffenen sich gefühlsmäßig weder richtig freuen können, noch richtig Traurigkeit empfinden können. So typisch diese Trias, so unspezifisch ist sie, da sie zum Beispiel auch bei depressiven Störungen auftreten kann, aber auch mit Veränderungen im Rahmen des Alterungsprozesses übereinstimmen. Da eine große Zahl der Betroffenen sich in der zweiten Lebenshälfte befindet, werden diese Veränderungen zwar wahrgenommen, aber eher „dem Alter“ zugeschrieben. Eine sichere klinische Unterscheidung wird kaum gelingen und Sicherheit erst ein Ausschleichversuch bringen.

Erst in der 3. Phase („Sucht-Phase“), wenn die Betroffenen zum Beispiel durch zusätzliche „Quellen“ ihre Dosis steigern, werden typische Suchterscheinungen in den Vordergrund treten mit zunehmendem Kontrollver-

### Bei der Verordnung beachten

- Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan (was soll im Verlauf die Benzodiazepine ersetzen?),
- möglichst nicht bei der Exazerbation einer chronischen psychischen Störung
- Aufklärung über das Suchtpotenzial, keine Verordnung bei Suchtanamnese
- Ankündigung als Krisenmedikation (Befristung!),
- Abwägung, ob „fest angesetzt“ oder „bei Bedarf“ die günstigere Alternative darstellt.

### Drei Phasen des Langzeitkonsums

In der 1. Phase des Langzeitkonsums („Wirkumkehr“ bzw. „relative Entzugserscheinungen“) sorgen typische Entzugserscheinungen (siehe unten) für ein „buntes Bild“. Zumeist imponiert es für den Beobachter als eine Verstärkung der Ursprungssym-

ptomatik (was natürlich nie ganz auszuschließen ist), das sich aber aufgrund der Summe der unterschiedlichen und insbesondere neuen Symptome unter Umständen bereits vom klinischen Bild her gut abgrenzen lässt.

ptomatik (was natürlich nie ganz auszuschließen ist), das sich aber aufgrund der Summe der unterschiedlichen und insbesondere neuen Symptome unter Umständen bereits vom klinischen Bild her gut abgrenzen lässt.

<sup>(1)</sup> Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, UKE; <sup>(2)</sup> Chefarzt der Abt. Suchtmedizin, LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt)

**Tab. 1: Halbwertszeiten einiger Benzodiazepine (plus vergleichbare Stoffe) und ihre Äquivalenzdosis (entsprechend der Wirkung von 10 mg Diazepam)**

Substanz	Beispiele für Handelsnamen	HWZ (h)	Metabolit(en)	HWZ (h)	Äquivalenzdosis (mg)
Alprazolam	Tafil*	10-15	Hydroxyalprazolam	12-15	1,5
Bromazepam	Lexotanil*, Normoc*	10-20	Hydroxybromazepam	kurz	6
Brotizolam	Lendormin*	3-8	Hydroxymethylbrotizolam	3-8	0,5
Chlodiazepoxid	Librium*	5-30	Demoxepam Nordazepam Oxazepam	ca. 45 36-200 10-20	50
Clobazam	Frisium*	12-60	Desmethyl-clobazam	50-100	20
Clonazepam	Rivotril*	30-40	(Acet-)aminoclonazepam	wirk-sam?	2
Clotiazepam	Trecalmo*	3-15	Desmethyl-clotiazepam Hydroxy-clotiazepam	? ca. 18	5
Diazepam	Valium*	20-40	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	10
Dikaliumclorazepat	Tranxilium*	(1-2)	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	20
Flunitrazepam	Rohypnol*	16-35	Amino- & Desmethylflunitrazepam	wirk-sam?	0,75
Flurazepam	Dalmadorm*	40-250	-	-	30
Loprazolam	Sonin*	6-12	-	-	1,5
Lorazepam	Tavor*, Pro Dorm*	8-24	-	-	2
Lormetazepam	Noctamid*, Ergocalm*		Teilweise Abbau zu Lorazepam	(8-24)	1,5
Medazepam	Rudotel*, Rusedal*		-	-	20
Midazolam	Dormicum*	Kurz			7,5
Nitrazepam	Mogadan*, Radedorm*	15-38	-	-	5
Nordazepam	Tranxilium N*	36-200	Oxazepam	10-20	20
Oxazepam	Adumbran*, Praxiten*	10-20	-	-	40
Prazepam	Demetrin*	1,5	Nordazepam Oxazepam	36-200 10-20	20
Tetrazepam	Musaril*	8-22	-	-	50
Temazepam	Planum*, Remestan*	5-14	-	-	20
Triazolam	Halcion*	2,5	-	-	0,5
Zolpidem	Bikalm*, Stilnox*	1-3	-	-	20
Zopiclon	Ximovan*	4-6	-	-	15

lust, fortgesetztem Konsum trotz schädlicher Folgen, erhöhtem Zeitaufwand für Beschaffung und Erholung, Entzugserscheinungen sowie Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Etwa ein Drittel der Langzeitkonsumenten erhalten Benzodiazepinrezepte von mehreren Ärzten. Hierbei gibt es allerdings noch eine (zunehmende) Dunkelziffer, da immer mehr Ärzte Benzodiazepine bei dieser Gruppe auf Privatrezept verordnen.

## Der mündige Patient

Durch die zunehmende Bewertung medizinischer Behandlungsprozesse durch Juristen wissen wir, dass für die fachgerechte Behandlung die Einwilligung des informier-

ten Patienten gehört. Gerade bei Langzeitverschreibungen ist, neben der sowieso fachlich notwendigen Überprüfung der Vor- und Nachteile der Behandlung, auch die Aufklärung im Verlauf sinnvoll.

Bei der Frage der Langzeitanwendungen von Benzodiazepinen kann dafür der „Lippstädter-Benzo-Check“ ([www.lwl.org/klinik\\_warstein\\_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf](http://www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf)) verwendet werden, mit Hilfe dessen der Patient zunächst einmal selbst überprüfen kann, ob Nebenwirkungen aufgetreten sind, und mit dessen Hilfe eine entsprechende Aufklärung über die Folgen einer Langzeiteinnahme dokumentiert werden kann. Dies sollte deshalb sehr ernst genommen werden, da immer häufiger Patienten ihre behandelnden

Ärzte nach Jahren wegen der Langzeitverschreibung vor die Schiedsstellen der Ärztekammern oder gar vor Gericht bringen, und bei fehlender (dokumentierter) Aufklärung Ärzte für die Folgen haftbar gemacht werden können.

Anders herum kann ein solcher „Benzo-Check“ auch dafür genutzt werden, um Patienten für ein Ausschleichen der Benzodiazepine zu motivieren. Ohne zunächst großen zeitlichen Aufwand für den Arzt, kann über die Informationen, die der „Benzo-Check“ beinhaltet, dem Patienten deutlich gemacht werden, dass Beschwerden, die im Laufe der letzten Monate oder Jahre aufgetreten sind und vom Betroffenen bisher anders interpretiert wurden (zum Beispiel als Verschlechterung der Grunderkrankung), Folgen der Langzeiteinnahme sind und durch das Absetzen der Benzodiazepine auch wieder verschwinden können.

## Pharmakologische Besonderheiten

Von großer klinischer Relevanz ist die unterschiedliche Halbwertszeit von Benzodiazepinen und dem beim Abbau in der Leber entstehenden aktiven Metaboliten (s. Tabelle 1). Hierdurch wird deutlich, dass einige Benzodiazepine extrem lange Halbwertszeiten haben, so Diazepam mit seinen aktiven Metaboliten rund 150 Stunden. Daraus resultiert eine Kumulation der Dosis bei regelmäßiger Einnahme.

Präparate mit einer langen Halbwertszeit sollten deshalb im ambulanten Rahmen möglichst gemieden werden. Es empfiehlt sich eine äquivalente Umstellung des bisherigen Präparates auf eines mit einer kürzeren HWZ und keinen aktiven Metaboliten (z.B. Oxazepam, s. Tabelle 1).

## Konsummuster

Untersuchungen zeigen drei verschiedene Typen von Benzodiazepinkonsumenten, bei denen die Konsumdauer die empfohlene Grenze von vier bis acht Wochen überschreitet und das Risiko einer Benzodiazepinabhängigkeit steigt. Die erste Gruppe sind noch relativ junge Menschen (in der Regel unter 50 Jahre alt), die im Rahmen einer Stresssituation Benzodiazepine verschrieben bekommen, bei denen die positive Wirkung zur Stressbewältigung genutzt wird und eine leicht euphorisierende Wirkung eine steigende Dosis befördert. Eine zweite Gruppe sind diejenigen Menschen, meist zwischen 45 und 65 Jahre alt, die im Rahmen negativer Lebensereignisse ängstlich depressiv reagierten, ggf. auch Schlafstörungen entwickelten und diese Situation mit Benzodiazepinen kompensieren, ohne jedoch die Grundstörung (entweder depressive Stö-

## Langjährige Niedrigdosisabhängigkeit

Eine 66-jährige Dame stellt sich in der Suchtambulanz vor, nachdem ihr neuer Hausarzt (ehemaliger Hausarzt war in Rente gegangen) ihr kein Rezept für Diazepam mehr geben wollte, obwohl sie dieses Medikament schon seit acht Jahren von ihrem Hausarzt erhielt, seitdem sie nach dem plötzlichen Tod ihres Ehemannes Schlafschwierigkeiten entwickelt hatte.

Sie war entsetzt von der Aussage des neuen Hausarztes, dass sie vom Medikament abhängig sei, da sie dieses nur zum Schlafen und immer in der gleichen Dosis (10 mg) eingenommen hatte. Dennoch hatte der Versuch, es einfach wegzulassen, zu

schlaflosen Nächten geführt, so dass sie Angst bekommen hatte, dieses weiter ambulant zu versuchen.

Bei der stationären Aufnahme wurde das Diazepam durch 40 mg Oxazepam ersetzt, welches auf vier Einzeldosen verteilt wurde und dann jeden Tag um 5 mg reduziert wurde, so dass sie nach acht Tagen keine Benzodiazepine erhielt. Die dabei auftretende Schlaflosigkeit wurde mit Quetiapin 25 mg erfolgreich behandelt, welches jedoch nach zwei Wochen auf Wunsch der Patientin (wegen Gewichtszunahme) abgesetzt wurde.

Die Schlafstörungen besserten sich mit der Zeit unter Einhaltung

verschiedener Regeln der Schlafhygiene. Nach einer vierwöchigen stationären Behandlung wurde sie ambulant weiterbehandelt, wobei hier die therapeutische Aufarbeitung der zunehmend aufkommenden Gefühle im Vordergrund stand. Nach circa zwei Monaten konnte sie deutlich benennen, dass sie sich viel wacher fühlte, insgesamt im Alltag aktiver geworden war und den Eindruck hatte, ihre Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit hätten zugenommen. Somit konnte sie die weiter anhaltenden Schlafstörungen besser verkraften, da sich ihre Lebensqualität insgesamt verbessert hatte.

zung oder Anpassungsstörung) anzugehen. Die dritte Gruppe sind diejenigen eher älteren (meist über 65 Jahre alt) Menschen, die schon seit vielen Jahren Benzodiazepine verschrieben bekommen und diese konstant in gleicher Dosis eingenommen haben, für die ein Leben ohne das Schlafmedikament kaum vorstellbar ist. Bei den ersten beiden Gruppen ist auf alle Fälle eine Entzugsbehandlung indiziert, bei der dritten Gruppe kann eine Entzugsbehandlung ebenfalls zu einer langfristigen Steigerung der Lebensqualität führen, wobei hier der Widerstand gegen das Ausschleichen des Medikamentes so groß sein kann, dass eine Entzugsbehandlung nur nach längerer Vorbereitung und mit größter Vorsicht durchgeführt werden kann.

### Entzug

Bei höheren Dosierungen oder bisher sowieso schon mehrfach erfolgter täglicher Einnahme, sollte die Dosis auch über den Tag verteilt werden, damit die Spiegelschwankungen möglichst niedrig gehalten werden. Nur bei kleineren Dosierungen ist die Einmalgabe sinnvoll. Die Abdosierungsgeschwindigkeit sollte im Vorfeld mit dem Patienten besprochen werden. Das Abdosieren sollte schrittweise erfolgen, wobei die Reduktionsschritte am Anfang größer sein dürfen, im Verlauf langsamer und kleiner. Zu schnelles Reduzieren bedeutet deutliche Entzugserscheinungen, zu langsames Reduzieren birgt das Risiko, dass im Verlauf der Reduktion dem Betroffenen „die Kraft“ ausgeht. Als Zeithorizont ist das Fenster zwischen drei Wochen und längstens vier Monaten anzusehen. Bei älteren Menschen empfiehlt sich die Abdosierung mit Clonazepam (in Tropfenform erhältlich) im ambulanten Behandlungsrahmen, da typische stationäre sucht-spezifische Interventionen an den Bedürfnissen dieser Patientengrup-

pe vorbeigehen würden und mit der tropfenweisen Abdosierung eine individuelle Entzugssteuerung möglich ist.

Die Betroffenen sollten im Vorfeld ausführlich über mögliche Entzugssymptome aufgeklärt werden, insbesondere über Veränderungen der Körperwahrnehmung, da diese Symptome die Betroffenen sonst sehr beängstigen könnten. Bei Patienten, die sich in Phase I befinden, werden häufig keine wesentlichen Entzugssymptome auftreten – im Gegenteil, mit jedem Reduktionsschritt wird es dem Patienten besser gehen, da er mit der Abdosierung aus der Phase der „relativen Entzugserscheinungen“ herauskommt. Da

Schlafstörungen sehr häufige Begleiter des Entzuges sind, sollte hierauf besonderes Augenmerk gerichtet werden und jeder Patient im Vorfeld des Entzuges schon prophylaktisch über schlafhygienische Maßnahmen informiert werden.

Bei Patienten, bei denen ein ambulanter Entzug gescheitert ist, sollte ein stationärer Entzug erwogen werden. Dies sollte üblicherweise in Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung erfolgen, die idealerweise auf diese Zielgruppe spezialisiert ist. Insbesondere sind Kliniken für diese Patientengruppe sehr günstig, die schon während des Entzuges eine spezifische, psychiatrische und psychotherapeutische Mitbehandlung der häufigen Grundstörungen ermöglichen, ohne dass nach der „Suchtbehandlung“ erst die Weiterverlegung auf eine entsprechende Station erfolgt.

## Rat und Hilfe

Ärztchamber Hamburg und KV Hamburg planen, in Sachen Benzodiazepine eine Beratungsstelle für Hamburger Ärztinnen und Ärzte einzurichten. So lange es diese noch nicht gibt, erteilen die Verfasser der Artikel Auskunft – jeweils zu ihren Fachgebieten:

- Abt. Berufsordnung der Ärztekammer Hamburg, Ansprechpartner Dr. Jasper Kiehn, Tel.: 202299-160, E-Mail: [berufsordnung@aekhh.de](mailto:berufsordnung@aekhh.de).
  - Pharmakologische Fachberatung der KV Hamburg, Tel.: 22802-498\*
  - Patientenberatung von Ärztekammer und KVH, Ansprechpartnerin: Dr. Frauke Ishorst-Witte, Tel.: 202299-220\*, E-Mail: [patientenberatung@aekhh.de](mailto:patientenberatung@aekhh.de)
  - Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, UKE, Ansprechpartner: Prof. Dr. Christian Haasen, Tel.: 7410-57901\*, E-Mail: [haasen@uke.de](mailto:haasen@uke.de)
- Ebenfalls in Arbeit ist eine Zusammenstellung der Ansprechpartner in Beratungsstellen, bei niedergelassenen Suchtmedizinern und im stationären Bereich.

\* Die Rufnummern bitte nicht an Patienten und deren Angehörige herausgeben; Für Patienten gibt es die Patientenberatung der Ärztekammer und KVH unter der Telefonnummer 2 28 02 – 650.

### Was bleibt nach dem Entzug?

Es ist noch umstritten, ob insbesondere die kognitiven Defizite, die im Verlauf der Langzeiteinnahme auftreten, bleibenden Charakter haben. Da bisher keine strukturelle Schädigung des Gehirns durch Benzodiazepine nachweisbar und pathobiologisch nicht zu erwarten ist, spricht einiges für die klinische Erfahrung, dass sich im längeren Verlauf der Abstinenz die kognitiven Defizite zurückbilden. Bei jüngeren Patienten häufiger, bei älteren Patienten überraschend selten, zeigen die ursprünglichen Einnahmegründe (wieder) klinische Relevanz. Hier wird es dann um eine sehr individuelle Abwägung der Vor- und Nachteile der Behandlung gehen. Häufig wird zu zögerlich die Hilfe des Facharztes oder Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Dies liegt sicherlich daran, dass die Möglichkeiten der modernen Psychiatrie und Psychotherapie unterschätzt werden oder diese Praxen zu überlaufen sind.

## KV Hamburg Welche Vorgaben gelten für die Verordnung von Benzodiazepinen?

Von Dr. Klaus Voelker

# Nur bis zu acht Wochen

Benzodiazepine und vergleichbare Wirkstoffe (Zolpidem, Zopiclon u. Ä.) spielen in der ambulanten Versorgung eine nicht unerhebliche Rolle. Sie werden vor allem von Neurologen und Psychiatern, aber auch von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten verschrieben.

Es ist unbestritten, dass diese Wirkstoffe ein Suchtpotenzial haben. Eine länger dauernde Anwendung führt selbst bei niedriger Dosierung zu Gewöhnungserscheinungen bis hin zur Abhängigkeit. Um missbräuchliche Anwendung und damit verbunden teilweise gravierende Entzugserscheinungen zu verhindern, sollten sich die Ärzte bei der Verordnung streng an die Vorgaben der Hersteller und der Selbstverwaltung halten.

Die Fach- und Gebrauchsinformationen fordern eine sorgfältige Indikationsstellung. Bei Patienten mit Abhängigkeitsanamnese ist besondere Vorsicht geboten. In der Regel sollte die kleinste Packungseinheit verordnet werden, die Dosierung möglichst niedrig, die Therapiedauer so kurz wie möglich gewählt

werden. Es empfiehlt sich, die Notwendigkeit der Behandlung in kurzen Abständen zu überprüfen. Dauert die Anwendung länger als eine Woche, sollte die Dosis wenn möglich schrittweise reduziert werden, um Entzugssymptome zu vermeiden. Nach den derzeit geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften darf eine Therapiedauer von acht Wochen nicht überschritten werden.

### Behandlungsbedürftige Krankheit?

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist im SGB V der Anspruch des Patienten auf eine Therapie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts formuliert. Eingeschränkt wird dies allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie durch Arzneimittelrichtlinien.

In der seit 1. April 2009 geltenden Neufassung der Arzneimittelrichtlinien sind im Abschnitt C die Voraussetzungen für Arzneimittelver-

ordnungen zum Teil neu formuliert worden. Dort ist ausgeführt, dass eine Verordnung von Arzneimitteln nur zulässig ist, wenn sich der behandelnde Arzt vom Zustand des Versicherten überzeugt hat – oder der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Weiter ist zu prüfen, ob eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Verordnung von Arzneimitteln soll den Regeln der ärztlichen Kunst und den Grundsätzen einer rationalen Arzneimitteltherapie entsprechen. Die zu verordnende Menge soll der Art und Dauer der Erkrankung angepasst werden. Vor jeder Wiederholung einer Verordnung soll geprüft werden, ob diese erforderlich ist und ob die verordnete Menge mit der vorgesehenen Anwendungsdauer übereinstimmt. Dabei ist auf Arzneimittelmisbrauch, -gewöhnung oder -abhängigkeit zu achten.

Außerdem ist in der Anlage III, Ziffer 32 und 45 für verschreibungspflichtige Hypnotika zur Behandlung von Schlafstörungen oder für Tranquilantien festgelegt, dass sie nur zur Kurzzeittherapie von bis zu vier Wochen Dauer verordnungsfähig sind. Eine in Einzelfällen länger als vier Wochen dauernde Behandlung ist medizinisch zu begründen.

### Privatrezept nicht erlaubt

Wenn es sich um einen Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt und die oben genannten Voraussetzungen für eine Verordnung gegeben sind, muss ein Kassenrezept ausgestellt werden; ein Ausweichen auf Privatrezepte ist nicht erlaubt. Benzodiazepine und vergleichbare Wirkstoffe dürfen nur bei streng gestellter Indikation verordnet werden. Außerdem sollte eine gute, nachvollziehbare Dokumentation erstellt werden. Es drohen sonst Anträge der Krankenkassen auf Regresse, die nur schwer abzuwenden sind.

Die Regeln sollten möglichst streng eingehalten werden, insbesondere bei Neueinstellung bzw. bei Beginn der Therapie. Dazu gehört die Information des Patienten über Probleme und Gefahren, die sich ergeben können. Das gilt auch für den stationären Bereich, da dort oft mit der Gabe von Benzodiazepinen begonnen wird.

Sind Patienten bereits an die Einnahme der Wirkstoffe gewöhnt, sollte jeweils in der konkreten Situation entschieden werden, da es entscheidend auf die Mitarbeit des Patienten ankommt. Wenn möglich, sollte durch langsame Dosisreduktion eine Entwöhnung versucht werden. Ggf. kann die Mitbehandlung durch einen Facharzt hilfreich sein. In extremen Fällen steht die Suchtambulanz zur Verfügung.

**Dr. Klaus Voelker** leitet die Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg.

## Privatrezept trotz Taschengeld?



Die Mutter des Anrufers in der Patientenberatung leidet unter Demenz und lebt in einem Pflegeheim. Wegen nächtlicher Unruhe erhält sie ein Benzodiazepin und ist damit deutlich ruhiger. Nach zwei Jahren sagt der verordnende Hausarzt, er dürfe das Präparat nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnen und stellt ein Privatrezept aus. Der Sohn möchte wissen, warum das so ist und ob es rechtens ist, denn der Mutter steht im Heim nur ein Taschengeld zur Verfügung.

Wir rieten ihm, erneut mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen, um in Erfahrung zu bringen, warum der Arzt das Präparat nicht mehr zu Lasten der GKV verordnen will und ob es nicht möglich ist, das Benzodiazepin durch ein anderes Medikament, das kein Suchtpotenzial hat, zu ersetzen. In diesem Fall muss allerdings vorher geklärt werden, ob das Benzodiazepin, eventuell überlappend, entzogen werden muss. Ob und wie das möglich ist, könnte der Arzt mit einem Suchtmediziner besprechen. Mehr zur Rechtmäßigkeit der Umstellung von Kassen- auf ein Privatrezept lesen Sie im Beitrag von Dr. Voelker.

Das Thema „Benzodiazepine“ wurde konzeptionell erarbeitet von: Prof. Dr. Christian Haasen, UKE; Dr. Klaus Voelker, KV Hamburg; Dr. Frauke Ishorst-Witte, Dr. Jasper Kiehn, Ernst Heise-Luis, Ärztekammer Hamburg)

## Ärztammer Hamburg Problematische Verordnung von Benzodiazepinen aus berufsrechtlicher Sicht.

Von Dr. Jasper Kiehn

# Nicht ohne Indikation

Berufsrechtliche Ermittlungsverfahren bei Verdacht auf eine übermäßige Versorgung mit potenziell suchterzeugenden Arzneimitteln weisen die Besonderheit auf, dass sich wegen der aus Sicht des Patienten vorteilhaften Verschreibung grundsätzlich nicht Patienten beschweren, sondern Dritte einen solchen Verdacht mitteilen. Zu den Dritten zählen Ärzte bei einer Praxisübernahme, mitbehandelnde Ärzte, die einen Patienten substituieren, Apotheker, die eine Verordnung wegen des Verdachts auf Arzneimittelmissbrauch nicht beliefern und Angehörige, die sich über eine Zahlungspflicht für Privatrezepte beklagen. Patienten beschweren sich selten. Sie machen dann oft den Arzt für die Entstehung ihrer Sucht verantwortlich.

### Berufsrechtlicher Bewertungsmaßstab

§ 1 Absatz 2 der Berufsordnung formuliert das Gebot, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen und Leiden zu lindern. § 2 Absatz 2 der Berufsordnung regelt die Verpflichtung des Arztes seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Dazu zählt auch, dass der Arzt bei einer Verschreibung die Regeln ärztlicher Kunst einhält. Jede Verschreibung bedarf einer dokumentierten medizinischen Begründung. Die Verschreibungspflicht bezweckt, dass Arzneimittel mit Sucht- und Nebenwirkungspotenzial nicht frei zugänglich sind. Eine Verschreibung potenziell suchterzeugender Stoffe ohne nachvollziehbare Indikation ist nicht mit den ärztlichen Berufspflichten vereinbar. Die Unterhaltung einer Sucht mit dem Suchtstoff stellt bei der Benzodiazepinabhängigkeit grundsätzlich kein anerkanntes Behandlungskonzept dar. Eine Aufklärung und informierte Einwilligung des Patienten ist notwendig, entbindet den Arzt aber nicht von der Verantwortung für eine medizinisch begründete Verschreibung.

Beim süchtigen Patienten ist das Problem zwischen Selbstbestimmung und ärztlicher Entscheidung zugespitzt. Der süchtige Patient möchte mit dem Suchtmittel versorgt werden. Der Arzt sollte sich trotz Leidens- und Erwartungsdrucks nicht als Wunsch-erfüllungshelfer verstehen. Die Einnahme von

Benzodiazepinen ist mit einem Nebenwirkungs- und Abhängigkeitspotenzial verbunden. Bei einer festgestellten Abhängigkeit wird vom Arzt ein Behandlungskonzept mit Entzugs- und Reduktionsplan und Kontrollen erwartet. Kritisch sind in diesem Zusammenhang die Dauerverordnung, die Dosissteigerung und die Hochdosisverordnung einzuschätzen.

Bei betäubungsmittelabhängigen Patienten unterliegt die Verschreibung von Flunitrazepam (z. B. Rohypnol) dem Betäubungsmittelrecht. Das zunehmend beobachtete Ausweichen auf Privatrezepte zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses entbindet den Arzt nicht von seiner berufsrechtlichen Verantwortung.

Das Berufsrechtsverfahren ist ein Disziplinarverfahren. Es zielt ab auf Einsicht und eine Änderung des Verhaltens. Zu den berufsrechtlichen Sanktionen gehören die vom Vorstand erteilte Rüge und berufsgerichtliche Maßnahmen wie Verweis und Geldbuße. Der Fokus berufsrechtlicher Ermittlungen ist auf gravierende Fälle gerichtet. Das Vorgehen der Ärztekammer ist abgestuft. Elemente der berufsrechtlichen Maßnahmen sind Sensibilisierung für die Problematik des Arzneimittelmissbrauchs durch ein Gespräch, Erkenntnisgewinn durch eine themenspezifische Fortbildung und als ultima ratio eine berufsrechtliche Ahndung, die bei gravierenden Verstößen nicht vermeidbar ist.

### Berufsrechtlich problematische Verschreibungen

Voraussetzung für die Verschreibung eines Benzodiazepins ist eine gründliche, dokumentierte (Sucht-)anamnese und Untersuchung. Der Arzt und nicht der Patient entscheidet, ob eine Behandlung mit Benzodiazepinen bei den vom Patienten beklagten Symptomen indiziert ist. Daher ist der Wunsch des Patienten nach einer Verordnung eines Arzneimittels mit Suchtpotenzial verdächtig und ein Alarmsignal. Vorsicht ist ebenfalls geboten bei konstruiert wirkenden Vorerkrankungen, die nur auf Arzneimittel mit Suchtpotenzial ansprechen.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln mit Suchtpotenzial besteht die Gefahr, dass der Patient das Vertrauen des Arztes ausnutzt. Zur Prüfung der Angaben des Patienten

## Sucht macht erfinderisch



Ein Arzt versorgte einen 30-jährigen Patienten mehr als ein Jahr lang mit großen Mengen an Benzodiazepinen u. a. Rivotril (Wirkstoff: Clonazepam). Zeitweise entsprach die Verordnung einer Diazepam-Dosis von mehr als 150 mg täglich – auf Kassen- und Privatrezept, bis die Ärztekammer davon Kenntnis erlangte und den Arzt überzeugte, die Verordnungen zu beenden. Der Patient berichtete anderen Ärzten über eine auf Rivotril eingestellte, durch Unfalltrauma ausgelöste Epilepsie. Der Verordnungswunsch wurde von einigen Ärzten bedient, während andere Ärzte die Angaben prüften und die Verordnung bis auf eine Einmalverordnung während der Überprüfungszeit ablehnten. Außer den Angaben des Patienten gab es nach den Untersuchungen in einem Hamburger Krankenhaus keinen Hinweis auf eine Epilepsie. Trotzdem bescheinigte das Krankenhaus dem Patienten an einer bekannten Epilepsie zu leiden. Die Angaben des Patienten hielten einer Überprüfung nicht stand.

empfiehlt es sich, eine Einverständniserklärung zur Einholung von Befunden von Vorbehandlern unterzeichnen zu lassen.

Ein Arzt, dessen eigene Kompetenz zur Behandlung nicht ausreicht, ist nach den Bestimmungen des Berufsrechts verpflichtet, andere Ärzte hinzuzuziehen. Bei Zweifeln an der Indikation sollte der Arzt den Rat eines erfahrenen Kollegen oder einer Suchtambulanz eines Krankenhauses einholen oder den Patienten dorthin überweisen.

Der Arzt ist einem Erwartungsdruck des Patienten ausgesetzt und die Verweigerung eines Rezepts kann zu Anfeindungen führen. Dem Patienten ist jedoch mit der Aufrechterhaltung einer iatrogen unterstützten Sucht langfristig nicht gedient.

Im Blickpunkt dieses Beitrags steht die Sensibilisierung für die Problematik der Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial. Ohne hinreichende Indikation vorgenommene Verordnungen stehen nicht im Einklang mit ärztlichem Berufsrecht.





**112. Deutscher Ärztetag** Sachliche Diskussionen über Priorisierung, über Patientenrechte in Zeiten des Mangels, über medizinische Versorgung von behinderten Menschen und natürlich über die E-Card.

Von Sandra Wilsdorf

# Unaufgeregt provokierend

Der 112. Deutsche Ärztetag hat eine öffentliche Aufmerksamkeit erfahren, wie wohl kaum ein Ärztetag bisher. Denn er hat einen Notruf abgesetzt und Rettungsmaßnahmen verlangt, die in Politik und Medien heftige Debatten ausgelöst haben. „Priorisierung“ war das von Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, in die Diskussion eingebrachte Stichwort. In seiner von den Ärzten mit Standing Ovationen beklatschten Eingangsrede sagte er: „Wenn wir nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versorgung der Patienten bekommen, wenn also der jetzige Mangel zementiert wird, dann müssen wir offen darüber reden, wie wir zu einem gerechten Verteilungsmechanismus kommen.“

## Priorisierung

Sein Vorschlag: Dafür müsse man feststellen, welche Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vorrangig vor anderen seien. Ganz oben auf der Prioritätenliste ständen dann vielleicht die lebensbedrohlichen, akuten Erkrankungen, am Ende möglicherweise Behandlungen, die keine Krankheit zur Grundlage hätten wie etwa Schönheitsoperationen. Um eine solche Rangliste zu erstellen, schlug Hoppe vor, einen Gesundheitsrat einzusetzen, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik erarbeiteten. Wie viele andere Delegierte waren auch die Hamburger dankbar für diesen Anstoß. So

sagte Günther van Dyk: „Ich freue mich, dass die Diskussion über Priorisierung endlich den Weg in die Politik gefunden hat. Wir stehen schon jetzt vor der großen Aufgabe der Verteilung und weisen seit Jahren darauf hin.“ Dr. Brigitte Mahn forderte: „Diese Diskussion darf auf keinen Fall einfach wieder so versiegen. Die Gesellschaft muss sich mit der Frage befassen, was ihr Gesundheit wert ist.“ Auch Dr. Detlef Niemann war dankbar, dass Hoppe die Debatte angestoßen hat, „dass es einerseits ein unbegrenztes Leistungsversprechen gibt sowie eine Gesundheitswirtschaft, die mit Marketingstrategien verspricht, dass die Medizin sämtliche gesundheitliche Probleme löst und andererseits uns Ärzte an der Basis, die diese Widersprüche auflösen müssen.“ Dr. Adib Harb hingegen kritisierte: „Ich halte es für sehr schädlich, dass wir über dieses Thema nicht vorher in den Landesärztekammern gesprochen haben. War das als Provokation gedacht, in Ordnung. Aber als Dauerlösung käme eine solche Medizin für mich nicht in Frage.“ Feierlicher Teil der Eröffnung war auch in diesem Jahr wieder die Verleihung der Paracelsus-Medaille – einer der Preisträger war der Hamburger Prof. Dr. Rolf Bialas (s. Seite 18). Er dankte im Namen der Geehrten mit einer kurzen Rede. Er erinnerte an drei Grundsätze ärztlichen Handelns, die auch heute noch gelten: „Die Nächstenliebe, die Ehrfurcht vor der Schöpfung und das verantwortungsvolle Handeln.“ Gesundheitsministerin Ulla Schmidt war wegen ei-

nes Treffens der WHO zur mexikanischen Grippe nicht zur Eröffnung des Ärztetages gekommen. Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, kam in Vertretung und lobte die Ärzteschaft: „Es gibt wahrscheinlich keinen besseren Rahmen für die Steuerung wohnortnaher Versorgung der Bevölkerung als die ärztliche Selbstverwaltung.“ Er wies auch darauf hin, dass bei den zurückliegenden Reformen viele Forderungen der Ärzteschaft umgesetzt worden seien, beispielsweise die festen Preise bei der neuen Gebührenordnung.

Der Arzt und seine Patienten im Spannungsfeld zwischen Mangel, Markt und medizinischem Fortschritt war ein Thema, welches sich wie ein roter Faden durch viele Tagesordnungspunkte und Diskussionen dieses Ärztetages zog. Auch unter der Überschrift „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung“ ging es darum. „Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass Patientenrechte weniger durch sorglos handelnde Ärzte verkürzt werden, als durch eine Gesundheitspolitik, die sich weigert, sich des Problems der zunehmenden Ressourcenknappheit anzunehmen und dafür Lösungen zu erarbeiten“, meinte Gastredner Prof. Dr. Christian Katzenmeier, Medizinrechtler der Universität zu Köln. Sein Fazit: Letztlich werde es dem Staat nicht erspart bleiben, Regeln für den Umgang mit der Knappheit aufzustellen. Der Ärztetag sprach sich gegen ein gesondertes Patientenrechtsgesetz aus. Individuelle Patientenrechte seien im Behandlungsvertrag ausreichend gesichert. Statt eines neuen Gesetzes fordert die Ärzteschaft die Sicherung grundlegender Patientenrechte in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung. „Rationierung gefährdet Patientenrechte. Rationierung als implizites Vorenthalten von Versorgungsnotwendigkeiten und -chancen ist aber inzwischen Teil der Versorgungswirklichkeit; dies muss die Politik transparent machen“, heißt es im Beschluss.

In der Diskussion über die Freiberuflichkeit wandte sich Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, entschieden gegen Versuche der Politik, die Freiberuflichkeit der Ärzte weiter einzuschränken. Freiberuflichkeit habe dabei nichts mit der Art des Arbeitsverhältnisses zu tun, sondern meinte die Tatsache, dass der Arzt weisungsungebunden von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen ist. Der Arzt entscheidet frei darüber, welche Therapie im individuellen Fall die beste ist. Für den Patienten sei dies die Garantie für eine Behandlung, die seinen Bedürfnissen entspreche und für die der Arzt Verantwortung übernimmt. Fuchs kritisierte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Ihre Ideologie ist geprägt von der Vorstellung, nur der angestellte und für sie weisungsabhängige Arzt ist ein guter Arzt. Dabei geht sie aus

von einem Arzt, der als Erfüllungsgehilfe Listenmedizin betreibt – und dies allein unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit.“

## Freiberuflichkeit erhalten

Und so warnten die Delegierten: „Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt Tendenzen zur Auslöschung der Freiberuflichkeit ab. Insbesondere der von manchen Krankenkassen und Klinikträgern in der Effizienzdiskussion propagierte Vorrang der Kosten vor der Therapie wird entschieden zurückgewiesen“.

Ein weiteres wichtiges Thema des Ärztetages war die „Bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung“. In einem Vortrag mahnte der ärztliche Leiter des Kinderneurologischen Zentrums Mainz, Dr. Helmut Peters, Hilfe für Familien mit behinderten Kindern an. Prof. Dr. Michael Seidel, Leitender Arzt und Geschäftsführer des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe von Bodenschwingsche Anstalten Bethel, wies vor allem auf die wegbrechende Versorgung behinderter Menschen hin, wenn sie das Erwachsenenalter erreichen. Die Delegierten kritisierten in ihrem Beschluss, dass das deutsche Gesundheitswesen strukturell und organisatorisch nicht auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung eingerichtet sei. Sie müssten die Versorgung erhalten, die sie aufgrund ihrer Behinderung benötigten. Der Gesetzgeber habe sich zwar Ende 2008 zu diesem Anspruch bekannt, doch die Defizite seien geblieben. Der Ärztetag forderte Abhilfe. Für den Ham-

burger Delegierten, Prof. Dr. Winfried Kahlke, waren die Vorträge und die Debatte zu diesem Thema „ein Höhepunkt dieses und sogar mehrerer Ärztetage.“ Beide Referenten hätten in eindrucksvoller Weise bewiesen, wie sehr ihr menschliches Engagement als Ärzte auch ihr standespolitisches Engagement charakterisiere. Auch Dr. Hans Ramm sagte: „Die beiden Vorträge haben mich besonders bewegt. Ich finde es wichtig und nötig, dass auf breiter Ebene Aufklärung über das Leben mehrfach behinderter Menschen in die Öffentlichkeit gelangt.“ Er selbst hatte – gemeinsam mit einigen Kollegen – einen Antrag eingebracht, die Eröffnungsveranstaltungen künftig behindertengerecht zu gestalten und stieß damit auf große Zustimmung.

Auch die elektronische Gesundheitskarte wurde wieder diskutiert. Dr. Franz-Joseph Bartmann, Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer, legte dar, inwieweit die Forderungen des 111. Deutschen Ärztetages bezüglich der E-Card inzwischen umgesetzt sind und hatte positive Nachrichten. Das Bundesgesundheitsministerium zeige sich offen für Konzepte dezentraler Datenspeicherung. Er stellte noch einmal klar, dass die Teilnahme an den Online-Anwendungen freiwillig sei, und dass der Patient die alleinige Kontrolle und Transparenz über seine Daten habe. Dennoch blieben bei einer Mehrheit Zweifel an der derzeitigen Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte. In einem u. a. von den Hamburgern Prof. Dr. Winfried Kahlke, Dr. Hans Ramm und Dr. Detlef Nie-

mann eingebrachten und mit großer Mehrheit verabschiedeten Antrag hieß es: „Damit das Grundvertrauen der Patienten in unser ärztliches Berufsethos erhalten bleibt und das bewährte Konzept einer am Individuum und seiner individuellen Lebensgestaltung orientierten Humanmedizin nicht zerstört wird, lehnt der 112. Deutsche Ärztetag die elektronische Gesundheitskarte in der bisher vorliegenden Form ab.“ Zugleich sprachen sich die Delegierten mit großer Mehrheit für eine sorgfältige Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte aus. „Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die ernsthafte und ergebnisoffene Testung der eGK und der Telematikinfrastruktur im Rahmen eines 100.000er-Feldtests, der nicht Bestandteil des Online-Rollouts sein darf“, heißt es in einem Beschluss.

## Konsens erreicht

Insgesamt wird die konstruktiv-kritische Arbeit an der elektronischen Gesundheitskarte fortgesetzt. Bartmann kommentierte: „Unser Ziel bleibt es, die von Deutschen Ärztetagen gestellten Forderungen der elektronischen Gesundheitskarte weiter zu konkretisieren und gegenüber der Gematik mit Nachdruck zu vertreten“. Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg, urteilte: „Das war ein erfreulich unaufgeregter Ärztetag. Die kritische Auseinandersetzung mit der E-Card, bei der sich auch die Hamburger Gruppe konstruktiv eingebracht hat, war von Emotionen getragen aber nicht belastet.“ Und auch sonst sei es gelungen, als brisant empfundene Anträge so zu entschärfen, dass ein Konsens erreicht wurde. Als Beispiel nannte er den erleichterten Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Auch Dr. Wolfgang Wesiack zeigte sich zufrieden: „Das war ein mutiger Ärztetag mit einem klaren Signal an die Öffentlichkeit. Auch gut war, dass dieser Ärztetag ein Bild der Geschlossenheit abgegeben hat. Denn ein Ärztetag ist nicht dazu da, dass einzelne Arztgruppen ihre Interessen auf Kosten der Gesamtheit durchsetzen.“ Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer bilanzierte: „Konsequent haben wir nach der gesundheitspolitischen Vorlage des letzten Ärztetages mit dem Ulmer Papier nun den Punkt ‚Priorisierung und Rationierung‘ auf die politische Agenda gesetzt. Auch wenn wir selbst keine Rationierung wollen, muss man den Menschen doch reinen Wein einschenken.“ Es gebe Rationierung allerorten und die Verantwortung trage die Politik. „Wenn aber schon – gegen unseren Willen – rationiert wird, dann sollte das wenigstens nach rationalen Kriterien geschehen und nicht im Dunklen. Deswegen brauchen wir die Debatte. Die emotionalen Reaktionen aus der Politik belegen, dass wir damit richtig liegen. Nur der getroffene Hund jault.“



## Prof. Rolf Bialas – engagierter Arzt und Politiker

Vor kurzem erst feierte er seinen 80. Geburtstag, nun wurde er mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft geehrt: Prof. Rolf Bialas blickt auf ein bedeutungsvolles Wirken als Arzt zurück. 1929 in Hamburg geboren, machte er Abitur an der Oberschule für Jungen in Eimsbüttel und begann 1948 das Medizinstudium. Sechs Jahre später hatte er Examen, Approbation und Promotion in der Tasche und wurde Assistenzarzt in der inneren und chirurgischen Abteilung im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek. Als Internist ließ er sich 1962 später dann auch in Kassenarztpraxis. Außerdem war er lange Jahre Vertrauensarzt der LVA. Schon 1966 wurde er zudem in den Vorstand der Ärztekammer Hamburg gewählt. Er begann maßgeblich mit dem Aufbau des Versorgungswerkes

für Hamburger Ärzte und war viele Jahre Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg. Von 1986 bis 1994 war er Präsident der Ärztekammer Hamburg. Neben der Medizin engagierte er sich auch in der Politik. 1970 wurde er für die FDP in die Bürgerschaft gewählt, von 1974 bis 1978 war er Bausenator. Später wurde er außerdem Vorstandsvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV), Vorsitzender der Hamburgischen Gesundheitsförderungskonferenz sowie von der Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrt. 1997 verlieh ihm der Hamburger Senat für seine Verdienste den Ehrentitel „Professor“. Rolf Bialas ist verheiratet und hat mit seiner Frau Dorothea drei erwachsene Söhne und eine Tochter.



**KBV-Vertreterversammlung** KV-System klärt Details zum Reformkatalog – erstmals gemeinsame Strategie möglich.

Von *Walter Plassmann*

# Langer Anlauf zum großen Sprung

Der Kurs des Tankers ist präzisiert, die Fahrt schneller: Unspektakulär im Auftritt, aber um so nachhaltiger in der Wirkung hat das KV-System die Arbeit an seiner Strategie fortgesetzt und setzt zum Endspurt an. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat ein Grundsatz-Papier in Mainz verabschiedet, das Basis dieser umfassenden Positionierung des KV-Systems werden soll. Hamburg konnte dabei markante Duftmarken setzen.

Nölen in der Mittagspause. „Wo bleibt denn Euer Befreiungsschlag?“, monieren Gäste der KBV-VV in der Mainzer Rheingoldhalle; an-

dere beklagen, dass einst radikale Positionen nur noch abgeschliffen überlebt haben. Aber diesen Einschätzungen liegen fundamentale Missverständnisse über Politik zugrunde. „Befreiungsschläge“ sind höchst selten und in einem Feld wie der hochkomplexen Gesundheitspolitik überhaupt nicht möglich. Und dass radikale Positionen, um mehrheitsfähig werden zu können, die eine oder andere Ecke verlieren müssen, ist eine Binsenweisheit der Politik.

In Wirklichkeit hat das KV-System in Mainz einen großen Schritt in Richtung „Wiedergewinnung der Politikfähigkeit“ getan. Zugege-

benermaßen muss man, um dies erkennen zu können, auf die Details schauen und sich einen realistischen Blick auf das Machbare behalten. Aber wer diese Brille aufsetzt, wird staunen.

## Gemeinsame Strategie

Da ist zunächst einmal der auf den ersten Blick umständliche Titel des Papiers: „Strategie und Forderungspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen“. So etwas hat es seit vielen Jahren nicht mehr gegeben: KBV

## 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

 Verband  
Deutscher  
Versicherungs-  
Makler e.V.

### 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 • Thorsten Müller 040 / 30 96 98 - 14**

und KVen verständigen sich auf eine gemeinsame Strategie. Unbemerkt von der Öffentlichkeit ist diese in den vergangenen Jahren bei einer ganzen Reihe von Klausursitzungen der KBV- und KV-Vorstände entwickelt worden. Dabei haben alle KV-Vorstände nach anfänglicher Gewöhnungsphase anerkannt, dass die Zeit der allumfassenden Regionalität durch die Bundesregierung beendet wurde. Gesetzlich vorgegebene Honorarverteilung inklusive bundesweit gültigem Orientierungspunktwert und die strikte Zentralisierung der Krankenkassen haben ein Umfeld geschaffen, in dem KVen sich nicht mehr so bewegen können, wie sie es seit vielen Jahrzehnten gewohnt waren.

Es gilt nun, eine Balance zu finden zwischen der notwendigen Handlungsfähigkeit auf der Bundesebene und der Tatsache, dass medizinische Versorgung nun einmal regional zu organisieren ist. Diese Analyse wird von allen KV-Vorständen in Deutschland geteilt. Was noch fehlt, ist eine stringente Antwort. Dies ist der einzige Punkt, in dem das Papier aus Mainz noch ein wenig vage ist. Die zu Recht geforderte „Subsidiarität“, also der Versuch, die Verantwortung und Entscheidung auf die jeweils zutreffende Ebene zu setzen unter Bevorzugung der regionalen Strukturen, muss noch mit Leben erfüllt werden. Trotzdem: Es ist ein nicht zu unterschätzender Schritt, dass dieser Grundsatz jetzt von allen akzeptiert wird.

## Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung

Sehr viel konkreter wird das Papier in Sachen Honorar-, Arzneimittel- und Strukturpolitik. So wird eine strikte Abkehr von der Pauschalierung ärztlichen Honorars gefordert. Eine Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung bei leistungsgerechten Preisen ist in der Tat ein wichtiger Schlüssel zur Vereinfachung des Systems und zur Wiederherstellung des Gefühls von Honorargerechtigkeit. Denn Pauschalen verschleiern nicht nur die tatsächliche Leistung des Arztes und nehmen ihm damit die Möglichkeit, seine Arbeitsleistung in der Honorierung wiederzufinden, sie nimmt auch den KVen jede Chance, Veränderungen im Leistungsgeschehen zu erken-

nen und mit den Krankenkassen zu verhandeln. Die leistungsfeindlichen Pauschalen sind eine Steilvorlage für Krankenkassen, um Honorare zu kürzen.

Zudem stellt sich das KV-System damit auch dem Wettbewerb zum Hausärzterverband, der die Pauschalierung auf die Spitze treibt mit der Forderung nach „kontaktunabhängigen Pauschalen“, also Bezahlung ohne Leistung. Das mag sich vordergründig reizvoll anhören, aber damit ist der Keim einer Honorarabsenkung gelegt, den man auch durch noch so viele Hinweise auf die Leistungsbeurteilung nicht vermeiden können.

Auch zur Senkung der Arzt-Patienten-Kontakte – die von allen Beteiligten als notwendig angesehen wird – kann eine Pauschale nichts beitragen. Soll eine leistungsfreie Honorierung den Arzt etwa in die Lage versetzen, seine Patienten zu vergraulen? Das wäre seltsam. Das KV-System setzt dagegen auf die Einzelleistung, verbunden mit einer sozial abgedeckten Eigenbeteiligung. Damit sind keine plumpen Praxisgebühren gemeint, sondern intelligente Systeme, die den Patienten in die Mitverantwortung für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nehmen.

Dies soll flankierend eingeführt werden zu einer sinnvollen Gliederung der Versorgung. Das bereits vor drei Jahren vom KBV-Vorstand vorgelegte „Versorgungsebenenkonzept“ ist mittlerweile deutlich verfeinert worden und auf dem Weg zum Konsens. Es hat sich vor allem im stationären Teil seinen radikalen Ansatz erhalten:

- In der Grundversorgung sind hausärztliche und fachärztliche Basisleistungen konzentriert. Hier gilt uneingeschränkt der Kollektivvertrag.
- Die spezialisierten fachärztlichen Leistungen können, müssen aber nicht dem Kollektivvertrag unterliegen.
- Die wohnortnahe stationäre Versorgung ist auf belegärztliche Tätigkeit beschränkt und wird im Wettbewerb von niedergelassenen Ärzten und Kliniken organisiert; die in diesem Sektor tätigen Kliniken unterliegen denselben Honorarregeln wie niedergelassene Ärzte, erhalten also auch keine öffentlichen Subsidien mehr.

- Krankenhäuser herkömmlicher Prägung gibt es nur noch im spezialisierten Bereich. Die Frage, welche Ebene gilt, wird über die Leistung definiert; damit muss sich kein Arzt entscheiden, (nur) einer Ebene anzugehören, sondern die im Behandlungsfall erbrachten Leistungen definieren die Zugehörigkeit zur „richtigen“ Ebene. Ein Arzt kann (und würde sehr häufig) in mehreren Ebenen tätig werden.

Auf der Versichertenseite sollen drei Tarife zur Verfügung stehen:

- Ein Tarif, der der heutigen Regelversorgung entspricht, also unbeschränkte freie Arztwahl im Sachleistungsprinzip.
- Ein Tarif mit der Verpflichtung, die fachärztliche Versorgungsebene nur auf Überweisung eines Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dieser Hausarzt muss nicht fest gewählt werden. Einweisen in das Krankenhaus kann nur ein Facharzt (Notfälle natürlich ausgenommen). Auch bei diesem Tarif gilt das Sachleistungssystem.
- Ein Tarif mit völliger Wahlfreiheit auf Kostenerstattungsbasis.

Damit kommt das KV-System der Forderung der Politik nach, wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen zu installieren. Allerdings vermeidet dieser Ansatz die aktuell zu beobachtende Problematik, dass der völlig unregelmäßige Wettbewerb die Versorgungssicherheit der Patienten gefährdet, wenn in „Wildwest-Manier“ Teile des Sicherstellungsauftrages aus dem KV-System herausgebrochen und Institutionen übertragen werden, die ihn weder wahrnehmen können noch wollen.

Erfreulich aus Hamburger Perspektive sind die Forderungen zur Arzneimittelversorgung. Danach soll die Verantwortung für den Preis und die Morbiditätsentwicklung voll auf Krankenkassen und Pharmaindustrie übergehen. Der Arzt verantwortet nur noch die korrekte Indikationsstellung, die indikationsgerechte Wirkstoffauswahl und – gemeinsam mit dem Patienten – die Menge. Dies ist eine alte Position der VV der KV Hamburg; nun hat sie ihren Marsch durch die Institutionen beendet und ist offizielle Forderung des KV-Systems!

Insgesamt beansprucht das KV-System, ein gewichtiges Wort bei der Umgestaltung des Gesundheitswesens mitzureden – dass diese Umgestaltung nach der Bundestagswahl in Angriff genommen wird, bezweifelt niemand. Die Vorschläge des Strategie-Papiers sind mutig, in sich konsistent und erfüllen zentrale Forderungen der Politik, ohne irrationale Ergebnisse heraufzubeschwören. So ist das mit großen Tankern: Es dauert eine Weile, bis sie Kurs und Fahrt aufgenommen haben, aber dann sind sie kaum noch zu stoppen.

Mit skeptischem Blick verfolgten demonstrierende Augenärzte die KBV-Vertreterversammlung.



**Anästhesie** Wenn Nicht-Anästhesisten mit Propofol sedieren, ist eine differenzierte Indikationsstellung notwendig.

Von Dr. Philip Gabriel, Prof. Dr. Hanswerner Bause

# Sedierung mit Propofol

Propofol gehört zu den kurz wirkenden intravenösen Anästhetika und führt bei parenthetischer Applikation rasch zum Bewusstseinsverlust, der bei üblicher Dosierung etwa vier bis acht Minuten anhält. Für eine erwünschte längerfristige Sedierung kann Propofol per Dauerinfusion gegeben werden. Wegen seiner rasch einsetzenden Wirkung, guten Sedierung und Verträglichkeit ist Propofol ein geschätztes und häufig angewandtes Anästhetikum und Sedativum. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat in mehreren Bekanntgaben auf seltene unerwünschte Wirkungen der Substanz wie das Propofol-Infusionssyndrom (PRIS), so genannte Bad trips und Krampfanfälle hingewiesen. Der Stellenwert der Sedierung, nicht nur in der gastrointestinalen Endoskopie, hat in den letzten Jahren zunehmend an Interesse gewonnen und ist derzeit, auch aufgrund von Todesfällen, Gegenstand vieler, teils auch kontroverser Diskussionen. Solange sich Ärzte zutrauen, eine Operation oder Untersuchung vorzunehmen und zugleich den Patienten zu sedieren, kann es immer wieder zu medizinischen Katastrophen kommen. Die juristische Aufarbeitung dieser Katastrophen führt dann unvermeidlich zur strafrechtlichen Verurteilung des Arztes, der an der übernommenen Doppelverantwortung scheiterte (Schulte-Sasse 2007). Der Gastroenterologe Charlton gibt seinem im British Medical Journal veröffentlichten Artikel zur Sterblichkeit bei Endoskopien die Überschrift: „One death per 2000 procedures demands action“. Für Deutschland kann nichts anderes gelten (Schulte-Sasse 2007).

In den vergangenen 20 Jahren konnte die anästhesiebedingte Sterblichkeit dramatisch gesenkt werden. Sie liegt heute in Hamburg z. B. bei 1: 280.000 Anästhesien. Die größere Sicherheit in der Anästhesie ist nicht durch bessere Pharmaka entstanden, sondern Folge der Analyse von Unglücksfällen (closed claims studies). Folge der Analyse war es, Fehler in der personellen und apparativen Infrastruktur sowie in der Organisation der Patientenüberwachung (Systemfehler) aufzudecken und zu verbessern.

Im Herbst 2008 wurde die ausführliche S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ 2008 (AWMF-Register-Nr.021/014) (Riphaus et al. 2008) nach einem langwierigen Entwicklungsprozess verabschiedet. Es wird sehr empfohlen, diese Leitlinie (33 Seiten!) zu lesen. Sie entstand unter Mitarbeit zahlreicher Fachgesellschaften und ist als Konsenspapier zu verstehen.

Ein Kernpunkt der Sedierung mit Propofol ist die differenzierte Indikationsstellung: Die Notwendigkeit einer additiven Prämedikation vor der Sedierung bei gastroenterologischer Endoskopie ist nicht bei allen Eingriffen gegeben, sondern hängt vielmehr von der Art der Untersuchung, der Untersuchungsdauer, der Komplexität und der Invasivität der Untersuchung sowie von Patientenmerkmalen ab. Allerdings trägt eine Prämedikation sowohl für den Patienten, als auch den Untersucher erheblich zum Untersuchungskomfort bei und schafft insbesondere bei komplexen therapeutischen Eingriffen oftmals erst die Voraussetzung für die erfolgreiche und risikoarme Untersuchung. In den USA und Großbritannien erfolgt die

Sedierung der Patienten bei bis zu 88% (Riphaus et al. 2008) der endoskopischen Untersuchungen, ähnlich wie in Deutschland bei derzeit 87% der Untersuchungen.

## Pharmakologie von Propofol

Propofol ist schwer löslich, daher wird es in einer Lösung aus Sojaöl, Glycerol und Ei-Phosphatid emulgiert. Diese Lösung ist venenreizend; durch die Wahl größerer Venen lassen sich Schmerzen bei der Injektion vermindern (Doenicke et al. 1997). Die Zusammensetzung und das Fehlen von Konservierungsstoffen begünstigen das bakterielle Wachstum von Pseudomonas und E. coli Bakterien (Kuehnert et al. 1997). Daher ist auf die Lagerungszeit einer aufgezogenen Spritze unbedingt zu achten. Die mikrobielle Kontamination, z. B. durch unsachgemäße Handhabung, kann zu schweren septischen Komplikationen führen. Obwohl die Problematik seit Langem bekannt ist und zahlreiche Fallberichte publiziert wurden, lassen sich immer wieder Häufungen von Fällen beobachten, die möglicherweise mit der zunehmenden Anwendung von Propofol zusammenhängen.

Der Kaloriengehalt liegt bei einer Kilokalorie pro Milliliter Lösung. Für die kurzzeitige Anwendung steht die 0,5- und 1%-ige Lösung zur Verfügung. Bei längerer Anwendung, wie der Sedierung von Patienten auf der Intensivstation, kann eine 2%-ige Lösung verwendet werden, da so die Belastung mit Triglyceriden verringert wird.

Wirkmechanismus: Propofol moduliert Gammaamino-Buttersäure(GABA)<sub>A</sub>-Rezeptoren. Durch diese Modulation erhöht sich die Verweildauer von GABA am Rezeptor. GABA ist

(<sup>1</sup>Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Asklepios Klinik Altona)

die am häufigsten vertretene inhibitorische Überträgersubstanz im ZNS. Durch die Bindung von GABA am Rezeptor kommt es zur Öffnung eines Chlorid-Kanals, dieses ermöglicht den Einstrom von Chlorid-Ionen, was zu einer Hyperpolarisation führt. Die Zelle ist somit weniger erregbar (Franks 2006).

Nebenwirkungen: Je nach der Dosierung kommt es zu ausgeprägter Hypotension durch Herabsetzung des peripheren Widerstandes, der Vorlast und der Kontraktilität. Propofol unterdrückt die Antwort der Barorezeptoren auf die Hypotension (Ezekiel 2008). Es wirkt massiv atemdepressiv und die Schutzreflexe im oberen Atemwegstrakt werden stark herabgesetzt (Ezekiel 2008). Die antiemetische Eigenschaft von Propofol beruht auf der inhibitorischen Wirkung der OH-Gruppe des Phenols an 5HT<sub>3A</sub>-Rezeptoren (Servin 2008).

Verteilungsvolumen: Eine Blutkonzentration von 2-6 µg ml<sup>-1</sup> ist erforderlich, um das Stadium der Narkose zu erreichen. Ab einer Blutkonzentration von 1-1,5 µg ml<sup>-1</sup> kommt es zum Erwachen des Patienten (AstraZeneca 2007). Propofol verteilt sich sehr gut im gesamten Organismus. Wird Propofol als Dauerinfusion gegeben, so bildet sich ein Gleichgewicht zwischen zugeführter Menge im Blut, am Wirkort (ZNS) und auch in Bereichen die für die Wirkung nicht entscheidend sind. Propofol wirkt nur kurz, da es eine initiale Verteilungs-Halbwertszeit von zwei bis acht Minuten aufweist (Ezekiel 2008). Beendet man die Dauerinfusion, so fehlt der Nachschub im Blut, entlang des Gefälles entleeren sich nun ZNS und die anderen Verteilungsbereiche in das Blut. Dies beobachtet man bis zu einer Dauerinfusionszeit von acht Stunden (Context sensitive Halbwertszeit). Weder eine Leber- noch eine Niereninsuffizienz führen zur Wirkverlängerung (Takizawa et al. 2005).

## Differenzierung von Sedierung und Narkose

Trotz fließender, nicht immer sicher steuerbarer Übergänge von der Sedierung bis hin zur Narkose lassen sich verschiedene Ausprägungsgrade der (Analgo-)Sedierung unterscheiden. Sedierungs- und/oder Analgesieverfahren durch Nicht-Anästhesisten dürfen planbar keinen Sedierungsgrad erreichen, bei dem lebenserhaltende Reflexe beeinträchtigt oder ausgeschaltet werden. Die Durchführung von geplanten Allgemeinanästhesien (mit Verlust des Bewusstseins/der Schutzreflexe) ist ausschließlich dem Anästhesisten vorbehalten. Sollte im Einzelfall ein Sedierungsgrad erreicht werden, bei dem lebenserhaltende Reflexe beeinträchtigt oder ausgeschaltet werden (Allgemeinanästhesie), und soll der Eingriff fortgesetzt werden, ist ein Anästhesist hinzuzuziehen. Der Grad (die Tiefe) der Sedierung kann durch eine

validierte Skala bestimmt und eingeteilt werden. In der Gastroenterologie wird bevorzugt die Einteilung der American Society of Anesthesiologists (ASA) benutzt (vgl. Tab 2).

In der klinischen Praxis ist die individuelle Variabilität der Reaktion auf eine identische Medikamentendosis ein täglich beobachtetes Phänomen. Folgende Einflussfaktoren sind zu beachten:

- Patientenspezifische Faktoren: Alter, Gewicht, Länge, Geschlecht,
- Co-Medikation: Prämedikation, andere Anästhetika,
- Organinsuffizienzen von Leber, Niere, Kreislauf,
- Enzymmangel,
- Genetische Polymorphismen.

Bei gleicher Dosierung kann die Plasmakonzentration von Propofol bei einem Patienten die Hälfte oder das Doppelte der vorausberechneten Plasmakonzentration betragen. Die resultierende Wirkung von Propofol kann wiederum bis zu viermal größer als erwartet sein. In einigen Untersuchungen konnten zwei individuelle Einflussfaktoren wie Gewicht, Körpergröße oder Geschlecht statistisch abgegrenzt werden, jedoch konnte die Einschätzung der Variabilität der Gesamtpopulation nicht wesentlich verbessert werden (Wilhelm et al. 2006).

Bei Kindern wird häufig nach der Untersuchung von Marsh für Propofol lediglich das Gewicht (zur Korrektur des zentralen Verteilungsvolumens bei Kindern) als klinisch relevante pharmakokinetische Co-Variante berücksichtigt (Wilhelm et al. 2006). Als besonders relevanter Parameter ist jedoch das Alter zu nennen. Hierfür gibt es vielfache Hinweise auf eine zunehmende Potenz von Hypnotika und Opioiden beim alten Patienten. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Interaktion von Medikamenten. Sie kann direkt (am Rezeptor oder am abbauenden Enzymsystem) oder/und indirekt (z. B. durch Veränderung der Hämodynamik) erfolgen und sowohl die Pharmakokinetik als auch die Pharmakodynamik betreffen. Wesentlich für die Anästhesie ist insbesondere die Interaktion

on zwischen Opioiden und Hypnotika.

Zu bedenken ist, dass der überwiegende Teil der Studien an gesunden erwachsenen Probanden durchgeführt wurde. Im klinischen Alltag werden jedoch häufig kranke, alte oder sehr junge Patienten sediert. Zudem können operatives Vorgehen und intraoperative Ereignisse die Organ- und Herz-Kreislauffunktion zum Teil erheblich beeinflussen. Hier kommt es mitunter zu deutlichen Diskrepanzen zwischen wissenschaftlichen und klinischen Untersuchungen. Letztlich kann die individuelle und verlaufsgerechte Anpassung der Medikamentendosierung nur durch den betreuenden Arzt erfolgen. Pharmakokinetische und dynamische Berechnungen können dabei die Narkosesteuerung deutlich erleichtern und stressfreier gestalten.

## Dosierungskonzepte

Ziel der kontrollierten Gabe von Anästhetika ist es, einen optimalen Narkoseverlauf über die Zeit zu erreichen. Idealerweise soll die Medikamentenwirkung rasch erfolgen, stabil anhalten und bei Bedarf zügig abklingen. Die bisher verfügbaren Pharmaka erfüllen diese Anforderungen jedoch nur bedingt. Entscheidend bei der Narkoseplanung ist daher neben der Medikamentenwahl auch eine adäquate Dosierungsstrategie. Diese kann manuell erfolgen:

- als Bolusgabe,
- als konstante Infusion,
- als Einleitungs- und Erhaltungsdosis,
- nach patientenadaptiertem Schemata,
- oder aber computergestützt.

Bolustechnik: Da sich das Medikament Propofol zunächst im zentralen Kompartiment verteilt, kann die Initialdosis vereinfachend aus dem Verteilungsvolumen der gewünschten Plasmakonzentration berechnet werden. Aufgrund der schnellen Verteilung von Anästhetika im Kreislauf wird nach einer Bolusgabe rasch eine hohe Spitzenkonzentration im Plasma erreicht. Diese fällt im Verlauf jedoch wieder zügig ab, so dass die Konzentration nur kurzzeitig im therapeutischen Be-

Tab. 2: Einteilung der ASA modifiziert

	minimal Anxiolyse	moderat	tief	Narkose
Reaktion auf Ansprache	adäquate Reaktion auf verbale Kommandos	Bewusstseins- trübung, Reak- tion auf lautere Kommandos ggf. mit taktile Stimulation	Bewusstseins- trübung, kaum erweckbar, Reaktion auf zielgerichtete wiederholte tak- tile Stimulation u. Schmerzreize	nicht erweckbar auch nicht auf Schmerzreize
Spontan- atmung	unbeein- trächtigt	adäquat	eingeschränkte respiratorische Funktion	inadäquat, Intubation oder Larynxmaske und Beatmung erfor- derlich

reich liegt. So können nur kurze Stimuli abgefangen werden. Für längere Eingriffe und Untersuchungen ist eine wiederholte Gabe notwendig, wobei die daraus resultierenden Plasmakonzentrationen stark schwanken und zwischen übermäßiger und unzureichender Medikamentenwirkung variieren. Insofern hat die Bolustechnik ihre Limitationen.

**Konstante Infusionsrate:** Um eine gewünschte Plasmakonzentration mittels konstanter Infusionsraten zu erreichen, kann die Infusionsrate ebenfalls berechnet werden. Hierbei dauert es in der Regel fünf bis sechs Halbwertzeiten, bis die gewünschte Plasmakonzentration erreicht ist. Die kontinuierliche Gabe der Anästhetika stellt bereits deutlich höhere Anforderungen an den Arzt. Im Gegensatz zur Bolustechnik kommt es bei der konstanten Infusion zum langsamen Ansteigen des Plasmaspiegels bis das „Steady State“ erreicht ist. Einer der Vorteile dieses Verfahrens ist eine schonendere Narkoseeinleitung z. B. für alte oder kreislaufinsuffiziente Patienten.

Bei Medikamenten mit ungünstiger Pharmakokinetik wie z. B. dem Propofol werden jedoch Stunden benötigt, um ein „Steady State“ zu erreichen. Hier gelingt eine angepasste Narkosesteuerung mittels konstanter Infusion nur unzureichend.

## Hat sich Propofol bewährt?

Propofol hat sich seit seiner Markteinführung rasch eine große Anwenderakzeptanz erworben. Niedergeschlagen haben sich die Erfahrungen in mehreren Tausend Publikationen. Danach wird Propofol allerdings nicht nur in den zugelassenen Indikationen bei nahezu allen Patienten unabhängig von Alter und ASA-Klassifikation, sondern auch unter Ausnutzung erwünschter Begleitphänomene wie Sedierung, zur Anxiolyse oder bei diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen wie Endoskopie, Bronchoskopie und als Adjuvanz zu Ketamin zwecks Unterdrückung der psychomimetischen Nebenwirkungen eingesetzt. Entsprechend einer Analyse der Daten einer Phase IV-Studie, die über 25.000 erwachsene Patienten einschloss, betrug die Inzidenz der Patienten mit „Adverse events“ im Zusammenhang mit der Propofol-Applikation 10,8%.

39 der 25.000 Patienten erlitten insgesamt 66 lebensbedrohliche Ereignisse, die therapiebedürftig oder mit einer längeren Krankenhaus Verweildauer verbunden waren. Ein Todesfall ereignete sich: Eine 92-jährige Patientin mit einem Myocardinfarkt in der Anamnese erlitt nach 50 mg Propofol zur Narkoseeinleitung postoperativ ein Lungenödem, an dem sie verstarb. Die meisten erhobenen Nebenwirkungen waren:

- Injektionsschmerz mit 5,2 %,
- Übelkeit und / oder Brechreiz mit 1,9 %,

- Erregungszustände mit 1,3 %,
- Hypotension mit 1,1 %.

Bei den ernstesten Nebenwirkungen, über die im Zusammenhang mit der Propofolanwendung berichtet wurde, führen die Beeinträchtigungen der Kardiozirkulation wie Hypotension, Bradykardie, Tachykardie, Hypertension, Arrhythmie und Herzstillstand.

Da Propofol keine vagolytischen Effekte hervorruft, sind Bradykardien nicht überraschend. Die unter Propofol auftretenden Bradykardien reagieren gut auf Atropin. Die immer wieder auftretenden Hypotensionen unter Propofol werden auf eine Abnahme des arteriellen und venösen Gefäßtonus zurückgeführt. Zu den weiteren Nebenwirkungen, über die berichtet wurde, gehört das Auftreten von epileptiformen Potenzialen nach Propofol. Kasuistisch wird dosisabhängig von Myoklonien mit Opisthonus bei Epileptikern nach Anwendung von Propofol berichtet.

## Propofolinfusionssyndrom und andere Zwischenfälle

Von Dönicke et al. (1997) wurde nachgewiesen, dass durch Propofol keine Histaminliberierung ausgelöst wird, weshalb es auch bei allergischen Patienten eingesetzt werden kann. 1992 wurde über 14 Erwachsenen publiziert, die auf Propofol allergisch reagierten, allerdings lag bei diesen Patienten eine allgemeine allergische Disposition vor.

Bei der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gingen innerhalb weniger Monate vier Berichte über das Auftreten einer schweren Rhabdomyolyse im Zusammenhang mit der Anwendung von Propofol ein, in drei Fällen mit tödlichem Ausgang. Im deutschen Spontanerfassungssystem sind bis 2003 mehr als 483 Meldungen über unerwünschte Wirkungen unter Propofol ausgewiesen, darunter 20 Berichte über Rhabdomyolysen. Rhabdomyolyse ist eine seltene, aber schwerwiegende und gefährliche Wirkung von Propofol.

In den Produktinformationen der Hersteller wird sie bei der Anwendung zur Intensivtherapie bzw. Sedierung in einer Dosierung von mehr als 4 mg/kg KG und Stunde erwähnt.

Besonders dramatisch und durch eine hohe Mortalität gekennzeichnet ist das so genannte Propofolinfusionssyndrom (PRIS), das Herzmuskulatur, (Brady-) Arrhythmien bis zum Herz-Kreislaufversagen, Hypertriglyceridämie und Lipidämie, metabolische Azidose und Nierenversagen nach sich zieht.

Zusammenfassende Empfehlung aus der S3-Leitlinie: In Anbetracht des erheblichen Einsatzes von Propofol als Kurznarkotikum, insbesondere bei ambulanten Operationen und diagnostischen Eingriffen, wird zu erhöhter Aufmerksamkeit geraten. Die S3-Leitlinie beinhaltet folgende Empfehlungen:

„1. Der die Sedierung durchführende und für die Sedierung verantwortliche Arzt soll in der Intensivmedizin erfahren sein. Er soll in der Anwendung von Sedativa und damit in Kenntnis, Erkennung und Behandlung der zu erwartenden Nebenwirkungen, einschließlich der kardiopulmonalen Reanimation, dem Freimachen/Freihalten eines durchgängigen Luftwegs, der Intubation und manuelle Beatmung speziell geschult sein und sie beherrschen.

2. Der endoskopierende Arzt ist während der Durchführung der Endoskopie in aller Regel nicht in der Lage, den Vitalfunktionen des Patienten die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist daher für jede Endoskopie unter Sedierung erforderlich, dass neben dem endoskopierenden Arzt und seiner Endoskopieassistenten eine weitere Person, die nicht in die Endoskopie involviert ist, diese Aufgabe zuverlässig wahrnimmt. Diese qualifizierte Person soll in der Überwachung von Patienten, die Sedativa, Hypnotika und/ oder Analgetika erhalten, speziell und nachweislich geschult und erfahren sein. Wann immer der Patient ein erhöhtes Risiko aufweist oder ein langwieriger und aufwändiger Eingriff zu erwarten ist, soll ein zweiter, entsprechend qualifizierter Arzt zugegen sein, der ausschließlich die Durchführung und Überwachung der Sedierung sicherstellt.

3. Zu den notwendigen Maßnahmen des Monitorings gehören die Pulsoxymetrie und die Blutdruckmessung (insbesondere bei Sedierung mit Propofol). Bei Patienten mit schwerer Herzerkrankung sollte darüber hinaus eine EKG-Registrierung erfolgen.

4. Die Überwachungsmaßnahmen sollen sich nach dem Gesundheitszustand des Patienten, der Invasivität des durchzuführenden endoskopischen Eingriffs und der Art der Sedierung richten. Die lückenlose Überwachung der Patienten durch qualifiziertes Personal unabhängig von der verwendeten Substanz, unter Verwendung eines Pulsoxymeters, ist fortzusetzen, bis sich der Patient vollständig erholt hat. Patienten können aus dem Überwachungsbereich entlassen werden, wenn die Vitalzeichen stabil sind und sie orientiert sind.

5. Die Akte oder das Dokumentationsblatt soll eine zeitabhängige Dokumentation der Vitalparameter (Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz und Blutdruck), der verwendeten Medikamente mit Namen und Dosierung sowie der Gabe intravenöser Flüssigkeit enthalten und Angaben darüber machen, ob und in welcher Flussrate der Patient Sauerstoff erhalten hat. Idealerweise sollen periodisch auch der Sedierungsgrad und Schmerzangaben des Patienten dokumentiert werden“ (Riphaeus et al. 2008).

*Literatur bei den Verfassern*

**Prof. Dr. Hanswerner Bause**, AK Altona, Tel.: 18 18 81-17 81.

## Der besondere Fall

# Halslymphknoten enträtseln chronische Diarrhoe

Lange bestehende Diarrhoe kann auch von einem medullären Schilddrüsenkarzinom verursacht werden.

Von Dr. Hanno Scherf

Der 40-jährige Patient litt seit langem unter Sodbrennen. Wie vor fünf Jahren war er wieder zu einer Gastroskopie überwiesen worden. Er berichtete erstmalig (5/07) von Diarrhoen (drei bis fünf pro Tag, breiig, nicht blutig). Magen- und Dickdarmspiegelung erfolgten. Auffällig war nur eine kleine axiale Hiatushernie, die Dickdarm-Histologie war unauffällig. Neun Monate später stellte er sich erneut vor. Bei 190 cm war das Gewicht mit 106 kg weiterhin unverändert. Ein Monat zuvor wurde (ohne mein Wissen) eine Fundoplicatio durchgeführt wegen Refluxkrankheit. PPI-Medikation brauche er seither nicht mehr, er habe aber weiterhin Durchfälle, fünf bis sieben pro Tag, breiig, wässrig, imperativ, was ihm als Kfz-Fahrer oft sehr ungelegen käme. Bei Nachfragen gab er an, täglich 1,5 Liter Coca-Cola und Fruchtsäfte zu trinken. Ich veranlasste H<sub>2</sub>-Atemteste, die das Vorliegen einer Lactose-, Fructose- oder Sorbit-Intoleranz ausschlossen. Dennoch riet ich, auf Cola und Fruchtsäfte zu verzichten, was scheinbar kurzfristig half. Drei Monate später berichtete er wieder von fünfmaliger Diarrhoe pro Tag, obwohl er vollständig auf Fruchtsäfte und Coca-Cola verzichtet habe. Sein Gewicht war unverändert. Ex juvantibus verordnete ich Clont, was nicht half.

## Halslymphknoten

10/08 stellte er sich wieder vor (108 kg weiterhin) und berichtete, dass ihm zwei Halslymphknoten neu aufgefallen seien, sie waren erdnussgroß rechts als einzige Lymphknoten auffällig. Die Toxoplasmose-Serologie war unauffällig, die Laborwerte bei Durchfall ebenfalls einschließlich Kalium (4,8 mg%) und CRP (1,6 mg%). Die Pankreas-Elastase im Stuhl war leicht vermindert mit 151 (bei einer mittleren Insuffizienz werden 100 – 200 µg pro Gramm Stuhl gemessen). Im Bauchultraschall unverändert Bild wie Fettleber. Einzig ein Cholesterin-Gallenstein, der keinen Schatten warf, à 13 mm, beweglich, in einer nicht gestauten Gallenblase ohne Wandverdickung fiel auf. Das Pankreas war, wie bei Voruntersuchungen, immer luftüberlagert. Ich riet ihm, die Halslymphknoten zur Abklärung ihrer Histologie chirurgisch entfernen zu lassen.

Der Ganzkörperstatus, 2/08 zuletzt erhoben, zeigte keine pathologischen Befunde, keine Lymphknotenvergrößerungen. Auffällig war nur eine breite Oberbauchquer-

schnittnarbe als Folge einer vor vielen Jahren erfolgten Verletzung. Eine Eisenstange hatte sich in die rechte Flanke zwischen die Rippen gerammt, zwei Rippen gebrochen und einen Leberriß hervorgerufen, der chirurgisch versorgt worden war. Pathologische Keime wurden bei einer Stuhluntersuchung 1/08 nicht gesehen, das breit gefächerte internistische Labor 2/08 war unauffällig einschließlich TSH (0,59 mU/l). Die BSG betrug 20 pro 1h, ähnlich wie 10/08.

## C-Zell-Karzinom

Überrascht erfuhr ich fünf Monate später, dass mit Verzögerung auf meinen Rat hin erst 2/09 die Halslymphknoten exstirpiert worden seien mit auffälligem Befund: Die Histologie zeigte das Bild eines medullären Schilddrüsenzellkarzinoms (C-Zell-Karzinom). Calcitonin war massiv erhöht, 1300 pg/ml, der CEA-Wert gleichfalls mit 189 ng/ml erhöht. Inzwischen hatten bildgebende Verfahren eine Raumforderung im Bereich des rechten Schilddrüsenlappens und viele vergrößerte Lymphknoten an beiden Halsseiten supraclaviculär und bis zur Trachealbifurkation gezeigt. Nach unauffälliger präoperativer Gastroskopie und Bronchoskopie erfolgte in Hamburg die chirurgische Halsexploration. Es fand sich ein fortgeschrittener, infiltrativ wachsender, auf Kontakt stark blutender Tumor, hinter der Schilddrüse liegend, der als nicht resektabel eingeschätzt wurde. Histochemische und immunhistologische Untersuchungen sprachen für ein endokrines Karzinom im Sinne eines medullären Schilddrüsenkarzinoms.

In einer heroischen zweiten Operation in der Medizinischen Hochschule Hannover erfolgte eine totale Thyreoidektomie mit Parathyreoidektomie unter Schonung der kranialen Nebenschilddrüse rechts, eine radikale Lymphadenektomie, Sternotomie mit atypischer Lungenteilresektion am rechten Lungenoberlappen und Entnahme einer pleuralen Biopsie am rechten Lungenunterlappen. Das medulläre Schilddrüsenkarzinom konnte vollständig reseziert werden. 51 der 79 untersuchten Lymphknoten aus den verschiedenen Kompartimenten waren tumorbefallen. Tumorfrei war Thymus und ein Keilresektat des rechten Lungenoberlappens. Eine pleurale Biopsie des rechten Lungenunterlappens ergab eine Metastase eines schlecht differenzierten Karzinoms.



Eine adjuvante lokale Bestrahlung und Bestrahlung des Lymphabstromgebietes zervikal und mediastinal ist geplant neben künftig engmaschigen Kontrollen. Der Patient hat diesen großen Eingriff überraschend gut überstanden. Die chronische Diarrhoe sistierte sofort postoperativ.

Das C-Zell-Karzinom umfasst etwa 5% aller Schilddrüsenmalignome. Der Großteil gehört zu den sporadisch auftretenden Formen, nur in 25% findet sich die hereditäre Form, meist im Rahmen eines MEN IIa-Syndromes (C-Zell-Karzinom, bilaterale Pheochromozytome, Nebenschilddrüsenadenome). Die hereditären Tumore treten etwa 15 bis 20 Jahre früher auf als die sporadischen. In typischer Weise wächst das C-Zell-Karzinom langsam, infiltriert das umgebende Halsgewebe und metastasiert in die regionären Lymphknoten und in entfernte Organe wie Lunge oder Leber. Das Calcitonin, ein Peptid aus 32 Aminosäuren ist der hervorragende Tumormarker, der seit 1970 bestimmt werden kann. Ein erhöhter CEA-Spiegel als unspezifischer Tumormarker beim C-Zell-Karzinom findet sich auch in der Regel. Der Tumor sezerniert darüber hinaus oft andere, für das APUD-System typische Substanzen, die wohl Ursache für die chronischen Diarrhoen sind, die in etwa 1/3 der Fälle beobachtet werden. Eine überzeugende Hypothese dafür gibt es nicht.

### Erstmals 1959 beschrieben

Das erste C-Zell-Karzinom als klinisch-pathologische Einheit wurde 1959 erstmalig von Hazard und Mitarbeitern beschrieben. Es wird meist aufgrund einer Schilddrüsenvergrößerung oder eines Schilddrüsenknotens (ca. je 30%), oder einer Lymphknotenschwellung am Hals (15%) diagnostiziert. Die Behandlung ist primär chirurgisch, auch bei Rezidiven und Metastasen. Wenn der Tumor operativ nicht vollständig entfernt werden kann, ist die Prognose infaust.

Bei länger bestehender Diarrhoe, welche die übliche gastroenterologische Diagnostik nicht abklärt, muss an das medulläre Schilddrüsenkarzinom als Differenzialdiagnose gedacht werden und eine Calcitoninbestimmung im Serum erfolgen.

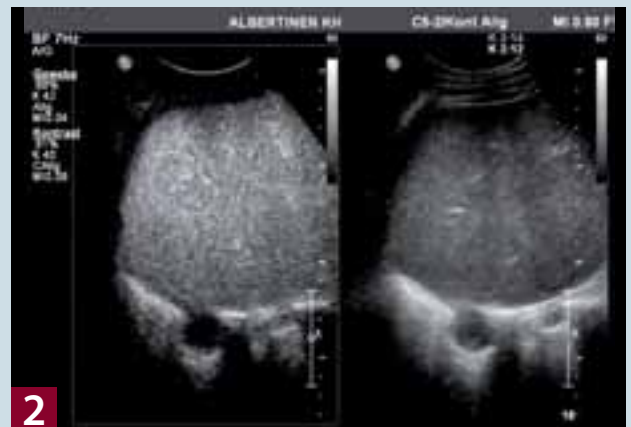
Das Rarissimum definiert sich dadurch, dass es vorkommt. **Dr. Hanno Scherf** ist niedergelassener Internist in Hamburg und Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes.

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

Lösung: Seite 39

### Anamnese:

Die Sonographie eines 49-jährigen Patienten mit einem metastasierten Hodenkarzinom ergibt folgendes Bild an Leber und Zwerchfell:  
(C. Schmidt, G. Lock, 2. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)



## Siemens Ultraschall in Hamburg

Neu-, Vorführ- und Gebrauchtssysteme, Schallkopf-Service

### Ausstellung und Vorführungen

im Siemens Ultraschall Center · Lindenplatz 2 · 20099 Hamburg  
Terminabsprache erforderlich.



### Ihr Ansprechpartner:

H.-D. Gallein  
Butendiek 20  
28865 Lilienthal  
Tel. 04298 915302  
Fax 04298 915303  
Mobil 0160 4704683  
[www.gallein-medizintechnik.de](http://www.gallein-medizintechnik.de)



**GALLEIN** )))  
Medizintechnik

Approved Partner  
Descriptor  
Descriptor continued

SIEMENS

Finanzierung mit  
Siemens Finance &  
Leasing GmbH

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag, 15. Juni, 17 – 19 Uhr	Meeting des Cardiovascular Research Center	UKE, Zentrum f. Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Prof. Goetz, Tel.: 74 10 - 5 44 77	Forschungscampus, Raum 0014
Montag, 6. Juli, 18 – 19.30 Uhr	Montagskolloquium: Wie hätten Sie entschieden?	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Anm. unter Tel.: 73601720, Fax: 736017222	Fortbildungsakademie, Lerchenfeld 14
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Montags, 18 Uhr c. t.	22.6.: „Hirndruck-Therapie (DGAI);	UKE, Zentrum f. Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Prof. Goetz, Tel.: 74 10 - 5 44 77	Hörsaal Frauenklinik W10
Montags, 19 Uhr	Interdisziplinäre Fallkonferenz (Fallanmeldung bei Herrn Dr. Maaßen unter Tel.: 18 18 86-23 41, Fax: -21 49 möglich)	Brustzentrum Hamburg-Süd e. V.	Besprechungsraum
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel GmbH, Dr. Haerberlin, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	Asklepios Klinik Harburg, Chirurgie	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Dienstag, 16. Juni,	Qualitätszirkel Arbeitsmedizin	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Anm. unter Tel.: 73601720, Fax: 736017222	Fortbildungsakademie, Lerchenfeld 14
Dienstag, 30. Juni, 20 Uhr	Dyslipoproteinämien und Atherosklerose	Labor Lademannbogen, Anm. unter Tel.: 53805 164	Lademannbogen 61
Dienstag, 4. August, 16 Uhr	Führung und Kommunikation (3 P)	Notfallmedizin AK Harburg, Herr Jubitz, Anm. unter Tel.: 1818862501	Medienzentrum
Dienstag, 7. Juli, 20 – 22.30 Uhr	„Klinik, Diagnostik und Therapie von Immundefekten im Kindes- und Erwachsenenalter“ (4 P)	AescuLabor Hamburg, Tel: 33 44 11-99 66; <a href="mailto:seminare@aesculabor-hamburg.de">seminare@aesculabor-hamburg.de</a>	Institut der Labormedizin, Haferweg 36+40, 1.OG
Dienstags u. donnerstags, 7.30 – 8 Uhr	Interdisziplinäres onkologisches Kolloquium	Marienkrankenhaus, Radiologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46-25 02	Hörsaal
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf	Konferenzraum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 13 Uhr	Infektiologisches Mittagssymposium (1 P) 7.7.: „Humanpathogene Viren in Fledermäusen“	MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Tel.: 3 09 55 - 0	Bergstraße 14, 3. OG
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, 19 – 20.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz (3 P)	UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 42803-9189	UKE, Gebäude S10, 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 Dr. M. Finkenstaedt/PD Dr. R. Maas
Mittwoch, 17. Juni, 15 – 20.15 Uhr	Update Diabetes 2009	Hamburger Gesellschaft für Diabetes, Tel. 88 30 56 74	Hafenklub Hamburg, Bei den St.Pauli Landungsbrücken 3
Mittwoch, 17. Juni, 18 – 21 Uhr	Aktuelle anti-infektive Therapie bei kritisch kranken Patienten (4 P)	Asklepios Klinik Wandsbek, Innere Med. I, Tel. 1818 83 12 52	East-Hotel Hamburg, Simon-von Utrecht-Str. 31
Mittwoch, 17. Juni, 19 Uhr s.t.	56. Sonographisches Kolloquium: „Sonographie der Milz – konventionell und mit Kontrastmitteln“	Asklepios-Klinik Harburg, Dr. G. v. Klinggräff, Tel.: 181886-4611, E-Mail: <a href="mailto:bgvk.hamburg@t-online.de">bgvk.hamburg@t-online.de</a>	Medienzentrum, Haus 6, 3. Stock
Mittwoch, 24. Juni, 19 Uhr	Neues und Bewährtes in der Diagnostik und Therapie der COPD	Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Innere Abteilung, Tel. 50 77 32 02	Werner-Otto-Institut, Bodelschwinghstr. 23, Seminarraum
Mittwoch, 24. Juni, 19 Uhr	Infoabend „Ärzte ohne Grenzen“	Ärzte ohne Grenzen, Tel. 030/ 22 33 77 00	UKE, Festsaal im Gebäude S 35, Martinistr. 35
Mittwoch, 8. Juli, 16-19 Uhr	Fortbildungsreihe Pränatale Medizin, Fetale Echokardiographie (4 P)	Endokrinologikum Labore Hamburg, Tel.: 040/33 44 11 99 66, Fax: -99 69	Endokrinologikum, Lornsenstr. 4-6, Seminarraum „Aquarium“
Mittwoch 9. September, 18 Uhr s.t.	Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium: Gynäkologische Notfälle und Geburten im Rettungsdienst (3 P)	Asklepios Klinik St. Georg, Tel.: 18 18 85 48 24	Sitzungssaal, Haus J im 2. Stockwerk
Mittwochs, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium: 2.7.: „Lehrplanung im Themenblock 1 (KliniCuM): 1.Trimester WS 2009/2010“; 9.7.: „Journal-Club“; 16.7.: „Kombinierte gynäkologisch-chirurgische Operationsverfahren“	UKE, Kliniken u. Polykliniken f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel: 428 03-35 06	Kursraum UFK Eppendorf, Hörsaaltrakt
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankenhaus, Prof. Riedel, Tel.: 88908201	Konferenzraum
Mittwochs, 15 – 16 Uhr	Große Neurokonferenz: Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie	AK Altona, Neuroradiologie, Dr. Eckert, Tel.: 18 18 81 – 18 13	Radiologie, 1. OG, Demoraum 1
Mittwochs, 15.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (1 P; Fallanmeldung unter Tel.: 2092-12 01)	Klinikum Eilbek Schön Kliniken	Radiolog. Demo-Raum, Haus 7, EG
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf	Röntgenkonferenz, Hs. B
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre Mammakonferenz	Marienkrankenhaus, Institut f. Radiologie	Demoraum
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 2546-1402)	MarienkH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Mittwochs, 17.15 Uhr	Epp. Neurologisches Kolloquium: 24.6.: „Experimentelle Therapiestrategien nach Rückenmarkverletzung“; 01.07.: „The cerebellar basis of motor learning“ (je 2P)	UKE, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Tel.: 42803-3770	Campus Forschung (N27), Raum 00.014; 27.5.: Haus O10, Raum 411
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7–8.30 Uhr	Interne Fortbildung: 24.6.: Das fortgeschrittene Prostata-Carcinom; Klassische Fallstricke der Diagnostik: Hand; DRG-Pitfall u. -Übung; 29.7.: State of the Art: Versorgung prox. OS-Verletzungen; Hygiene; DRG-Pitfall u. -Übung;	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Prof. Eggers, Tel.: 18 18 85-22 86	Haus CF, Konferenzraum
Donnerstag – Samstag, 10. – 12. September	8th World Symposium on Congenital Malformations of the Hand and Upper Limb; <a href="http://www.worldcongenital2009.info">www.worldcongenital2009.info</a>	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Dr. Habenicht Tel.: 673 77-214, E-Mail: <a href="mailto:handchirurgie@kkh-wilhelmstift.de">handchirurgie@kkh-wilhelmstift.de</a>	Bucerius Law School, Jungiusstraße 6
Donnerstag – Sonntag, 18. – 21. Juni	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	Institut für Notfallmedizin, Tel.: 42851-3905, <a href="http://www.ifn-hamburg.de">www.ifn-hamburg.de</a>	Bredowstraße 4
Donnerstags, 7–7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81-16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 8 – 8.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Diakonie-Klinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 54 87-21 01	Diakonie Krankenhaus Alte Eichen, IBF-Raum
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/Neonatalogie/Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift / Dr. Püst, Tel.: 673 77-282	Ärztbibliothek
Donnerstags, 16–16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16–17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Fallde- monstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäko- logie/Onkologie, Tel.: 18 18 82-35 19	Röntgenabt., Besprechungs- raum 0.431
Donnerstags, 16–17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-Krankenhaus, Klinik f. Viszeral-, Thorax- und Tumorchirurgie, Prof. Ott, Tel.: 55 88 - 22 57	Raum HE03
Donnerstags, 16.15 – 18.30 Uhr	Grundfragen der Ethik in der Medizin, 25. Juni: Ärztliches Ethos und Widerstand: Schiller – Büchner – Che Guevara	UKE, AK Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 7410-5369	Seminarraum der Frauenklinik
Donnerstags, 18 Uhr s. t.	Interdisziplinäre senologisch-onkologische Konferenz	Mammazentrum Hamburg, Tel.: 41 17 29-29	Röntgenpraxis Schäferkamps- allee 5–7
Freitag, 10. Juli	Basic Life Support (BLS) Provider der AHA	Institut für Notfallmedizin, Tel.: 42851-3905, <a href="http://www.ifn-hamburg.de">www.ifn-hamburg.de</a>	Bredowstraße 4
Jd. 2. u. 4. Freitag im Monat, 12.30 Uhr	26.6.: „Das Lymphödem“ (1 P)	BG-Unfallkrankenhaus Hamburg, Zentrum f. Rehabilitationsmedizin, Tel.: 73 06 - 28 11, <a href="http://www.buk-hamburg.de">www.buk-hamburg.de</a>	Bergedorfer Str. 10, Hörsaal
Freitag/Samstag, 3. und 4. Juli	Intensivkurs Dermatohistopathologie	Dermatologikum Hamburg, Uta Hain, Tel. 35 10 75 79, <a href="mailto:info@dermatologikum-consulting.de">info@dermatologikum-consulting.de</a>	Side Hotel Hamburg, Dreh- bahn 49
Freitag/Samstag, 24. – 25. Juli	„Facharztvorbereitung: Gynäkologische Endokrinologie (22 P)“	Endokrinologikum Labore Hamburg, Tel.: 040/33 44 11 99 66, Fax: -99 69 <a href="mailto:seminare@endokrinologikum.com">seminare@endokrinologikum.com</a>	Lornsenstr. 4-6, Seminarraum „Aquarium“
Samstag, 30. Juni, 10 – 14:30 Uhr	„Sekundärtransporte“	Notfallmedizin AK Harburg, Herr Jubitz, Anm. unter Tel.: 1818862501	Medienzentrum
<b>Auswärts</b>			
<b>Kiel:</b> 11./12. und 25./26. September	Kurs „TEE in der Anästhesiologie und Intensivmedizin“	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Frau Carstens, Telefon: 0431 / 597 2991,	Campus Kiel, Schwanenweg 21, Seminarraum der Klinik für Anästhesiologie und Ope- rative Intensivmedizin
<b>Berlin:</b> 17. – 19. September	11. Hauptstadtkongress der DGAI	MCN Medizinische Congressorganisation, Tel. 0911/ 39 31640	Berliner Congress Center

**ritter & peter**  
TISCHLEREI

## EMPFANGSTRESEN

Individuelle Planung und Fertigung  
Vielfalt in Form und Farbe  
Rufen Sie uns gerne an, Tel. 040-721 99 64  
[www.ritter-peter.de](http://www.ritter-peter.de)

## Aus der Schlichtungsstelle

# Oesophagusperforationen

Eine durch fehlerhaftes Vorgehen verursachte Oesophagusperforation ist nur selten direkt beweisbar. Im Schlichtungsverfahren werden daher rechtzeitige Diagnostik und Therapie genau geprüft.

Von Prof. Dr. Christoph Lucke, Prof. Dr. Heinrich Vinz

Instrumentelle Perforationen des Oesophagus werden bei Oesophagussondierungen aller Art beschrieben, u. a. bei Oesophagogastroskopen, Platzierung von Magensonden und transoesophagealen Echokardiographien (TEE). Eine durch fehlerhaftes Vorgehen verursachte Oesophagusperforation ist nur selten direkt beweisbar. In der Regel wird deshalb diese Komplikation aus haftungsrechtlicher Sicht als unverschuldet beurteilt werden. Bei der Beurteilung in einem Haftungsverfahren steht daher die Prüfung des ärztlichen Handelns bezüglich der rechtzeitigen Diagnostik und Therapie im Vordergrund. Klinisches bzw. radiologisches Leitsymptom einer iatrogenen Oesophagusperforation ist das unmittelbar nach der Oesophagusverletzung auftretende kollare Hautemphysem bzw. das Mediastinalemphysem. Die Letalität der iatrogenen Oesophagusperforation wird mit 10 bis 30 % angegeben, abhängig vom Zeitpunkt der Durchführung einer wirksamen Therapie und vom Lebensalter.

### Ableitungsversuch einer TEE

Eine 86-jährige Frau wurde wegen eines fieberhaften bronchopulmonalen Infektes und einer Exsikkose in der Inneren Abteilung stationär aufgenommen. Der akute Krankheitszustand ließ sich nach entsprechender Therapie in wenigen Tagen beherrschen. Am siebten Behandlungstag wurde im Rahmen der Abklärung einer möglichen kardialen Erkrankung eine TEE angeordnet. Der Untersuchungsgang ist wie folgt dokumentiert: „Erschwertes Vorschieben im Rachenbereich. Erfolgreiches Vorschieben beim vierten Versuch, wobei dieses nur bis 23 Zentimeter möglich ist. Ein weiteres Vorschieben lässt sich nicht ermöglichen, differenzialdiagnostisch durch Divertikel. Untersuchung wird daher abgebrochen.“ Die Patientin habe beim Versuch, das Instrument weiter vorzuschieben, über Schmerzen im Rücken geklagt. Der Gesundheitszustand der Patientin verschlechterte sich kontinuierlich mit

Schmerzanzeigen im Thoraxbereich und respiratorischer Symptomatik. Die Thoraxaufnahmen am Untersuchungstag und zwei Tage später ergaben einen „Seropneumothorax mit Spiegelbildung“. Daraufhin wurde eine Pleuradrainage angelegt, die zur Wiederentfaltung der rechten Lunge führte. In einer sich anschließenden Kontrastmittelpassage des Oesophagus wurde eine „Oesophagusfistel“ festgestellt, was zur Verlegung in eine thoraxchirurgische Klinik führte.

Dort ließ sich oesophagoskopisch ein dicht unterhalb des Oesophaguseingangs, dorsal gelegenes Leck von fünf Millimeter Durchmesser feststellen. Die Behandlung bestand in chirurgischer Revision der im Halsbereich gelegenen Perforationsstelle, lokaler Wund- und Thoraxdrainage, Ausschaltung der oralen Nahrungspassage durch Anlagen einer PEG. Die kollare Oesophagusfistel schloss sich unter dieser Therapie nach etwa drei Monaten. Wegen fortbestehender Störungen der peroralen Nahrungsaufnahme musste die Ernährung über die PEG acht Monate lang durchgeführt werden. Nach Entlassung aus der thoraxchirurgischen Klinik wurde die Patientin noch fünf weitere Monate im Pflegeheim behandelt. Die Patientin wirft der erstbehandelnden Klinik vor: Die Oesophagusperforation sei ärztlich verschuldet, die Diagnose wäre nicht rechtzeitig gestellt, die Komplikation somit nicht rechtzeitig behandelt worden. Der nachfolgend schwere Krankheitsverlauf sei auf diese Behandlungsfehler zurückzuführen.

Die verantwortlichen Ärzte der in Anspruch genommenen Klinik äußerten sich zu den Vorwürfen: Das EKG habe Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit gegeben, die ausreichende Beurteilung sei nur über eine TEE möglich gewesen. Als die Patientin über Schmerzen klagte, sei die Untersuchung sofort abgebrochen worden. Eine Oesophagusverletzung wäre eine sehr seltene Komplikation bei einer TEE. Nach Diagnose der Verletzung zwei Tage später sei die Patientin unverzüglich in eine thoraxchirurgische Klinik verlegt worden.

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte internistische Gutachter beurteilte den Vorgang wie folgt: Die Patientin wies weder durch klinische noch durch paraklinische Befunde Symptome einer dringlich zu klärenden Herzerkrankung auf. Unter diesen Umständen sei die Indikation für die invasive TEE nicht zwingend gewesen. Als fehlerhaft könne die Indikationsstellung angesichts des weiten Ermessensspielraumes für diese Entscheidung jedoch nicht gewertet werden. Über die Möglichkeit einer Oesophagusperforation sei die Patientin laut Aufklärungsbogen informiert gewesen. Die Verletzung selbst wird vom Gutachter als eingriffsimmanente, unverschuldete Komplikation gesehen. Die Diagnostik dieser Komplikation wird dagegen beanstandet, wobei Fehleinschätzungen und ärztliche Kommunikationsmängel aufgezeigt werden: Bereits die Thoraxaufnahme vom Untersuchungstag habe ein Hautemphysem in den Halsweichteilen aufgewiesen. Dieser Befund sei nicht beschrieben bzw. nicht weitergeleitet worden. Er wäre aber richtungsweisend für das weitere diagnostische und therapeutische Prozedere gewesen. Die Diagnose der Oesophagusperforation sei fehlerhaft zwei Tage zu spät gestellt worden. Bei rechtzeitiger Diagnose hätte die chirurgische Therapie frühzeitig im Sinne der Primärversorgung der Oesophagusverletzung erfolgen, die weiteren Komplikationen hätten vermieden werden können. Spätschäden wären aller Wahrscheinlichkeit nach nicht aufgetreten.

### Eindeutiger Indikationsfehler

Die Schlichtungsstelle folgte in der Beurteilung der fehlerbedingten Verzögerung der Diagnose der Oesophagusperforation den Wertungen des Gutachters. Bezüglich der Indikationsstellung zur TEE wird jedoch im Gegensatz zum Gutachter von einem eindeutigen Indikationsfehler ausgegangen. Die Schlichtungsstelle bezieht sich hier ausdrücklich und allein auf die vom Gutachter

selbst vorgetragenen Einwände. Es bestanden keinerlei Hinweise auf eine dekompensierte Herzschwäche, eine koronare Herzkrankheit, intrakardiale Thromben (durchgängiger Sinusrhythmus), Endokarditis. Der Gutachter hielt in Anbetracht der Gesamtsituation „die Indikation für eine invasive TEE nicht für gegeben“. Diese Feststellung relativierte er später, indem er eine „relative Indikation“ zugesteh, ohne hierfür – entgegen der obigen Aufstellung fehlender Indikationen – begründende Tatsachen zu nennen. Die Indikationsstellung zur TEE war somit fehlerhaft. Dieser Fehler war ursächlich für die Oesophagusperforation mit allen sich aus dieser Komplikation ergebenden Folgen für den Krankheitsverlauf.

## Oesophagogastroskopie

Bei einem 69-jährigen Mann wurde nach vorangegangenem Herzinfarkt in einer Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie eine koronare Bypassoperation durchgeführt. Die Operation verlief planmäßig. Am Tage nach der Operation trat Erbrechen von hämatinhaltigem Mageninhalt auf, deshalb wurde noch am gleichen Tage eine Oesophagogastroskopie vorgenommen. Ein pathologischer Befund ließ sich nicht feststellen. Nach der Gastroskopie entwickelte sich ein ausgedehntes Hautemphysem im Bereich von Thorax, Hals und Gesicht. Aufgrund dieses Befundes wurde klinisch eine bei der Gastroskopie aufgetretene Oesophagusperforation vermutet und dies dokumentiert. Eine sofortige gezielte Klärung dieser Verdachtsdiagnose erfolgte nicht. Einen Tag später wurde durch konventionelle Röntgenaufnahmen ein Pneumothorax rechts festgestellt. Bei Anlage der Pleuradrainage entleerte sich eine größere Menge hämorrhagischen Exsudates. Noch am gleichen Tage entwickelte sich eine Ateminsuffizienz, die Intubation und Beatmung erforderlich machte. Ein an diesem Tage angefertigtes Thorax-CT ohne Kontrastmittel ergab ein ausgedehntes Mediastinal- und Hautemphysem, möglicherweise eine Verbindung zwischen Trachea und Mediastinum. Im weiteren Verlauf entwickelten sich beidseitig Pneumonien und Pleuraempyeme, die zunächst konservativ behandelt wurden. Mehrfach wiederholte Computertomographien ergaben keinen Nachweis einer Oesophagusperforation. 14 Tage nach der Gastroskopie wurde das linksseitige Pleuraempyem operativ ausgeräumt mit Revisions-thorakotomie am folgenden Tag, ohne dass bei diesen Eingriffen die Ursache des Empyems geklärt wurde. Bei fortlaufender Verschlechterung des septischen Zustandsbildes wurde 20 Tage nach der Gastroskopie durch Kontrast-CT eine Leckage im unteren Oesophagusdrittel mit Kontrastmittelübertritt in die linke Pleurahöhle verifiziert. Eine drei Tage später erneut durchgeführte Rethorakotomie

konnte die fortschreitende Sepsis nicht verhindern. Trotz maximalen intensivmedizinischen Aufwands verstarb der Patient infolge weiterer septischer Komplikationen am Organversagen. Die Angehörigen des Verstorbenen warfen der in Anspruch genommenen Klinik Versäumnisse im Zusammenhang mit der Behandlung der Oesophagusperforation vor, die ursächlich für den tödlichen Ausgang gewesen sei. Zum Behandlungsverlauf nahmen die beteiligten Fachgebiete Thoraxchirurgie und Anästhesiologie/Intensivmedizin Stellung: Die notwendigen diagnostischen Maßnahmen seien unverzüglich eingeleitet und konsequent weitergeführt worden. Die anfangs vermutete Oesophagusperforation sei zunächst nicht zu bestätigen gewesen. Die Therapiemaßnahmen hätten den jeweiligen Erfordernissen entsprochen.

Die Gutachter werteten wie folgt: Die Gastroskopie sei wegen des Hämatinerbrechens indiziert gewesen. Die Oesophagusperforation wäre im Zusammenhang mit der Oesophagogastroskopie aufgetreten. Hinweise auf fehlerhaftes Vorgehen bei der unter technisch erschwerten Bedingungen durchgeführten Gastroskopie ließen sich nicht erkennen, so dass die Oesophagusperforation als unverschuldete Komplikation zu beurteilen sei. Das unmittelbar nach der Gastroskopie aufgetretene Hautemphysem wäre ein zwingender Hinweis auf eine im Zusammenhang mit der Gastroskopie eingetretene Eröffnung des Mediastinum gewesen. Die Verdachtsdiagnose einer Oesophagusperforation sei geäußert und dokumentiert worden. Die notwendige diagnostische Abklärung wie auch die auf die Behandlung des Pleuraempyems abzielenden Maßnahmen wären jedoch als ungenügend anzusehen. Als erster diagnostischer Schritt hätte entweder eine sofortige Oesophagogastroskopie oder eine Kontrastdarstellung des Oesophagus mittels Gastroskopie erfolgen müssen. Beide seien fehlerhaft unterblieben. Auch der folgenden, im wesentlichen bildgebenden Diagnostik fehlte im Hinblick auf den hochgradigen Verdacht der Oesophagusperforation die nötige Konsequenz. Die Unterlassung der zielführenden diagnostischen Maßnahmen sei als fehlerhaft anzusehen. Der tödliche Ausgang läge in der iatrogenen Oesophagusperforation begründet.

Zur Kausalität stellen die Gutachter fest: Die Letalität iatrogenen Oesophagusperforationen betrage etwa zehn bis 20 Prozent. Im zu beurteilenden Fall habe ein erhöhtes Risiko infolge schwerer koronarer Gefäßerkrankung vorgelegen. Ob bei rechtzeitiger Diagnose und zielgerichteter Therapie ein günstigerer Verlauf eingetreten wäre, sei nicht zu entscheiden.

Die Schlichtungsstelle folgte in der Beurteilung der Behandlungsfehler dem Gutachten. Die Oesophagusperforation ist eine eingriffstypische Komplikation der Oesophagogastroskopie. Im vorliegenden Fall konnte nicht nachgewiesen werden, dass der Perforation

ein fehlerhaftes technisches Vorgehen zugrunde lag. Das im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Gastroskopie aufgetretene Mediastinal- und Hautemphysem musste in erster Linie an eine Oesophagusperforation denken lassen. Dieser Verdacht wurde auch geäußert. Von dieser Diagnose war bis zum Beweis des Gegenteils auszugehen. Die unverzügliche Klärung des dringenden Verdachts durch Oesophagoskopie oder Kontrastmitteldarstellung wurde fehlerhaft unterlassen, wodurch sich Diagnose und gezielte Therapie letztlich um drei Wochen verzögerten.

## Schwerer Behandlungsfehler

Auch im Rahmen weiterer diagnostischer Klärungsversuche sind Fehler aufgetreten. So waren die ungezielten Thoraxdrainagen beiderseits auf Grundlage der Fehldiagnose eines Pneumothorax weder diagnostisch geboten noch therapeutisch effektiv. Die Unterlassung einer unverzüglichen Ursachenermittlung für das des Mediastinal- und Hautemphysem war der primäre und entscheidende Fehler, der die weiteren – ineffektiven – diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beeinflusste, letztlich die um 23 Tage verzögerte gezielte Therapie der Oesophagusperforation bestimmte.

Dass die übersehene, nicht gezielt behandelte Oesophagusperforation im hier zu beurteilenden Fall todesursächlich war, ließ sich medizinisch-wissenschaftlich nicht mit ausreichender Sicherheit beweisen. Die Schlichtungsstelle erkannte in der Unterlassung der unverzüglich gebotenen diagnostischen Abklärung des Hautemphysems bei klinisch hochgradigem Verdacht auf eine iatrogene Oesophagusperforation einen schweren Behandlungsfehler. Es war völlig unverständlich – so auch die Gutachter – dass die Klärung über eine Oesophagoskopie oder eine Kontrastmittelpassage nicht sofort herbeigeführt wurde.

Aus dem schweren Behandlungsfehler ergibt sich eine Beweislasteasenerleichterung für die Patientenseite. Bei rechtzeitiger Diagnose der Oesophagusperforation wäre die Überlebenschance erheblich größer gewesen. Die schlechteren Überlebenschancen bei verzögerter Diagnostik und Therapie einer Oesophagusperforation sind bekannt. Die hier über einen Zeitraum von drei Wochen unterlassene gezielte Behandlung der Oesophagusperforation war geeignet, ihren tödlichen Ausgang herbeizuführen. Dies reichte aus, den Tod des Patienten auf dem Weg der Beweislastumkehr als Folge des Behandlungsfehlers anzusehen. Die Schlichtungsstelle hielt in beiden Fällen Schadenersatzansprüche für begründet und empfahl jeweils eine außergerichtliche Regulierung.

**Prof. Dr. Christoph Lucke** und **Prof. Dr. Heinrich Vinz** sind Ärztliche Mitglieder der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

## Bild und Hintergrund

# Lungenpest-Epidemie in der Mandschurei

Roger Budberg und die „Bilder aus der Zeit der Lungenpest-Epidemie in der Mandschurei“.

Von Dr. Kai Sammet



Abtransport von Leichen, Foto: Baron Roger Budberg-Boeninghausen

Eine der schlimmsten Lungenpestepidemien ereignete sich 1910/11 in der Mandschurei zwischen Sibirien und der äußeren Mongolei. Nach der Pest von Hong Kong 1894 hatte es sporadische Erkrankungsfälle unter Jägern in der sibirischen Steppe gegeben, die sich an Murmeltieren infiziert hatten, deren Pelz auf dem internationalen Markt geschätzt wurde. Der Zuzug chinesischer Arbeitsmigranten seit 1907 veränderte die Situation. Sie wollten vom Pelzhandel profitieren und, unerfahren wie sie waren, scheuten sie vor erkrankten Tieren nicht zurück. Die Pelze brachten sie zum Verkauf in sibirische Eisenbahnstädte – zu jener Zeit wurden die letzten Teilstrecken der transsibirischen Eisenbahn gebaut. In Manchouli, dem Hauptquartier der Jäger, trat der erste Pestfall im August 1910 auf. Der Patient litt an Fieber, hatte blutigen Auswurf und verstarb nach drei Tagen. Die Infektion verbreitete sich rasch in den Jägercamps und entlang der Ostchinesischen Eisenbahn, einem Teilabschnitt der Transsibirischen Bahn. Ende Oktober hatte die Pest die Stadt Charbin, das Hauptquartier der Ostchinesischen Eisenbahn, erreicht. Dort lebten vornehmlich chinesische Händler und Kleinunternehmer unter schlechten hygienischen und Ernährungsverhältnissen. Besonders betroffen war das chinesische Viertel Fujiadian. Die Mandschurei war damals zwischen Russland, Japan und China aufgeteilt, daher dauerte die Abstimmung zur Seucheneindämmung einige Zeit, doch Misslichkeiten blieben nicht aus. Die russischen Behörden forderten von der chinesischen Seite aktiveres Vorgehen – zumindest durfte so ein russischer Arzt im chinesischen Hospital Fujiadians arbeiten. Man wählte den aus dem Baltikum stammenden Baron Roger Budberg-Boeninghausen, dessen Buch *Bilder aus der Zeit der Lungenpest-Epidemie in der Mandschurei 1910/11* und 1921, erschienen in einem kleinen Hamburger Verlag im Jahr 1923, eine eindrucksvolle

Schilderung sozialer und medizinischer Probleme darstellt. Er machte 140 Fotos und dokumentierte die verheerende Seuche.

Budberg selbst hatte eine bewegte Vita und ist heute fast vergessen. Geboren 1867 in Gemauert-Poniemon im Gouvernement Kowno, studierte er zuerst Jura, dann Medizin und schloss sein Studium 1901 in Dorpat ab. Von 1897 bis 1902 war er als Assistent an der dortigen Gynäkologischen und Chirurgischen Klinik tätig. Er habilitierte sich 1902 für Gynäkologie und Geburtshilfe; später ging er in die Grenzregion zwischen Russland und China. In russischen Diensten geriet er zweimal ins Gefängnis wegen erdichteter Spionage-Anklagen. In Charbin war er ein (eher skeptisch beäugter) Grenzgänger zwischen den Kulturen. Seit 1907 war er, äußerst ungewöhnlich für einen Russen, mit einer aus armer Familie stammender Chinesin verheiratet. Budberg war der einzige Russe, der engeren Kontakt zur chinesischen Kultur in dieser Grenzregion hatte. Er sprach chinesisch. Als Gefängnisarzt in Charbin hatte er Kontakt zu den untersten Gesellschaftsschichten, als Gynäkologe war er vertraut mit den Problemen ortsansässiger Prostituierter. Mehr als zwei Monate war Budberg der einzige russische Arzt in Fujiadian. Danach wurden von russischer Seite der Epidemiologe Danilo Zabolotnyi (1866-1929) – kein Freund Budbergs, der ihn 1911 zum Duell gefordert hatte – und von chinesischer Seite der westlich eingestellte Wu Liande (1879-1960) ins Seuchengebiet geschickt.

Wie der Historiker Mark Gamsa in einer Studie darlegte, entwickelte sich während der

Epidemie zunehmende Feindseligkeit seitens der chinesischen Bevölkerung, die stark von der Seuche betroffen war. Die Chinesen sahen, dass keiner das Krankenhaus lebend wieder verließ, aber kaum Russen unter den Todesopfern waren. Daher ging das Gerücht, dass die Russen (chinesische) Patienten töteten und aus den Organen der Verstorbenen Medizin für „ihre“ Leute machten – kein Wunder, dass diese überlebten. Überdies wurden viele der Pestleichen verbrannt, was die religiösen Gefühle der Chinesen beleidigte. Als im März 1911 die Epidemie abklang, waren 60.000 Opfer zu beklagen, von den 30.000 Einwohnern Charbins starben 1.500 Menschen, darunter lediglich 40 Russen, von denen wiederum 31 zum medizinischen Personal gehörten.

Die Seuche hatte Folgen. Auf der berühmten Mukden-Konferenz im April 1911, die zur Prestigeangelegenheit zwischen Russland, China und Japan wurde, wurden prophylaktische Maßnahmen für die Zukunft beschlossen – doch wurden ehemals Betroffene wie Budberg von dieser Konferenz ausgeschlossen, so dass kaum über Versäumnisse gesprochen wurde. Immerhin konnte der Nordmandschurische Seuchenpräventionsdienst – eine institutionelle Frucht der Konferenz – beim Wiederauftreten der Pest in den Jahren 1920/21 präventiv tätig werden, so dass dieser erneute Ausbruch weniger Todesopfer forderte, auch wenn die Pest bis Wladiwostok vordrang.

**Dr. Kai Sammet** ist wiss. Mitarbeiter am Institut f. Geschichte u. Ethik der Medizin.

## Grippemittel

### Wirksamkeit gegen A/H1N1

Nach einer Umfrage bei Lesern einer ärztlichen Tageszeitung seien Ärzte zu über 56% nicht gut auf die Schweinegrippe vorbereitet. Bei weltweit 5134 bestätigten Infektionen (Stand 12.05.09) – davon in Deutschland 12 – und 48 Todesfällen (in Deutschland: 0) scheint die Gefährdung der deutschen Bevölkerung durch den Erreger der Schweinegrippe A/H1N1 derzeit nicht allzu hoch zu sein. Generell kann das Risiko jedoch noch nicht eingeschätzt werden, auch nicht eine mögliche teilweise Wirksamkeit von Grippeimpfungen und einer Postexpositionsprophylaxe mit Neuraminidasehemmern wie Oseltamivir (Tamiflu®) oder Zanamivir (Relenza®). Basierend auf den Symptomen oder bekannten Kontakten mit bestätigten Erkrankungen im Umfeld kann die Gabe eines Neuraminidasehemmers sinnvoll sein. Zu erwägen sind dabei die bekannten unerwünschten Wirkungen dieser Arzneistoffe (z.B. anaphylaktoide Reaktionen und psychiatrische UAW) sowie die Gefahr einer Resistenzbildung bei unkritisch häufigen Verordnungen.

Aktuelle Informationen können auf der Homepage des Robert-Koch-Institutes ([www.rki.de](http://www.rki.de)), aber auch auf Seiten ärztlicher Organisationen wie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) nachgelesen werden. Wichtig ist die Kenntnis und Befolgung einer neuen Meldepflichtverordnung (in Kraft seit 03.05.09) bei Krankheitsverdacht, um weitere Informationen über den neuen Erreger zu erhalten. Die Entscheidung, ob die bereits angelaufenen Produktion eines Impfstoffes für die nächste Grippesaison gestoppt werden soll, um auf einen Impfstoff mit Antigenen der neuen Influenza A/H1N1 zu wechseln, ist bei weltweit bis zu 500.000 Todesfällen unter der „alten“ Grippe keine leichte Entscheidung.

Quellen: *Dt. Ärztebl.* 2009; 106(16): C 762, *Ärztzeitung* Nr. 86 vom 11.05.09, S. 1 und 4

## Clopidogrel/Protonenpumpenhemmer

### Interaktion

Der Wirkstoff Clopidogrel (Iscover®, Plavix®) ist eine sog. Prodrug, die erst im Körper zum wirksamen Metaboliten verstoffwechselt wird. Dabei spielt das arzneimittelabbauende Enzymsystem eine wichtige Rolle, vor allem das sog. Cytochrom P450 2C19. Genetische Varianten dieses CYP 2C19 (sog. „poor metabolizer“, PM) können zu einer verminderten Funktion dieses Enzyms führen, resultierend in geringerer gerinnungshemmender Wirkung von Clopidogrel (in einer Studie hochsignifikant verringert) und in einer erhöhten Rate kardiovaskulärer Ereignisse (in einer Studie war die Rate dieser Ereignisse nach Behandlung von Patienten mit akutem Herzinfarkt bei PM 3,6fach erhöht).

Nicht nur genetische Varianten, sog. Polymorphismen, sondern auch Hemmstoffe von CYP 2C19 können die Wirksamkeit von Clopidogrel verringern. Die AkdÄ verweist auf eine Studie, nach der Patienten mit einer Begleitmedikation von Protonenpumpenhemmern (PPI) zur Therapie mit Clopidogrel ein signifikant erhöhtes Risiko einer Reinfarktes hatten. Nur unter Pantoprazol als einzigem PPI sei das Risiko nicht erhöht gewesen. In einer neuen retrospektiven Studie mit über 16.000 Patienten nach Stent-Implantation konnte dies jedoch nicht betätigt werden: unter der Gabe

von Pantoprazol traten schwere kardiovaskuläre Ereignisse in ähnlich hoher Rate auf wie unter anderen PPI (Esomeprazol, Lansoprazol, Omeprazol, Rabeprazol). Die Autoren empfehlen (ähnlich wie auch die AkdÄ) keine routinemäßige Gabe von PPI bei Patienten unter der Therapie mit Clopidogrel und als Ausweichmedikation die Gabe von H2-Blockern (z.B. Ranitidin), es sei denn es bestehe eine strenge Indikation für PPI bei besonders gefährdeten Patienten. Quellen: *Drug Safety Mail* 2009-062, [www.akdae.de](http://www.akdae.de), [www.medscape.com/viewarticle/702485?sssdmh=dml.46854](http://www.medscape.com/viewarticle/702485?sssdmh=dml.46854)

## NSAID

### Risiko im Alter

Nach neuen Empfehlungen amerikanischer Geriater sollten Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAIDs) zur Dauertherapie von Schmerzen bei Patienten über 75 Jahren nicht mehr eingesetzt werden. Neben den bekannten gastrointestinalen Komplikationen bestehe auch ein kardiovaskuläres und nephrotoxisches Risiko (s. a. „Sicher verordnen“ hÄb 5/09). Sie empfehlen stattdessen die Gabe schwacher Opioide, da deren Abhängigkeitspotential im Alter gering sei. Grundsätzlich scheint dieser Vorschlag nicht allgemein gültig zu sein, da die UAW von NSAIDs individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sind und dosisabhängig auftreten. Zusätzlich darf die obstipierende Wirkung der Opioide gerade im Alter nicht unterschätzt werden.

Quelle: *Newsletter Deutsches Ärztebl.* vom 07.05.09, [www.aezteblatt.de](http://www.aezteblatt.de)

## Elektronische Verschreibungssysteme

### Sinnvolle Warnungen?

In einer amerikanischen Studie wurde der Umgang von Ärzten mit Warnungen zu UAW und Interaktionen aus einem elektronischen Verschreibungssystem untersucht. Die Ärzte akzeptierten 9,2 % der angezeigten Interaktionen und 23 % der Allergien, die sich aufgrund gespeicherter Grunddaten der Patienten ergeben konnten. Die verordnenden Ärzte differenzierten dabei jedoch je nach Schwere der Interaktionen und der Medikamentenklasse, auch wurden Warnungen eher ignoriert, wenn das Medikament dem Patienten schon einmal verschrieben wurde. In einem Kommentar wurde festgestellt, dass es sinnvoll erscheint,

- Warnungen auf wenige, mit hohem Risiko verbundene Interaktionen zu beschränken,
- wiederholte Warnungen zu unterdrücken,
- Warnungen an den jeweiligen Anwender anzupassen.

Darüber hinaus wird empfohlen, zukünftige elektronische Warnsysteme so auszustatten, dass sie aus allen substanz-, therapie- und patientenspezifischen Risiken nur wenige umfassende und klinisch relevante Warnungen generieren.

Die letzte Empfehlung trifft des Pudels Kern, um einen Arzt bei seiner individuellen Verordnung entlasten zu können. Es wird jedoch schwierig sein, ein derartiges Programm zu erstellen und – mindestens genauso wichtig – aktuelle Erkenntnisse zeitnah einzuspeisen. Hierzu bedarf es einer Zusammenarbeit aller medizinischer Fachrichtungen und langjähriger praktischer Erfahrungen.

Quelle: *Arch.Intern.Med.* 2009; 169: 305-311, zitiert in *Dt. Med. Wschr.* 2009; 134: 730

**Ausland** Keine Rede von Ruhestand bei den Ärzten, die mit dem Senior-Experten-Service Hilfeinsätze im Ausland leisten.

Von Dorthie Kieckbusch



Dr. Manfred Peters (links) in China

# Mit Neugierde und Gelassenheit

Dr. Manfred Peters ist einer von 7.700 Helfern, die als Senior-Experten aktiv werden. Das Wort Ruheständler mag man für sie kaum in den Mund nehmen. Und doch sind sie alle raus aus dem Job, nun Rentner und engagieren sich ehrenamtlich. Die Senior-Experten geben ihr Wissen und ihre Erfahrungen vor allem in Entwicklungs- und Schwellenländern weiter und bieten klein- und mittelständischen Unternehmen Unterstützung für Unterkunft, Verpflegung und ein Taschengeld. Das Spektrum ist groß, manche helfen bei der Ausbildung Jugendlicher, manche bilden Lehrer in Modedesign aus, Maschinenbauingenieure helfen beim Betrieb und der Einführung von neuen Maschinen, wieder andere helfen bei der Einführung neuer Rezepturen oder Stoffe in einzelnen Unternehmen. Organisiert wird der Wissenstransfer unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ vom Senior Experten Service (SES), einer Stiftung der Deutschen Wirtschaft für internationale Zusammenarbeit.

## Gute Vorbereitung

Auch Ärzte sind dabei, wenn auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in eher geringer Anzahl. Derzeit gibt es 19 Ärzte unter den 221 Hamburger Seniorexperten aus dem Gesundheitswesen, zu dem unter anderem auch Genetiker oder Chemiker mit medizinischem Hintergrund zählen. Einer von ihnen ist Dr. Manfred Peters. Der Hamburger Arzt war mit SES in Ghana und China. Der erste Einsatz führte den Internisten, Pneumologen und Tropenmediziner nach Ghana, wo er für drei Monate eine Familien-Studie zu Tuberkulose leitete. „Es war gut, dass ich das Land schon kannte, weil ich mit den kulturellen Eigenheiten schon vertraut war und so die Eingewöhnungszeit leicht fiel“, erzählt Peters, der auch vorher schon beruflich in Ghana tätig war. 2007 und 2008 war er jeweils für einige Wochen in China.

Ein Senior-Experte ist drei bis sechs Wochen am Einsatzort, maximal aber ein halbes Jahr. Während seines Aufenthalts wird er durch SES betreut. „Wichtig sind langjährige Berufserfahrung, Neugier auf fremde Länder, ihre Menschen und natürlich auch gesundheitliche Fitness, denn das Klima kann je nach Einsatzland sehr unterschiedlich sein“, sagt Sonnhild Schretzmann, Pressesprecherin des SES. Man müsse grundsätzlich damit rechnen, dass die Bedingungen trotz guter Vorbereitungen vor Ort anders

sind als erwartet: „Deshalb ist Neugierde so wichtig, denn nur dann können die Experten Überraschungen gelassen hinnehmen.“ Diese Erfahrung hat auch Peters gemacht: „Ohne die Bereitschaft, sich auf fremde Menschen einzulassen, geht es nicht. Am besten, man bringt eine gewisse Naivität mit, denn meist ist die Realität vor Ort doch anders als erwartet.“

Im Vorfeld sorgt SES dafür, dass die Senioren Informationen über Länderbesonderheiten erhalten. Dazu gehört auch, sich mit den jeweiligen kulturellen Eigenheiten auseinander zu setzen. Sonnhild Schretzmann gibt ein Beispiel: „In Kambodscha sollte man Kindern nicht über den Kopf streichen – das stört das Karma.“

Der Weg bis zum ersten Einsatz hat einen gewissen Vorlauf. Zunächst einmal lässt sich der Senior-Experte beim SES registrieren und gibt an, in welchen Bereichen er tätig werden könnte. Liegt dann ein Auftrag vor, wählt SES einen Experten aus und schickt ein Profil an den Auftraggeber. Dieser entscheidet, ob er den Experten für geeignet hält. „Ein Senior-Experte darf keinen regulären Arbeits-

## China

2007 und 2008 kam Peters zweimal nach China, und zwar an das Traditional Chinese Medicine Hospital in Shouguang in der Provinz Shandong. In der Zwei-Millionen-Metropole – also nach chinesischen Verhältnissen einer eher kleineren Stadt – ging es um einen Wissenstransfer von westlicher Medizin an chinesische Ärzte, die vorwiegend traditionelle chinesische Medizin praktizieren.

Peters untersuchte gemeinsam mit chinesischen Ärzten Patienten mit Lungenerkrankungen und musste dabei feststellen, dass es an Fachwissen und an nötiger Sensibilität für Hygiene fehlte. Erstaunlich war, dass in keinem der Krankenzimmer Seife oder Handtücher vorhanden waren, obwohl es sich um ein neues Klinikum handelte.

Auch dass Männer und Frauen in einem Zimmer untergebracht waren, fand Peters erstaunlich. „Und dass die Ärzte ihre Zimmer selbst sauber halten müssen, darauf muss man erstmal kommen“, erzählt Peters. Aber trotz der „Merkwürdigkeiten“, die er beschreibt, zeigte er sich angetan von seinen Gastgebern und ihrer Bereitschaft, sich auf anderes einzulassen: „Die Bereitschaft, etwas zu lernen, war hoch bei den chinesischen Kollegen.“





In Ghana wurden Familien für eine Studie zu Tuberkulose befragt

platz besetzen“, sagt Schretzmann. Auch Ärzte seien nicht kurativ tätig, sondern leiteten und lehrten, beispielsweise bestimmte OP- oder Therapiemethoden. So wurde in der Mongolei Diabetes-Vorsorge eingeführt, und in Nepal gab es ein Projekt zur Prävention von Augenerkrankungen bei Kindern.

Selbst wenn die Übergänge manchmal fließend sind, war auch Peters nicht in der kurativen Medizin tätig, sondern hat jeweils einheimische Ärzte fortgebildet oder begleitet: „Das war für mich sogar eine höhere Anforderung als rein kurativ tätig zu sein.“ Und erforderte tatsächlich die schon erwähnte und notwendige Flexibilität. So waren beispielsweise bei seinem zweiten China-Einsatz sämtliche Ärzte, die er fortbilden sollte, unabkömmlich. „Ich habe mich darüber bei den SES-Büros in Deutschland und China beschwert“, erzählt Peters. Durch die Intervention war es dann recht schnell möglich, die chinesischen Kollegen fortzubilden. Insgesamt aber sei das kulturelle Miteinander in China schwieriger gewesen als in Ghana, so sein Resümee, besonders, da die chinesischen Kollegen nur selten hätten Englisch sprechen können.

**Gesucht:** Derzeit wird ein Kinderarzt und Onkologe für die Fortbildung von Kinderärzten in der Onkologie in Pakistan (Karatschi) für vier bis sechs Wochen gesucht. Wichtige Voraussetzung ist Englisch.

Interessenten können sich melden bei:  
Helga Lammich, Telefon: 02 28 – 2 60 90 79.

## Ghana

Für eine Familien-Studie zu Tuberkulose war Peters drei Monate in Ghana. Das BNI suchte jemanden für die Leitung der Studie und trat mit dem SES in Kontakt. Der Hamburger Arzt kam offiziell im Auftrag der Bundesregierung als Seniorexperte nach Afrika. Hintergrund der Studie war herauszufinden, warum einige Familienmitglieder Tuberkulose bekommen und andere nicht. Dafür war es notwendig, im gesamten Land herumzufahren und Familien aufzusuchen. Gemeinsam mit einem einheimischen Arzt war der Tropenmediziner unterwegs. „Wichtig war mir, sowohl Kollegen als auch Familien auf Augenhöhe zu begegnen. Wenn ich beispielsweise Empfehlungen gegeben habe, wurde es manchmal als Kritik aufgefasst. Vielleicht ist unsere offene Art manchmal etwas undiplomatisch.“

Angesichts der teilweise verwirrenden Familienverhältnisse sei es nicht immer einfach gewesen, die „richtigen Väter“ für die Studie zu finden. „Manchmal stellte sich erst nach langer Suche in mehreren Dörfern heraus, dass wir einen Nennvater gefunden hatten, nicht aber den für die Studie benötigten leiblichen Vater“, berichtet Peters.

### Kontakt zum Senior Experten Service:

Telefon: 02 28 – 26 09 00, E-Mail: [ses@ses-bonn.de](mailto:ses@ses-bonn.de),  
Internet: [www.ses-bonn.de](http://www.ses-bonn.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)

Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte.  
Aufnahme jederzeit - auch im akuten Krankheitsstadium.  
Speziell für suchtkranke Mediziner bietet Oberberg ein  
anerkanntes Programm zur beruflichen Wiedereingliederung:  
das Oberberg-Curriculum.

  
**Oberberg**  
Psychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik

## Neue Leitlinien Die neuen Therapieleitlinien für die Behandlung der Hepatitis B und C fordern zu einer breiteren Diagnostik und früheren Therapie auf.

Von Prof. Dr. Jörg Petersen, Dr. Albrecht Stoehr, Prof. Dr. Andreas Plettenberg, Dr. Karen Olah, Dr. Michael Sabranski, Dr. Peter Buggisch

# Therapie der Hepatitis B und C

Etwa eine Million Menschen ist in Deutschland nach Schätzungen mit den Hepatitisviren B oder C infiziert. Von diesen sind bislang allerdings nur eine Minderheit identifiziert und noch weniger adäquat therapiert. Zum diesjährigen Welthepatitistag (19. Mai) gab es daher eine konzertierte Aktion vom nationalen Kompetenznetzwerk Hepatitis, der Deutschen Leberstiftung, und von Patientenselbsthilfegruppen wie der Leberhilfe e. V. mit Unterstützung der pharmazeutischen Industrie, um verstärkt auf eine bessere Erkennung und Behandlung chronischer Hepatitiden hinzuwirken. In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen an dieser Stelle die neuen Therapieleitlinien für die Behandlung der Hepatitis B und C vorstellen, die zu einer breiteren Diagnostik und früheren Therapie auffordern.

### Praxisorientierte Hilfestellung

Die neuen Leitlinien stellen praxisorientierte Hilfestellungen für das Vorgehen bei Hepatitis B und Hepatitis C dar. Ende 2007 konnte zunächst eine nationale S3 Leitlinie zur Therapie der Hepatitis B veröffentlicht werden, es folgte im Februar 2009 eine neue Europäische Leitlinie zur Therapie der Hepatitis B (Leitlinie der European Association for the Study of the Liver (EASL)). Beide Leitlinien sind online frei erhältlich (s. u.). Für die Hepatitis C wird derzeit eine neue nationale Leitlinie erstellt, die Mitte 2009 in der Zeitschrift Gastroenterologie veröffentlicht wird und hier bereits in Auszügen dargestellt werden kann. Im Nachfolgenden möchten wir Ihnen Auszüge aus den wichtigsten Kapiteln

der Leitlinien vorstellen und darauf hinweisen, dass das Management und die Therapie der Hepatitis B und C Infektion spezielle Kenntnisse erfordert und in der Hand eines in dieser Thematik erfahrenen Arztes liegen sollte. Der höchste Evidenzgrad der deutschen Leitlinien lautet [A] und entspricht randomisierten kontrollierten Studien, der niedrigste Evidenzgrad lautet [D] und entspricht Expertenmeinungen.

### Neue Leitlinien zur Therapie der Hepatitis B

Therapieindikation für die chronische Hepatitis B: Bei Patienten mit Nachweis von HBsAg sollte zunächst geklärt werden, ob es sich um eine akute Hepatitis B Virus (HBV)-Infektion handelt. Bei Patienten mit akuter HBV-Infektion ist auf Grund der hohen Spontanheilungsrate beim Erwachsenen außerhalb von Studien keine Therapieindikation für die aktuell verfügbaren antiviralen Medikamente gegeben [Empfehlungsgrad A]. Bei den ersten Anzeichen einer Einschränkung der Lebersynthese sollte eine antivirale Therapie mit einem Nukleos(t)idanalogen durch-

geführt werden. Außerdem ist zu diesem Zeitpunkt eine Kontaktaufnahme mit einem Transplantationszentrum sinnvoll [C].

Sollte es sich um einen Patienten mit chronischer HBV-Infektion handeln, ist zunächst zu prüfen, ob der Patient eine Leberzirrhose aufweist. Patienten mit fortgeschrittener Fibrose oder Zirrhose benötigen eine antivirale Therapie bei jedem Nachweis einer Virämie [B].

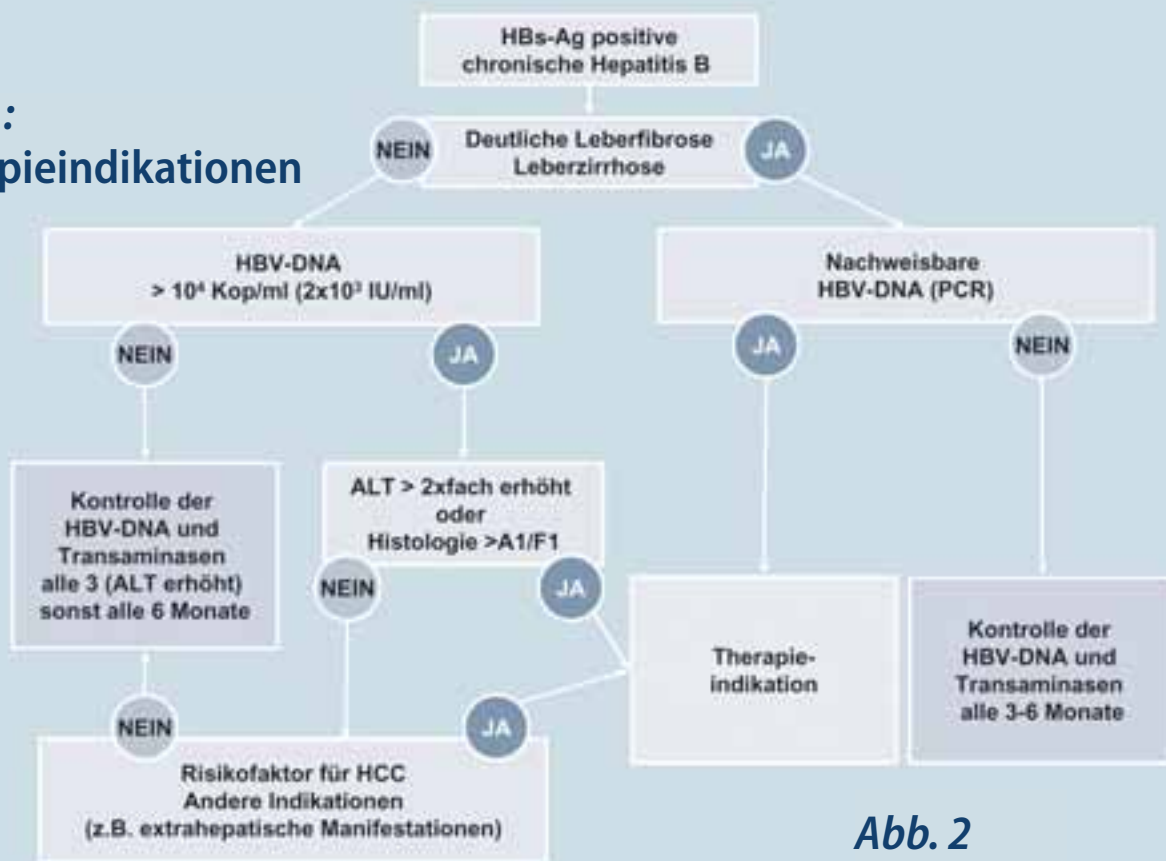
Die Indikationsstellung bei Patienten ohne Leberzirrhose berücksichtigt in erster Linie die Höhe der Virusreplikation im Serum (Grenzwert  $2 \times 10^3$  IU/ml, entsprechend  $10^4$  Viruskopien/ml), den Entzündungs- und Fibrosestatus in der Biopsie und die Höhe der Serumtransaminasen [B] (Tab. 1). Wichtig ist, dass die neuen Leitlinien keine Unterschiede in der Indikationsstellung zur antiviralen Therapie zwischen HBeAg-positiven und HBeAg-negativen Patienten machen.

Bei Patienten mit sehr hoher Viruslast aber normalen Transaminasen bzw. ohne Zeichen einer entzündlichen Aktivität in der Histologie (hochvirämische HBsAg-Träger) ist keine zwingende Behandlungsindikation gegeben. Allerdings können Risikofaktoren für ein

Tab. 1: Behandlungsindikationen Chronische Hepatitis B

Behandlungsbedürftige Patienten	HBV DNA $>10^4$ Kopien/ml ( $2 \times 10^3$ IU/ml) GPT $> 2 \times$ ULN oder Histologie $>$ minimale entzündliche Aktivität / geringe Fibrose [B]
Besonders behandlungsbedürftige Patienten	Patienten mit fortgeschrittener Fibrose oder mit Zirrhose bei jeglichem HBV DNA Nachweis [B]
Nicht behandlungsbedürftige Patienten	HBsAg Träger (B): wiederholt HBV-DNA negativ oder $< 10^4$ Kopien/ml, wiederholt normale Transaminasen und höchstens minimale entzündliche Aktivität/geringe Fibrose in der Biopsie (B)

**Abb. 1:**  
**Therapieindikationen**



**Abb. 2**

Hepatozelluläres Karzinom (HCC) sowie berufliche und soziale Aspekte und extrahepatische Komplikationen im Individualfall eine Therapie begründen [C] (Übersicht zur Therapieindikation in Abb. 1).

## Therapie der Hepatitis B

Wenn eine Behandlungsindikation besteht, ist die richtige Auswahl der Therapie der entscheidende Punkt. Es stehen momentan die in Tabelle 2 aufgeführten Medikamente zur Verfügung. Bei der Auswahl der Medikamente sollte zunächst geprüft werden, ob eine (PEG) Interferon-alfa Therapie möglich und sinnvoll ist.

### Therapie mit (PEG) Interferon alfa

(PEG)-Interferon alfa kann zur primären Behandlung einer chronischen Hepatitis B bei HBeAg-positiven und HBeAg-negativen Patienten mit kompensierter Lebererkrankung

(maximal Child-Pugh A Leberzirrhose) eingesetzt werden [A]. Nebenwirkungen und Kontraindikationen einer Therapie mit Interferon alfa sind zu beachten. Aufgrund der mindestens äquivalenten Ansprechrate, aber einer patientenfreundlicheren Applikation einmal pro Woche ist die Therapie mit PEG-Interferon alfa dem Standard-Interferon alfa vorzuziehen [C]. Besonders günstige Faktoren für eine Interferontherapie sind:

- HBV Genotyp A
- Niedrige Viruslast ( $<10^6$  Kopien/ml bzw.  $<2 \times 10^5$  IU/ml)
- mindestens zweifach erhöhte Transaminasen (ideal  $>5$ fach erhöht)
- nicht vorbehandelte Patienten.

### Therapie mit Nukleos(t)idanaloga

Wenn eine Therapie mit Nukleos(t)idanaloga durchgeführt wird, sollte das Stadium der Lebererkrankung sowie die Höhe der HBV-Virämie berücksichtigt werden [B].

Liegt eine Leberzirrhose vor, ist eine Substanz mit hoher genetischer Resistenzbarriere oder auch primär eine Kombinationstherapie zu bevorzugen [C]. Die Kenntnis der antiviralen Aktivität, der Resistenzbarriere und des Resistenzprofils der zur Verfügung stehenden oralen antiviralen Medikamente ist Voraussetzung für den rationalen Einsatz eines Nukleos(t)idanalogs [C]. Die Selektion resistenter Virusvarianten sollte vermieden werden. Kontrollen von HBV-DNA und ALT werden initial nach vier Wochen, anschließend alle drei Monate unter Therapie empfohlen [B]. Bei Nichtansprechen der Therapie mit einem Nukleosid- oder Nukleotidanaloga sollte die Behandlung spätestens nach sechs Monaten angepasst werden [C]. Als ausreichendes Ansprechen wird mittlerweile eine Reduktion der HBV-DNA unter die Nachweisgrenze einer quantitativen PCR Reaktion ( $<50$  Kopien/ml) angesehen (EASL Leitlinie 2009). In der deutschen Leitlinie 2007 wird noch eine Kopienanzahl von  $<1000$ /ml angegeben [B]. Dieser Unterschied reflektiert die zunehmende Potenz der neueren Nukleos(t)idanaloga zur Vermeidung von Resistenzen und die sich durchsetzende Verbreitung der quantitativen HBV-PCR Testung auch im Hepatitis B-Bereich. Bei kontinuierlicher Abnahme der HBV-DNA zu Monat sechs unter einer Substanz mit geringem Resistenzrisiko im ersten Behandlungsjahr kann die Therapie als Monotherapie fortgeführt werden, auch wenn die HBV Virämie zu Monat sechs noch nicht die angesprochenen Kriterien erfüllt. Es sollte in jedem Falle jedoch spätestens nach einem Jahr eine Modifikation der Therapie erfolgen, wenn der

**Tab. 2: Behandlung der chronischen Hepatitis B (Stand 30.03.2009)**

Zugelassene Medikamente	Dosierung
<b>Interferone alfa</b> PEG Interferon alpha 2a (Pegasys®) Interferon alfa 2a (Roferon®) Interferon alfa 2b (Intron A®)	180 ug 1 x wöchentlich für maximal 48 Wochen 2,5–5 Mio IU / m <sup>2</sup> 3 x wöchentlich für 4–6 Monate 5–10 Mio IU 3 x wöchentlich für 4–6 Monate
<b>Nukleosidanaloga</b> Lamivudin (Zeffix®) Entecavir (Baraclude®) Telbivudin (Sebivo®)	100 mg 1 x täglich 0,5 mg 1 x täglich (naiv), 1 mg bei Lamivudin-Resistenz 600 mg 1 x täglich
<b>Nukleotidanaloga</b> Adefovirdipivoxil (Hepsera®) Tenofovir Disoproxil (Viread®)	10 mg 1 x täglich 245 mg 1 x täglich

Patient nicht HBV-DNA negativ wird [C]. (Übersicht eines Behandlungsalgorithmus in Abb. 2).

### Vorgehen bei Resistenzen

Grundsätzlich sind primäres und sekundäres Therapieversagen zu unterscheiden. Ein primäres Therapieversagen liegt vor, wenn nach sechs Monaten Therapie eine Reduktion der HBV-DNA unter < 1000 Kopien/ml

nicht erreicht wird und ein weiterer Abfall der HBV-DNA bis zum Monat zwölf nicht erfolgt [C]. Von einer sekundären Resistenz wird ausgegangen, wenn nach primärem Ansprechen ein Anstieg der HBV-DNA um mindestens 1-log Stufe über den Nadir unter fortgesetzter antiviraler Therapie auftritt. In beiden Fällen ist zunächst die Therapiecompliance des Patienten zu überprüfen. Eine unkontrollierte sequenzielle antivirale Therapie nach Auftreten einer Resistenz ist unbedingt

zu vermeiden, da hiermit Resistenzen gegen verschiedene Substanzen selektioniert werden können. Resistenzen sollten möglichst frühzeitig erkannt werden, damit eine schnelle Therapieanpassung erfolgen kann [B]. Für das Vorgehen bei Lamivudinresistenz gibt es die meiste Evidenz: Die Therapie ist möglichst frühzeitig anzupassen, d. h., sobald sich ein virologischer Rückfall („rebound“) zeigt, auch wenn noch kein biochemischer Rückfall erfolgt ist [B]. Primär ist die zusätzliche Gabe von Nucleotidanaloga mit nicht-überlappendem Resistenzprofil (sog. „add-on“ Strategie) zu empfehlen [B].

Abb. 2: Therapiealgorithmus

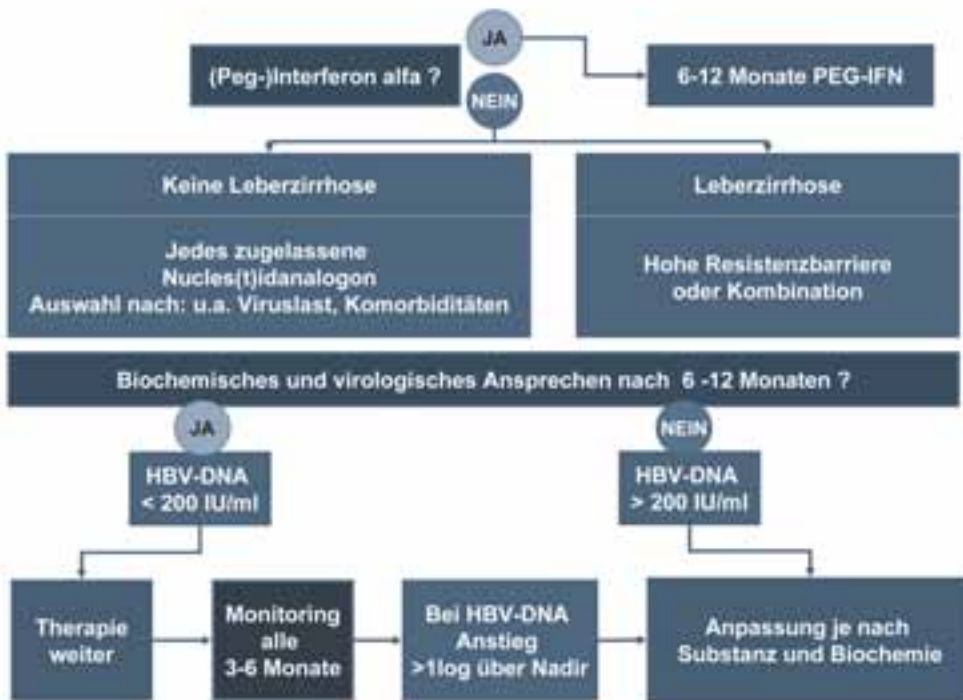
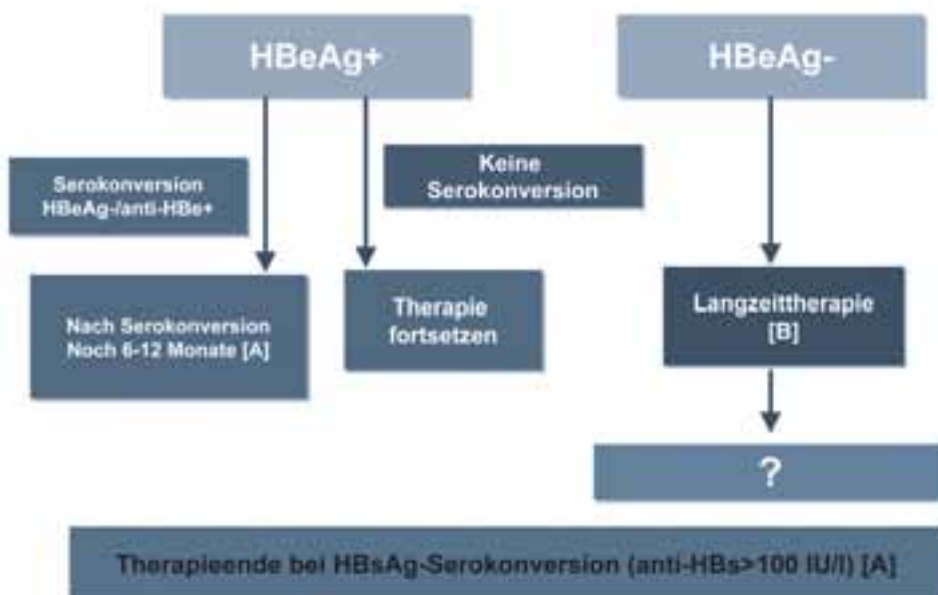


Abb. 3: Wann kann eine Therapie beendet werden?



### Dauer der Therapie mit Nucleos(t)idanaloga

Eine antivirale Therapie mit Nucleos(t)idanaloga ist zunächst dauerhaft durchzuführen. HBeAg-positive Patienten sollten nach erfolgter HBeAg-Serokonversion für mindestens sechs, besser jedoch für zwölf Monate weiterbehandelt werden [A]. Die Therapiedauer bei HBeAg-negativen Patienten ist nicht genau definiert, in der Regel ist eine Dauertherapie notwendig [B]. Eine orale antivirale Therapie kann in jedem Fall beendet werden, wenn eine HBsAg-Serokonversion mit Ausbildung neutralisierender Anti-HBs Antikörper mit einem Titer > 100 IU/ml erfolgt ist [A] (Abb. 3).

Ein Zustand nach Hepatitis B sollte als Diagnose niemals von einem Arztbrief verschwinden, da eine chronische Hepatitis B niemals komplett im Sinne einer Eradikation ausheilt und es in Phasen einer Immunsuppression zu Reaktivierungen von Hepatitis B kommen kann, die zum Teil fulminant verlaufen können und die eine präventive Therapie mit Nucleos(t)idanaloga notwendig machen können.

Die komplette Leitlinie ist auf der Homepage der DGVS ([www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)) und des Kompetenznetzes Hepatitis ([www.kompetenznetz-hepatitis.de](http://www.kompetenznetz-hepatitis.de)) zum kostenfreien Download bereitgestellt worden. Die neue Europäische Leitlinie 2009 der EASL ist ebenfalls kostenlos unter [www.easl.ch](http://www.easl.ch) herunterzuladen.

### Hepatitis C: Was sich mit den neuen Leitlinien ändert

Die letzte Leitlinie zur Hepatitis C datiert von 2004, seither hat es bei der Diagnostik, den Behandlungsmöglichkeiten und der Führung der Therapie einer Hepatitis C zahlreiche grundlegende Veränderungen gegeben. Eine Überarbeitung und Neuauflage der S3 Leitlinie war daher dringend notwendig. Neben der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), dem Kompetenznetz Hepatitis, und anderen Fachgesellschaften, war als Novum auch die Schweizer und die

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie beteiligt, so dass eine Leitlinie für den gesamten deutschen Sprachraum entstand. Die Empfehlungen (als S3 Leitlinie) bedeuten eine grundlegende Veränderung der Therapierichtlinien und sind im Folgenden dargestellt.

## Diagnostik

Da die Hepatitis C bei der Mehrzahl der Patienten bisher undiagnostiziert ist, sollte nicht nur bei erhöhten Leberwerten, sondern auch in Risikogruppen gezielt gesucht werden (Tab. 3). Als Suchtest dient der Antikörpertest, lediglich bei Dialysepatienten, einer HIV-Koinfektion oder Vorliegen einer Immunsuppression sowie bei Verdacht auf eine akute Infektion sollte direkt der HCV-RNA-Nachweis erfolgen, da HCV-Antikörper bei dieser Konstellation (noch) fehlen können.

Eine Quantifizierung der HCV-RNA sowie die Bestimmung des Genotyps werden im Wesentlichen zur Planung der antiviralen Therapie benötigt. Die weitere Diagnostik beinhaltet neben klinisch-biochemischen Parametern den Ausschluss einer Leberzirrhose, eines hepatozellulären Karzinoms sowie einer Koinfektion mit dem Hepatitis B- oder HI-Virus. Zur Beurteilung der Leberfibrose wird neben der Leberbiopsie erstmals nichtinvasiven Verfahren ein diagnostischer Stellenwert eingeräumt (Abb. 4).

## Akute Hepatitis C und Prophylaxe

Aufgrund des parenteralen Übertragungsweges des HC-Virus sind Vorsichtsmaßnahmen im medizinischen Bereich sowie bei intravenösem Drogenkonsum notwendig. Dagegen muss der generelle Kontakt mit Personen mit einer HCV-Infektion keineswegs gemieden werden. Vor allem Kindern sollte der Zugang zu Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergarten, Kindertagesstätten etc.) ermöglicht werden. Tätigkeiten auch im medizinischen Bereich sind in nicht verletzungsträchtigen Bereichen möglich. Eine Postinfektionsprophylaxe nach Nadelstichverletzung gibt es nicht, allerdings sind frühzeitige Kontrollen der HCV-RNA und weitere Kontrollen des Antikörpers im Verlauf notwendig um eine eventuelle Infektion rechtzeitig zu diagnostizieren.

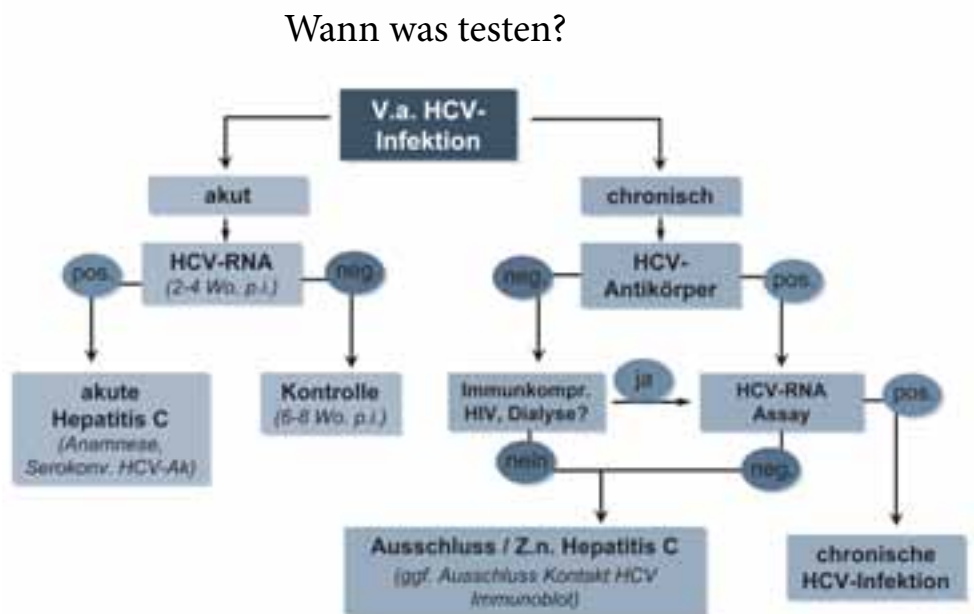
Zur Behandlung der akuten Hepatitis C wird gegenwärtig die Monotherapie mit pegyliertem Interferon über 24 Wochen empfohlen, hierdurch können bei frühzeitiger Therapie sehr hohe Heilungsraten (> 90%) erzielt werden. Die Behandlung sollte allerdings spätestens drei bis vier Monate nach der Exposition erfolgen.

## Indikation zur Therapie der chronischen Hepatitis C

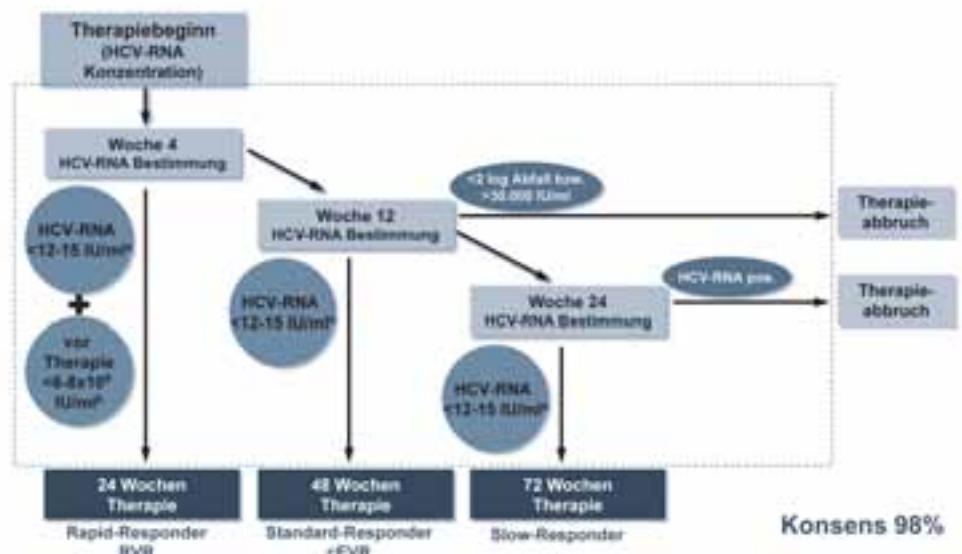
Die Indikationsstellung der antiviralen Therapie wurde erweitert, neben der chronischen Hepatitis C kann eine Therapieindikation auch bei extrahepatischen Manifestationen, beruflichen Gründen, zur Elimination des Infektionsrisikos sowie bei persönlichem Wunsch des Patienten bestehen. Erhöhte Transaminasen oder Fibrose

müssen nicht vorliegen. Bei Patienten mit einem Rückfall oder fehlendem Ansprechen auf eine Vortherapie kann in Abhängigkeit des viralen Ansprechens in der Ersttherapie, der Qualität der Vortherapie und der Schwere der Lebererkrankung eine Indikation zur Retherapie gegeben sein, diese sollte möglichst in einem spezialisierten Zentrum erfolgen. Geeignet sind hier insbesondere Patienten mit einem Rückfall nach Beendigung der antiviralen Therapie (sog.

**Abb. 4: Diagnostik der chronischen Hepatitis C**



**Abb. 5: Standardtherapie HCV-Genotyp 1/4**



<sup>a</sup> HCV-RNA mit einem hochsensitiven Assay nicht nachweisbar, <math>< 12-15 \text{ IU/ml}</math> oder <math>< 50 \text{ IU/ml}</math> je nach verwendetem Assay.  
<sup>b</sup> Grenzwert für Ausgangsviruslast vor Therapie in den zugrundeliegenden Studien für PEG-Interferon alfa 2b bei 600.000 und für PEG-Interferon alfa 2a bei 800.000 IU/ml. Ggf. keine Therapieverkürzung bei negativen Prädiktoren wie fortgeschrittene Fibrose / Zirrhose, metabol. Syndrom, Insulinresistenz, Steatosis hepatis. Keine Daten bei Patienten mit normalen Transaminasen.

„Relapse“). Die Kontraindikationen sind insbesondere schwere Zweiterkrankungen, schwere aktive Autoimmunerkrankungen, Schwangerschaft und Stillzeit und unkontrollierter Alkohol- und Drogenabusus.

### Therapie der chronischen Hepatitis

Die Therapie der chronischen Hepatitis C erfolgt mit einem pegylierten Interferon und gewichtsadaptiertem Ribavirin. Hierbei sind hohe Ribavirindosen anzustreben (12-15 mg/kg KG). Die Therapiedauer richtet sich nach dem HCV-Genotyp, der HCV-RNA-Konzentration am Beginn der Therapie und dem Virusabfall unter Therapie. Die Thera-

pie ist somit deutlich individualisierter aber auch komplizierter geworden (siehe Abb. 5 und 6). Bei niedriger Ausgangsviruslast und raschem Abfall des Virus (Woche vier negativ - d.h. rapid viral response „RVR“) ist eine Verkürzung möglich, bei langsamem Abfall der Viruslast kann hingegen eine Verlängerung sinnvoll sein. Bei fehlendem Ansprechen zu Woche zwölf (< 30.000 IU/ml) bzw. 24 (noch positive RNA) sollte die Therapie beendet werden. Ganz wesentlich für den Erfolg ist die frühzeitige Behandlung von Nebenwirkungen, insbesondere auch möglicher psychischer Probleme.

Für die Behandlung von Relapsen (s.o.) oder Nonrespondern (keine Virus RNA Negativierung initial) steht gegenwärtig

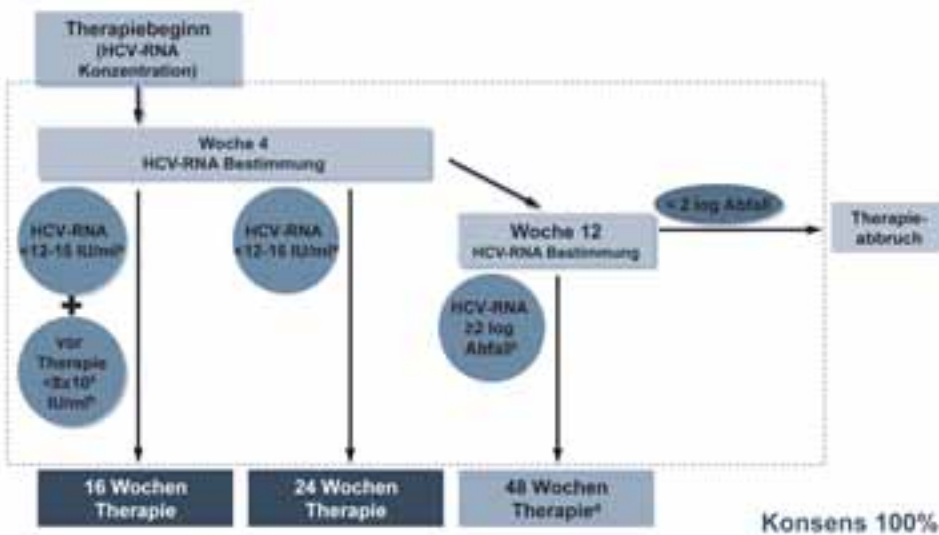
ebenfalls nur die Gabe von pegyliertem Interferon und Ribavirin zur Verfügung. Hierbei sollte die Therapie möglichst von erfahrenen Experten durchgeführt werden um eine optimale Dosis aufrecht zu erhalten. Therapiepauzen und zu starke Absenkungen der Medikamentendosis sollten unbedingt vermieden werden. Eine niedrigdosierte Langzeitmonotherapie mit Interferon zur Verhinderung der Fibroseprogression kann derzeit nicht empfohlen werden. Ergebnisse zu weiteren Studien mit diesem Ansatz stehen noch aus.

### Spezielle Indikationen

Die Behandlung der HCV-Infektion im Rahmen einer Koinfektion mit dem Hepatitis B/D- oder HI-Virus oder nach einer Transplantation ist eigenen Algorithmen unterlegen und sollte von Spezialisten durchgeführt werden. Die Lebertransplantation stellt die Option bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Leberzirrhose oder ggf. einem hepatozellulären Karzinoms auf dem Boden einer Hepatitis C dar. Allerdings sind die Verläufe bei fortbestehender HCV-Infektion deutlich schlechter. Auch die Ergebnisse einer nach Lebertransplantation möglichen Peg-Interferon/Ribavirintherapie sind nach Transplantation schlechter. Nach Transplantation anderer Organe ist eine Therapie im Regelfall nicht mehr möglich, so dass möglichst eine Therapie im Vorfeld erfolgen sollte. Dies hat insbesondere eine Bedeutung für Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz.

Koinfizierte Patienten haben in den meisten Fällen eine schlechtere Prognose und sollten möglichst immer einer antiviralen Therapie in einem Zentrum zugeführt werden. Bei Koinfektion mit dem HB-Virus sollte zunächst eine Interferon/Ribavirin-Therapie versucht werden, evtl. gefolgt von einem Nucleos(t)id-Analogen. Bei der HIV-Infektion muss zunächst eine stabile Immunlage erreicht werden bevor die HCV-Infektion behandelt werden kann. Jugendliche und Kinder haben bei der Behandlung vergleichbare Chancen wie Erwachsene.

Abb. 6: Standardtherapie HCV-Genotyp 2/3



<sup>a</sup> HCV RNA mit einem hochsensitiven Assay nicht nachweisbar, <12-15 IU/ml oder <50 IU/ml je nach verwendetem Assay.  
<sup>b</sup> Ggf. keine Therapieverkürzung bei negativen Prädiktoren wie fortgeschrittene Fibrose / Zirrhose. Ggf. Berücksichtigung weiterer negativer Prädiktoren wie Steatosis hepatis und niedrige ALT-Konzentration vor Therapiebeginn. Keine Daten bei Patienten mit normalen Transaminasen.  
<sup>c</sup> Bei fehlendem Abfall der HCV RNA unter die Nachweisgrenze (<12-15 IU/ml) bis Woche 24 Therapieabbruch empfohlen.  
<sup>d</sup> Therapiedauer 36, 48, ggf. 72 Wo. bei „slow-response“ bisher nicht genau bekannt. Wird gegenwärtig in prospektiven Studien untersucht.

Tab. 3: Indikation zur Durchführung einer HCV-Diagnostik

Der Großteil der HCV-Infektionen ist nicht diagnostiziert

**Empfehlung:**

Eine HCV-Diagnostik sollte erfolgen bei (A):

- Personen mit erhöhten „Transaminasen“ / Lebererkrankung unklarer Genese
- Empfängern von Blut und Blutprodukten (vor 1992)
- Transplantatempfängern
- Hämodialyse-Patienten
- Aktiven und ehemaligen i. v. Drogenkonsumierenden
- Insassen von Justizvollzugsanstalten
- HIV- und/oder HBV-Infizierten
- Haushaltsangehörigen bzw. Sexualpartnern HCV-Infizierter
- Kindern HCV positiver Mütter
- Personen mit Migrationshintergrund aus Regionen erhöhter anti-HCV-Prävalenz,
- Medizinischem Personal
- Blut-, Organ- und Gewebespendern

Darüber hinaus sollte eine HCV-Diagnostik einschließlich adäquater Beratung jedem gewährt werden, der eine entsprechende Untersuchung explizit wünscht (C).

Konsensus: 97%

### Bessere Behandlungsergebnisse erwartet

Die überarbeitete Leitlinie trägt insbesondere mit der breiteren Indikationsstellung und der Individualisierung der Therapie den Studien der letzten Jahre Rechnung und dürfte zu besseren Behandlungsergebnissen führen, allerdings sind die Algorithmen deutlich komplexer geworden.

Prof. Dr. Jörg Petersen, Leberzentrum Hamburg im IFI Institut für Interdisziplinäre Medizin an der Asklepios Klinik St. Georg, E-Mail: [petersen@ifi-medizin.de](mailto:petersen@ifi-medizin.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.  
Marschnerstieg 2, 22081 Hamburg  
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg  
Telefon: 040 / 29 80 03-0  
Fax: 040 / 29 80 03 90

Anzeigenverkauf: Bernd Roloff  
Telefon: 040 / 29 80 03-22

E-Mail: info@wels-verlag.de  
Internet: www.wels-verlag.de  
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 39  
vom 1. 9. 2008

### 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  
info@studiohaase.de

### Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG  
Auflage: 14 800

Titel: Peter Haase

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

# Die Aureole des Professors



Ich erzähle das, weil es, wenn ich an die sogenannte Ehren-  
gabe des Kulturkreises des Bundesverbandes der Deutschen  
Industrie denke, ganz einfach wieder vor mir steht, das  
sommerlich brütende Krankenhaus mit seiner Hoffnungs-  
losigkeit. Ich sehe die Patienten und ihre Angehörigen,  
die einen wie die andern mit der immer enger gezogenen  
Hoffnungslosigkeit um den Hals, die perfiden Ärzte, die  
bigotten Schwestern, lauter verkümmerte Charaktere in  
diesen stinkenden und stickigen Krankenhausgängen. Ge-  
meinheit und Hysterie und Opfermut in gleicherweise nur  
zu dem Zwecke der Menschenvernichtung und ich höre im

Herbst die Tausende und Zehntausende von russischen Krähen in der Luft über dem  
Krankenhaus, die am Nachmittag den Himmel verdunkelten und verfinsterten und  
mit ihrem Geschrei alle Ohren aller Patienten kaputt machten. Ich sehe die Eichhörn-  
chen die Hunderte von weggeworfenen und vollgespuckten Papiertaschentücher der  
Lungenkranken aufpicken und damit wie wahnsinnig auf die Bäume rennen. Ich  
sehe den berühmten Professor Salzer aus der Stadt herauskommen auf die Baum-  
gartnerhöhe, wie er durch die Gänge geht, um den Patienten im Operationssaal die  
Lungenflügel herauszuschneiden mit der berühmten Professor Salzerschen Eleganz,  
auf die Kehlköpfe und auf die halben Brustkörbe war der Professor spezialisiert ge-  
wesen, immer öfter war der Professor Salzer auf die Baumgartnerhöhe gekommen  
und immer mehr Patienten hatten immer weniger Kehlköpfe und immer weniger  
Brustkörbe. Ich sehe, wie sich alle vor dem Professor Salzer verneigen, obwohl der  
Professor keine Wunder wirken und nur in der besten Absicht und mit der größten  
Kunstherrlichkeit in die Patienten hineinschneiden und sie verstümmeln konnte und  
wie er jede Woche nach einem genau aufgestellten Plan die Opfer seines Wirkens  
mit seiner hohen Kunst viel früher ins Grab beförderte, als auf die natürliche Weise  
ohne ihn, obwohl er, der Beste der Besten auf seinem Gebiete, nichts dafür konnte,  
ganz im Gegenteil, waren er und seine Kunst und seine Eleganz ganz und gar von sei-  
nem hohen, ja höchsten Ethos gelenkt gewesen. Alle wollten sie von dem Professor  
Salzer operiert sein, der ein Onkel meines Freundes Paul Wittgenstein war, von der  
Universitätskapazität aus der Stadt, die so unnahbar war, daß sie, wenn sie vor ihm  
gestanden waren, ihre Stimme verloren hatten. Der Professor kommt, hieß es und  
das ganze Krankenhaus war eine heilige Stätte.

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

Lösung Sono-Quiz von Seite 25

### Zwerchfellnahe Lungenmetastase

Raumforderungen oberhalb des Zwerchfells. In keiner Positionsänderung des Schallkop-  
fes gelingt es, eine Beziehung zur Leber darzustellen. Mit Hilfe der Echokonstrastsonogra-  
phie lässt sich die Leber eindeutig abgrenzen. Es handelte sich um eine zwerchfellnahe  
Lungenmetastase.



# stress

**Psychosomatischer Dialog** Das Thema der Januar-Veranstaltung war „Der erschöpfte Mensch – Eine kritische Auseinandersetzung mit dem klinischen Phänomen des Burnout“.

Von Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Stephan Ahrens

# Burnout

## Das Risiko der Ärzte

Auf dem „Psychosomatischen Dialog“ der Psychosomatischen Abteilung des Asklepios Westklinikums wurde im Hotel Louis C. Jacob in diesem Jahr das Thema „Der erschöpfte Mensch – Eine kritische Auseinandersetzung mit dem klinischen Phänomen des Burnout“ diskutiert. Statt wie üblich zirka 200 Teilnehmer kamen diesmal 540 zur Veranstaltung, viele aus fachlichem Interesse, sehr viele mit eigenem Anliegen – was in den Pausengesprächen offen thematisiert wurde.

Ca. 20% der Ärztinnen und Ärzte arbeiten mehr als 80 Stunden pro Woche, Vertragsärzte durchschnittlich elf Stunden täglich. Ca. 60% fühlen sich nach einem Arbeitstag völlig ausgelaugt, essen unregelmäßig und haben Schlafdefizite, 69% sehen ihr Privatleben in Mitleiden-

schaft gezogen (Gebuhr, 2002). Die Rückzugstendenz von Ärztinnen und Ärzten aus ihren privaten Kontakten bei zunehmender Belastung wird in einer Vielzahl von Untersuchungen bestätigt (Adisson et al. 2004, Bergner 2004, Heim 1993, McCraine und Brandsma 1988). Damit wird eine – möglicherweise entscheidende – Ressource für Regeneration und Prävention bei Burnout-Gefährdung aufgegeben (Vltmer und Spahn 2009). Ärzte mit Berufspraxis weisen einen deutlich niedrigeren Wert des gesunden Verhaltensmusters und einen deutlich höheren Wert des Burnout gefährdeten Risikomusters auf (Vltmer et al. 2009).

### 15-30% der deutschen Ärztinnen und Ärzte betroffen

Es überrascht daher nicht, dass 15-30% der deutschen Ärztinnen und Ärzte von Burnout betroffen sind (Rösing 2003). Die Entwicklung des Burnout ist in der Regel schleichend – das macht es so gefährlich. Die betroffenen Menschen bemerken diese erst spät oder verleugnen sie. So bekommt die Burnout-Entwicklung eine zunehmende Eigendynamik.

Die Symptome sind vielfältig. Jede einzelne der Symptomgruppen sollte bereits Anlass sein, sich Unterstützung zu holen (s. Tab. 1). Die Fülle der Beschwerden und Probleme illustriert den Kampf des betroffenen Menschen um seine Leistungsfähigkeit und seinen schrittweise erfolgenden defensiven Rückzug, geprägt durch jeweilige Abwehr- und Bewältigungsmechanismen. Die Symptome sind häufig vielseitig, chamäleonartig, und dies macht eine treffende Diagnose oft schwierig. Die Berufsgruppe der Ärzte ist einer Vielzahl von Belastungsfaktoren nach Burnout-Kriterien ausgesetzt. Die Berücksichtigung der spezifischen Stressoren, die auf diese Berufsgruppe einwirken, ist für eine effektive Unterstützung unabdingbar (s. Tab. 2).

Tab. 1: Burnout-Symptome

Psychische Symptome	Erschöpfung, Energiemangel, Schlafstörungen, depressive Einbrüche, verringerte Initiative, Schwächegefühl, Ruhelosigkeit, Verzweiflung
Kognitive Probleme	Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Entscheidungsunfähigkeit, Gleichgültigkeit, Langeweile, Desillusionierung
Beeinträchtigung der Patientenbeziehung	Größere Distanz zu Patienten, Betonung von Fachjargon, Vorwürfe gegen andere, Verlust an Empathie, Zynismus, Verlust von Idealismus
Beziehungsprobleme	Partnerschaftskrisen, Familienprobleme
Narzisstische Probleme	Gefühl mangelnder Anerkennung, der beruflichen Insuffizienz bzw. Ineffizienz mit erheblichen Selbstzweifeln in Bezug auf die berufliche Leistungsfähigkeit
Körpersymptome	Beklemmungen in der Brust, Herzrhythmusstörungen und Herzschmerzen, Atembeschwerden, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, multiple vegetative Beschwerden
Entwicklung von Suchtverhalten	Vermehrter Nikotin- und/oder Alkoholkonsum



## Welche Hilfe gibt es für die Helfer?

### Beratung

Die Beratungsaufgabe besteht zunächst in der Analyse der Bedingungsbeziehungen, unter denen sich das Burnout-Syndrom entwickelt hat. Das Zusammenspiel von Persönlichkeitsmerkmalen, personalen Ressourcen, privaten Lebensverhältnissen und beruflicher Situation ist sorgfältig zu analysieren und gemeinsam zu definieren. Darauf aufbauend kann eine Empfehlung für das weitere Vorgehen erarbeitet werden.

### Coaching

Coaching ist eine professionelle Unterstützung, um an Problemen, Entscheidungen oder Zielen zu arbeiten. Dabei stehen beruflich motivierte Fragen im Vordergrund, es werden sowohl sachbezogene als auch persönliche Aspekte berücksichtigt. Coaching hilft, Lösungen zu entwickeln sowie den Zugang zu eigenen Ressourcen zu finden und diese zu nutzen. So werden die Mechanismen und Hintergründe der Burnout-Entwicklung transparent gemacht und eine Strategie für deren Überwindung entwickelt. Die Umsetzung dieser Strategien begleitet der Coach und schließt dann seinen Auftrag ab.

### Therapie

Ist die Schwelle zur Krankheit überschritten, ist eine psychotherapeutische Intervention sinnvoll. Das therapeutische Vorgehen muss auf die Besonderheiten der Burnout-Situation zugeschnitten sein:

- Die Akzeptanz der Krankenrolle ist für die betroffenen Menschen häufig schwierig (der hilfsbedürftige Helfer).
- Das Therapieangebot muss schnell durch Wirksamkeitserfahrungen überzeugen, um die Compliance zu sichern.
- Die Organisation der Therapieangebote muss der ohnehin belasteten Berufssituation Rechnung tragen und darf nicht zu einer zusätzlichen Belastung werden.
- Das Therapiekonzept ist zielorientiert zu gestalten, um den Patienten aus der passiv-defensiven in eine aktive Position zu bringen.
- Der zeitliche Rahmen der Therapie sollte begrenzt sein, um berufliche Risiken zu minimieren.
- Die Therapie ist entsprechend effektiv und nachhaltig zu gestalten, maßgeschneidert auf die persönliche Situation des Patienten.

### Prävention

Die Prävention hat zum Ziel, neue Reaktions- und Verarbeitungsmuster aufzubauen, um bei künftigen Belastungen vor einer Dekompensation zu schützen. Erarbeitet werden Transparenz der psychosozialen Zusammenhänge, Definition der individuellen Schwachstellen und daraus resultierend ein Präventionskonzept entwickelt mit folgenden Zielen:

- Abbau von Stressempfinden,
- Abbau von Zeitnot,
- Vermeidung unerträglicher Situationen,
- Steigerung der emotionalen Kompetenz,
- Aufbau der Selbstwirksamkeit und des Selbstbewusstseins,
- Aufbau eines konstanten Maßes an persönlicher Zufriedenheit,
- Angemessene Positionierung im Berufsleben,
- Erarbeitung mittel- und langfristiger Ziele.

Tab. 2: Beispiele für Belastungssituationen im ärztlichen Bereich (nach Bergner 2007, leicht modifiziert)

Art der Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung nach militärischen Grundsätzen („Ober-Arzt“)</li> <li>• Missachtung zentraler, für das Arzt-Therapeutensein notwendiger Inhalte wie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kreativität</li> <li>- Empathie</li> <li>- soziales Engagement</li> </ul> </li> <li>• fehlende, zielgerichtete Vermittlung persönlichen Kompetenzaufbaus, beispielsweise               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betriebswirtschaft</li> <li>- Präsentation und Moderation</li> <li>- Kommunikation</li> <li>- Konfliktmanagement</li> <li>- ärztliche Führung</li> <li>- standes- und gesellschaftspolitische Fragen</li> </ul> </li> <li>• Selbstwahrnehmung</li> </ul>
Persönlichkeit des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alles selbst machen inklusive Eigetherapie</li> <li>• Kernüberzeugungen wie „Ich darf nicht aufgeben.“ oder „Auf mich kann man sich verlassen.“</li> </ul>
mangelnde emotionale Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderte oder verzerrte Selbstwahrnehmung</li> <li>• unzureichende Selbstkontrolle</li> <li>• mangelhaftes soziales Bewusstsein</li> <li>• mangelhaftes Beziehungsmanagement</li> </ul>
hohe Belastung/geringer Eigeneinfluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturelle Belastungen wie Einzelpraxis</li> <li>• zu hohe Wochenarbeitszeit (45 Stunden sollten auf Dauer nicht überschritten werden)</li> <li>• berufstypische, inhaltliche Belastungen wie Angst, Leiden, Tod</li> <li>• sichtbare Erfolge fehlen</li> </ul>
fehlende gesellschaftliche Anerkennung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztbild in verschiedenen Medien</li> </ul>
Minderung der beruflichen Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomieverlust: Bevormundung durch Ökonomen, Kontrollsysteme („Qualitätsmanagement“)</li> </ul>
unzureichende Honorierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• abnehmende gesellschaftliche Anerkennung als nicht materielle Schädigung</li> <li>• unzureichende materielle Entschädigung</li> </ul>

Gemeinsam mit Prof. Sadre-Chirazi-Stark hat der Autor im Psychosomatischen Fachzentrum Falkenried einen Burnout-Schwerpunkt entwickelt, der den oben beschriebenen Kriterien Rechnung trägt. Es stehen Angebote zur Beratung, Coaching, Prävention (auch Sekundärprävention) und differenzierter Therapieverfahren zur Verfügung. Abstufung und Schwerpunktsetzung erfolgt abhängig von der Problemstellung, das Konzept wird individuell auf die persönlichen Anforderungen abgestimmt. Die bisherigen Erfahrungen sind ermutigend, wenngleich es einer längerfristigen begleitenden Untersuchung bedarf, um die Effekte auch als nachhaltig definieren zu können. Die Asklepios Kliniken GmbH hat als erster Krankenhausträger in Hamburg mit dem Psychosomatischen Fachzentrum Falkenried eine Vereinbarung getroffen, die den bei diesem Träger beschäftigten Ärztinnen und Ärzten eine kostenlose Inanspruchnahme der Burnout-Konzepte ermöglicht.

Literatur beim Verfasser.

**Prof. Dr. Dr. Stephan Ahrens**, Psychosomatisches Fachzentrum Falkenried, Asklepios-Westklinikum Hamburg, Tel./Fax: 040/413 43 43-0 / -28, E-Mail: [info@psychosomatik-falkenried.de](mailto:info@psychosomatik-falkenried.de)

Hamburger Ärzteblatt 4/09, Seite 34

## „Arbeitsschutz für Schwangere“

Mit Erstaunen habe ich den Artikel „Arbeitsschutz für Schwangere“ gelesen. Er gibt mit schönen Worten einen Wunschtraum wieder, ist weltfremd, vollkommen unrealistisch und kann deshalb nicht unwidersprochen bleiben.

Ich schlage mich seit Jahren mit diesem Problem herum und habe feststellen müssen, das Mutterschutzgesetz wurde mit der besten Absicht verfasst, ist aber nicht praxistauglich. Wenn man es zur Grundlage seiner Entscheidung macht, arbeitet (wenigstens bei uns in Barmbek) keine Schwangere mehr. Als Kontrast zum Artikel nun meine Erfahrungen:

Es begann mit zahlreichen schwangeren Stewardessen, die vom Arzt die Krankschreibung von Beginn der Schwangerschaft an erwarteten. Da dies aus rechtlichen Gründen nicht ging und deren Zahl überhand nahm, sprach ich mit dem Betriebsarzt der großen Fluggesellschaft, woraufhin sich bei uns das Problem erledigt hatte. Hintergrund des Begehrens war: Die Bekanntheit der Schwangerschaft einer Stewardess zog die Versetzung zu einer Bürotätigkeit nach sich – und das war offenbar eine Zumutung für die Schwangere. So war die Reaktion, wenn ein Arbeitgeber damals seiner Verpflichtung nachkam und den Arbeitsplatz an die Erfordernisse der Schwangerschaft anpasste.

Besonders bei Schwangeren einfacher Tätigkeitsbereiche, wie bei Reinigungspersonal, hatte sich herumgesprochen, dass man „in der Schwangerschaft nicht mehr arbeiten muss“. Wenn der Gynäkologe Gegenteiliges mitteilte, wurden sie plötzlich krank. Der medizinische Dienst bestellte diese Schwangeren allenfalls kurz vor Beginn des Mutterschutzes ein, um dann mitzuteilen, dass die Frau ja sowieso demnächst im Mutterschutz ist.

Eine schwangere Kindergärtnerin mit negativer Varizellenimmunität fragte um Rat, da in deren Arbeitsstelle Varizellen grassierten. Die Frau war nicht krank, bekam deshalb keine Arbeitsunfähigkeit, sollte aber wegen der Infektionsgefahr nicht zur Arbeit gehen. Nach Rücksprache mit der KV Hamburg wurde ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen. Über Jahre war das der klassische Fall eines Beschäftigungsverbot. Die Zeiten haben sich geändert.

Inzwischen bekommen wir für jede Schwangerschaft ein Schreiben der Krankenkasse, in welchem diese uns drängt, doch zu überlegen, ob nicht ein Beschäftigungsverbot für die Schwangere ausgesprochen werden sollte, dazu rechtliche Hinweise, deren Interpretation jede Schwangere von der Arbeit freistellt. Es drängt sich der Eindruck auf, dass die Krankenkassen ein finanzielles Interesse am Arbeitsverbot haben.

Die Schwangere ihrerseits übermittelt mir den

Wunsch des Arbeitgebers, sie möchte sich ein Beschäftigungsverbot ärztlicherseits bestätigen lassen und klagt gleichzeitig über die Schikanen, denen sie sich infolge ihrer Schwangerschaft am Arbeitsplatz ausgesetzt sieht. Dies gilt sowohl für große wie für kleine Firmen. Von Anpassung des Arbeitsplatzes an die Umstände der Schwangerschaft, wie im Ärzteblattartikel beschrieben, keine Spur.

Deshalb nahm ich wiederum Kontakt mit der KV Hamburg auf. Es wurde mir mitgeteilt, das Aussprechen eines Beschäftigungsverbot ist Sache des Amtes für Arbeitsschutz der Behörde für Soziales. Dieses bestätigte die Frage der Zuständigkeit und empfahl, Schwangere mit einem Beschäftigungsverbot an sie zu verweisen. Man würde sich darum kümmern, eine Begehung des Arbeitsplatzes anberaumen und mit dem Arbeitgeber die Umgestaltung oder Umsetzung des Arbeitsplatzes besprechen. Das Problem schien nun zu aller Zufriedenheit geklärt.

Als die Arbeitnehmerin eines großen Krankenhauses glaubte, den Rest der Schwangerschaft nicht mehr arbeiten zu können, verwies ich sie ans Amt für Arbeitsschutz. Nach dem Ortstermin im Krankenhaus befragte ich sie, wie sich die Angelegenheit entwickelt hätte. Sie erklärte, dass mit Urlaub, Freitagen usw. sie nun nicht mehr arbeiten müsse. Offensichtlich war die Intention des Arbeitsschutzgesetzes verfehlt worden.

Ein Arbeitgeber versuchte, wegen eines für ihn unverständlichen Beschäftigungsverbot rechtlich gegen mich vorzugehen, was viel Mühe und Zeit kostete. Auch deshalb verwies ich weitere Schwangere mit einem solchen Begehren ans Amt für Arbeitsschutz. Diese erhielten jedoch die Auskunft, „Das Amt sei überlastet“.

Nun hatte ich erneut eine Schwangere mit dem Begehren eines Arbeitsverbots. Die Frau war als Reinigungskraft bei einer großen Reinigungsfirma tätig. Als ich erklärte, dass ich nicht jeder schwangeren Frau auf Wunsch ein Beschäftigungsverbot aussprechen könne, begann sie zu lamentieren: Nun müsse sie morgen wieder zur Arbeit gehen und das, wo es ihr den ganzen Tag übel sei und sie dauernd spucken müsse. Also schrieb ich sie krank und verwies ans Amt für Arbeitsschutz. Kurz darauf rief mich ein Herr des Amtes für Arbeitsschutz an und gab mir wiederum eine andere Darstellung der Begründung eines Beschäftigungsverbot für Schwangere:

Es wäre weder richtig noch notwendig, die Frauen mit einem Beschäftigungsverbot an das Amt für Arbeitsschutz zu verweisen. Entscheidend für die Aussprache eines Beschäftigungsverbot sei allein die Frage: Ist von einem Beschäftigungsverbot eine Verbesserung des Befindens der Schwangeren zu erwarten?

Ich erwiderte ihm, dass ich das generell für fast alle Schwangeren bestätigen könnte und ich deshalb eigentlich jeder Schwangeren ein Beschäftigungsverbot aussprechen müsste. Auch mein Einwand, dass als Folge einer solchen Beurteilungsgrundlage alle Schwangerschaften sozialisiert würden und das volkswirtschaftlich sehr teuer wäre, provozierte keine andere Auskunft. Mein Bedenken, dass dieser Glaube, „ein Beschäftigungsverbot würde das Befinden der Schwangeren verbessern“, rechtlich durchaus angreifbar wäre, versuchte er auszuräumen. Er war der Meinung, der Hinweis „Aussprechen eines Beschäftigungsverbot nach § 3 Mutterschutzgesetz“ würde mich in jeder Weise exkulpieren.

Die ans Amt für Arbeitsschutz verwiesene Patientin kam nach ihrem Gespräch mit diesem triumphierend in die Praxis und fragte lächelnd, was denn nun mit dem Beschäftigungsverbot sei. Nach den Belehrungen des Amtes für Arbeitsschutz versprach ich ihr natürlich, nach Ablauf der Krankschreibung (nur um mich nicht korrigieren zu müssen) sofort ein Beschäftigungsverbot auszusprechen, was ich auch tat.

Ich werde nicht wieder versuchen, eine Schwangere von einem Beschäftigungsverbot abzubringen. Unter diesem Aspekt erübrigt sich auch die unsinnige Beantwortung der notwendigen Krankenkassenanfragen.

Das Mutterschutzgesetz ist gut gemeint und natürlich notwendig. Aber es setzt guten Willen und Humanität voraus – und an beidem mangelt es. Sowohl die Krankenkassen als auch die Arbeitgeber und eine erhebliche Zahl Schwangerer drängen uns zu einem Beschäftigungsverbot. Das Amt für Arbeitsschutz ist uns dabei keine Hilfe. Wir sind offenbar das medizinische und soziale Gewissen der Nation. Wir regeln alles und erwarten eigentlich nichts, denn wir sind ja ausschließlich der Humanität verpflichtet!

„Ist eine Verbesserung des Befindens der Schwangeren von einem Beschäftigungsverbot zu erwarten?“ Wenn dies die alleinige Entscheidungsgrundlage für das Aussprechen eines Beschäftigungsverbot ist, kann man nur sagen: Herzlichen Glückwunsch! Anders als bei der KITA-Frage haben wir es so ohne große politische Auseinandersetzung durch die Hintertür geschafft, die Schwangerschaften zu sozialisieren. Als ich bei meinem Telefonat mit dem Amt für Arbeitsschutz den Einwand wagte, eine solche Regelung wäre volkswirtschaftlich ungemein teuer, wurde mir erklärt, dass von den Kosten ja keiner betroffen wäre, da diese aus einem Fond beglichen würden.

Aber: Woher kommt wohl das Geld für diesen Fond?

Dr. Helmut Weser, Hamburg

## ÄRZTEKAMMER HAMBURG

### 306. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 306. Sitzung der Delegiertenversammlung findet am

Montag, 15. Juni 2009, 20 Uhr,  
in den Räumen des Ärztehauses statt.

Auf der Tagesordnung steht u. a. der Jahresbericht des Versorgungswerkes 2008, der Jahresabschluss 2008 der Ärztekammer Hamburg, Nachwahl von ehrenamtlichen Richtern für das Hamburgische Berufsgericht für die Heilberufe und die Nachwahl von Prüfern/Fachbeisitzern.

### Erratum

In häb 5/09 in der Tabelle „Zulassung von Weiterbildungsstätten“ auf S. 40 ist der Name „Dr. Evelyn Esser“ falsch. Korrekt lautet die Angabe:  
Name, Anschrift: Dr. Evelyn Lesser, Bergedorfer Straße 105, 21029 HH  
Bezeichnung: Kinder- und Jugendmedizin  
Beginn: 17.10.2008

## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

### Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

#### Hausärzte

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin in 22305 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 61/09 HA*

Ein Praktischer Arzt in 22049 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 62/09 HA*

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 22587 Hamburg hat eine Praktische Ärztin mit Ablauf des 31.12.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 63/09 HA*

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22149 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 64/09 HA*

#### Augenheilkunde

Ein Facharzt für Augenheilkunde in 22391 Hamburg hat mit Ablauf des 30.09.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 65/09 AU*

#### Kinderheilkunde

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 22111 Hamburg hat eine Fachärztin für Kinderheilkunde mit Ablauf des 30.09.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 66/09 K*

#### Ärztliche Psychotherapeuten

Eine Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin in 20259 Hamburg

hat mit Ablauf des 31.12.2009 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 67/09 ÄPSY*

#### Psychologische Psychotherapeuten

Eine Psychologische Psychotherapeutin (Tiefenpsychologie) in 20144 Hamburg hat mit Ablauf des 30.09.2009 auf ihre vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.

*Kennziffer: 68/09 PSY*

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **30. Juni 2009** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Diese Unterlagen werden den ausscheidenden Vertragsärzten, den verbleibenden Ärzten sowie der ausscheidenden Vertragspsychotherapeutin zur Verfügung gestellt.

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Steinmann, Tel. 0 40 / 2 28 02-3 26.

#### AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass der AIDS-Arbeitskreis in den Monaten Juni bis August 2009 wegen der Sommerpause entfällt.

Ab September 2009 findet der AIDS Arbeitskreis wieder wie gewohnt statt.

Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 22802-571.

#### Personelle Veränderungen bei den Obleuten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hier: Wahl im Kreis 3

Zu den im Hamburger Ärzteblatt, Heft 7-8 2004, veröffentlichten Aufstellungen der Kreisobleute wird hiermit folgende Änderung/Ergänzung bekanntgegeben:

Kreis 3

Herr Dr. med. Jürgen Volkmer hat seine Tätigkeit als Obmann des Kreises 3 der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg beendet.

In der gemäß § 85 der Satzung der KVH durchgeführten Nachwahl ist als neuer Obmann

Herr Dr. med. Christian Trabant, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Eppendorfer Weg 277, 20251 Hamburg, gewählt worden.

Der Landeswahlausschuss  
Dr. med. Peter Koch  
Landeswahlleiter

#### Personelle Veränderungen bei den Mitgliedern der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für die Amtsperiode von 2005 bis 2010

Zu den bisher veröffentlichten Aufstellungen der Vertreterversammlung wird hiermit folgende Änderung bekanntgegeben:

Herr Dr. med. Carlos Keller ist mit sofortiger Wirkung aus der Vertreterversammlung ausgeschieden. Für ihn rückt der Stellvertreter Dr. med. Klaus-Otto Allmeling nach.

Für Herrn Dr. Allmeling ist von den bisher nicht berücksichtigten Bewerbern mit sofortiger Wirkung Herr Dr. med. Hans-Albrecht Freiherr von Waldenfels als Stellvertreter für Herrn Dr. Allmeling eingerückt.

Der Landeswahlausschuss  
Dr. med. Peter Koch  
Landeswahlleiter

#### 1. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 26.11.2008

Nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens finden Sie den 1. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 26. November 2008 auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter:

[www.kvvh.net](http://www.kvvh.net) → **Amtliche Veröffentlichungen.**

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, den Text dort einzusehen, wenden Sie sich bitte an unser Infocenter, damit man Ihnen den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung stellt.

*Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.*

**Ansprechpartner:**  
**Infocenter, Tel.: 22 802-900**

# Mitteilungen

## GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

### Zulassungen von Ärzten/Ärztinnen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten – Hamburg – hat nachfolgende Ärztinnen/Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

	Ortsteil
<b>Fachärzte für Allgemeinmedizin</b> Dr. med. Andreas Bensing Genc Shala	Bergstedt Heimfeld
<b>Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin</b> Dr. med. Ulrich Peschel	St. Georg
<b>Facharzt für Neurologie und Psychiatrie</b> Dr. med. Justus Engelhardt	Poppenbüttel
<b>Fachärztin für Neurologie und Fachärztin für Psychiatrie</b> Dr. med. Andrea Neumann	Ottensen

	Ortsteil
<b>Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie</b> Dr. med. Ingo Müller	Winterhude
<b>Zulassungen gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie</b>	
<b>Facharzt für Urologie</b> Dr. med. Jörg Kuhlmann	Lohbrügge

### Ermächtigte Ärzte / Ärztinnen / Institutionen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Ärzte/Institutionen zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt:

Ausführende(r)	Krankenhausanschrift	Umfang der Tätigkeit
<b>Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Niemeyer</b>	Lohmühlenstraße 5 20099 Hamburg Tel.: 18 18 85 21 10 Fax: 18 18 85 30 79	konsiliarische Beratung und Untersuchung von Patienten mit destruktiven Wirbelsäulenprozessen und ggf. einschließlich unmittelbar notwendiger weiterer diagnostischer und therapeutischer Leistungen auf Überweisung durch Chirurgen, Orthopäden und Vertragsärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen.

Bitte beachten: Bei Überweisungen an ermächtigte Ärzte ist der jeweils ermächtigte Arzt namentlich zu benennen.  
Eine Überweisung an das Krankenhaus ist in diesen Fällen nicht zulässig.

### Sonderbedarfszulassungen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat folgende Ärzte im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

Ausführende(r)	Anschrift	Umfang der Tätigkeit
<b>Dr. med. Claudia Reichel Fachärztin für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie</b>	im MVZ Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg Woldsenweg 3 20249 Hamburg Tel.: 48 77 17; FAX: 46 88 22 25	Leistungen im Rahmen der speziellen Schmerztherapie.

### 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>MVZ – Hamburg Nord</b> Ärztl. Leitung: Dr. med. Michael Schürmann	Stornarnplatz 8 22393 Hamburg Tel. 040/ 63 64 44 10 FAX: 040/ 63 64 44 11	Kinderheilkunde Praktische Ärztin



## Unsere Daten

- Das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg ist Mitglied der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken. Die VBKG besteht aus 14 Unfallkliniken, Kliniken für Berufskrankheiten und Unfallbehandlungsstellen. Träger sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften
- Unser Haus verfügt über 9 Fachabteilungen und ca. 1.220 Planstellen
- Die Ausstattung unseres Hauses ist hoch modern und entspricht den neuesten technischen Standards

## Wir suchen

für unser **Zentrum für Rehabilitationsmedizin – Bereich fachübergreifende Frührehabilitation** zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

### Assistenzarzt (m/w)

mit 42,0 Stunden in der Woche, unbefristet

und im Bereich ambulante Rehabilitation sowie Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

### Assistenzarzt (m/w)

in Teilzeit mit max. 21,0 Stunden in der Woche, unbefristet

Das Konzept der Abteilung ist der frühestmögliche Beginn der Rehabilitation schon auf der Intensivstation und die nahtlose Fortsetzung auf einer eigenständigen Station parallel zu den akutmedizinisch noch notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

## Ihre Aufgaben

- Mitarbeit entsprechend des Konzeptes der indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus bzw. Ärztliche Versorgung der Patienten im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren
- Aktive Zusammenarbeit im multidisziplinären Team

## Ihr Profil

- Interesse am Umgang mit Schwerbetroffenen und mindestens 1-jährige Erfahrung im Stationsdienst (wünschenswert Innere Medizin oder Neurologie)
- Wünschenswert für ambulante Rehabilitation ist eine abgeschlossene Facharztausbildung auf dem Gebiet Chirurgie/Unfallchirurgie oder Orthopädie
- Anstreben der Facharzt-/Gebietsbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Vergütung: Ä1 – Ä2 TV-Ärzte VBKG

Für Fragen steht Ihnen der Leitende Arzt der Abteilung, Herr Dr. Glaesener, unter der Rufnummer 040/7306-2810 gern zur Verfügung.

## Ihre Bewerbung

richten Sie bitte bis zum **30.06.2009** an unsere Personalabteilung.

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



Das Albertinen-Diakoniewerk e.V. betreibt in der Albertinen-Gruppe das Albertinen-Krankenhaus, das Albertinen-Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie) sowie das Evangelische Amalie Sieveking-Krankenhaus, das Richard Remè-Haus, die Residenz Wohnpark am Wiesenpark und versorgt als drittgrößter Gesundheitsdienstleister in Hamburg mit seinen über 2.400 Mitarbeitern mehr als 34.000 stationäre und ca. 37.000 ambulante Patienten. Zur Albertinen-Gruppe gehören darüber hinaus ein Blutspendedienst, eine zentrale Ausbildungsstätte für die generalisierte Pflegeausbildung, zwei ambulante Pflegedienste, eine Akademie für Weiter- und Fortbildung, zwei Kindertagesstätten sowie weitere Einrichtungen für Patienten und Mitarbeiter.

Das **Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus**, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg, ist ein modern ausgestattetes Krankenhaus im Nordosten von Hamburg. Wir versorgen ca. 12.000 stationäre und über 14.000 ambulante Patienten. Wir nehmen uneingeschränkt an der Not- und Unfallaufnahme teil. Dem Krankenhaus angegliedert ist ein Medizinzentrum mit zahlreichen Arztpraxen, mit denen eine enge Kooperation (z.T. Gerätegemeinschaft) besteht. Wir sehen in der Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungsangeboten einen wichtigen Schwerpunkt.

Wir suchen per sofort oder später für die diagnostische Radiologie eine/n

## Ärztin/Arzt für Rufbereitschaftsdienste

### Sind Sie interessiert?

Dann rufen Sie uns unter  
Telefon: 040 644 11 270  
(Chefarzt Dr. med. E. May) an  
oder schicken uns Ihre Bewerbungsunterlagen.

Evangelisches Amalie  
Sieveking-Krankenhaus

albertinen<sup>†</sup>  
in besten Händen

Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gemeinnützige GmbH  
Herrn Dr. May · Chefarzt Radiologische Abteilung  
Haselkamp 33 · 22359 Hamburg · www.amalie.de

kfhh: KLINISCHE  
FORSCHUNG  
HAMBURG



Die Klinische Forschung Hamburg GmbH ist ein mittelständisches Forschungsunternehmen, spezialisiert auf die Durchführung klinischer Arzneimittelstudien. Für diesen Aufgabenbereich suchen wir eine/n

## Arzt / Ärztin

(z.B. Internist/in,  
Allgemeinmediziner/in, Neurologe/in)  
auf Vollzeitbasis

Wir bieten eine abwechslungsreiche, verantwortungsvolle Tätigkeit mit intensivem Patientenkontakt in einem qualifizierten Team. Studienerfahrung, gute Englischkenntnisse sowie Kenntnisse in MS Office sind von Vorteil.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an:

**Klinische Forschung Hamburg GmbH**

z. Hd. Herrn Dr. med. R. Lehmann  
Hoheluftchaussee 18  
20253 Hamburg

Tel. 040 - 46 07 63 0

www.kfhh.de

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie  
telefonisch unter: **0 40/29 80 03-0**

Per E-Mail ist das auch möglich:  
**info@wels-verlag.de**

HÄMATOLOGISCH-  
ONKOLOGISCHE  
PRAXIS ALTONA

**Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona mit großer ambulanter Tagesstation angesiedelt in interdisziplinärem Ärztehaus sucht Weiterbildungsassistenten/-in**

WB-Ermächtigungen in Innerer Medizin, Hämatologie/Onkologie, Gyn. Onkologie, Palliativmedizin und Labormedizin sind vorhanden. Gute Perspektive auf spätere Festanstellung.

Zuschriften erbeten unter HOPA Hamburg, z. Hd. Fr. Roelke, Mörkenstraße 47, 22767 Hamburg  
info@hopa-hamburg.de

Die chirurgische Abteilung (CA Dr. Reinhold, Telefon: 0 40/7 52 05-225) sucht ab sofort eine/n

**Assistenzarzt/Assistentenärztin für Bereitschaftsdienste.**

Eine spätere Festanstellung ist möglich. Die Vergütung ist derzeit angelehnt an die AVR-C.

**Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand Personalabteilung, Frau Reinhard  
Groß-Sand 3  
21107 Hamburg  
Mail: m.reinhard@gross-sand.de**

**Allgemeinmedizin  
Weiterbildungsassistentin/ten  
zum 1. Juli 2009  
gesucht.** (max. 24 Monate)  
**Faire Bezahlung/  
angenehme Patienten  
nettes Team/breites Spektrum/  
Spaß bei der Arbeit  
GMP Norderstedt/Eggert-Benson  
Kontakt: 01 72-9 69 97 69**

**Nervenarzt in Hamburg**  
sucht Kollegin/Kollegen für Mitarbeiter  
in der Praxis für  
**Neurologie u. Psychiatrie**  
Bewerbungen per E-Mail an:  
nervenarzt-hamburg@arcor.de oder  
Zuschr. erb. unter L 5928 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Gr. Kinderarztpraxis sucht ab. 1.9.  
**Allg.Med. in Weiterbildung**  
Dr. A. Teske, Tel. (0 40) 70 01 07 80

Für unseren Blutspendedienst suchen wir  
**eine Ärztin/einen Arzt auf Honorar-Basis.**  
Hauptaufgabe ist die Untersuchung und Freigabe der Blutspender/innen.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:  
**ASB Sozialeinrichtung (Hamburg) GmbH, Blutspendedienst  
z. Hd. Herrn Thomas Ulbrich  
Schäferkampsallee 29, 20357 Hamburg**

**Kinderarzt/-ärztin**

Teilzeitmitarbeit in Praxis HH-West gesucht. WBE liegt vor.  
Zuschr. erb. unter N 5976 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Große operative Gemeinschaftspraxis  
in bester Lage sucht  
**Augen-Facharzt/-ärztin**  
sowie fortgeschr. Weiterbildungsassis-  
tenten/-in, auch Teilzeit.  
Zuschr. erb. unter A 5958 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Große Kinderarztpraxis**

mit Spezialgebiet sucht: Kinderärztin/  
-arzt, Teil- oder Vollzeit; spätere Teil-  
habe möglich.  
Zuschr. erb. unter C 5962 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Akupunktur – Ärztin/Arzt**

im Süden von HH gesucht. TZ, variable  
AZ möglich: corax@hallo.ms

Zur Verstärkung unseres Teams  
suchen wir im Großraum Hamburg

**Ärzte mit  
Notarztqualifikation  
Allgemeinmediziner**

**Orthopäden, Kinderärzte**

sowie sonstige Fachärzte

Informationen unter:  
Telefon: 0 89/62 98 61-68 oder  
<http://www.aprimed.de>

**aPRImed**  
privatärztlicher Hausbesuchsdienst

**WB-Assistent/in Orthopädie Hamburg**

von Gemeinschaftspraxis für operative Orthopädie,  
Schwerpunkt Arthroskopische Chirurgie, Endoprothetik,  
Sporttraumatologie, Akupunktur (TCM), per sofort gesucht.  
3 Belegabteilungen, WBE: 1 Jahr Praxis, 3 Jahre Klinik.

Info: [www.arthro-clinic.de](http://www.arthro-clinic.de)

**Bewerbung: Dres. Jensen, Jensen, Bongaerts, Lewing, Himmelspach  
Rahlstedter Bahnhofstraße 7a  
22143 Hamburg  
Tel. 040/67 56 29 30**

**Weiterbildungsassistent/in Nephrologie**

zum 1. November 2009 gesucht. Teilzeit möglich.

WB-Berechtigung für 18 Monate vorhanden.

Gemeinschaftspraxis mit nephrologischer Ambulanz, Dialyse,  
Transplantationsambulanz, Krankenhausanbindung  
**Dres. H. Wilms und St. Mees • Walddörfer-Dialyse  
info@walddoerfer-dialyse.de • Tel. 0 40/6 00 15 13**

**„3 in 1“ - Akupunktur-Weiterbildung**  
Kurse unter südlicher Sonne, AK anerkt.  
[www.gsa-akupunktur.de](http://www.gsa-akupunktur.de)  
Infos: **09331-87400**

**Wir suchen in Hamburg**

(Fach)Ärzte zur Rechnungsprüfung  
(GOÄ/DRG u.a.) und Begutachtung.  
Die Aufgabe eignet sich hervorragend  
für eine nebenberufliche Tätigkeit  
oder auch in der Rente.  
Zuschr. erb. unter M 5929 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Krankenhaus Salzhause**  
(35 km südl. von Hamburg)

**Arzt für interdisziplinäre  
Bereitschaftsdienste**

gesucht (m/w).

Telefon: **04172 / 96 62 10**

Email:  
[u.magdeburg@krankenhaus-salzhause.de](mailto:u.magdeburg@krankenhaus-salzhause.de)

**Notärztin /-arzt NAW/ITW**

für Hamburger Intensivmobil auf Honorarbasis gesucht.  
Sie verfügen über umfangreiche intensiv- und notfallmed. Kenntnisse  
(Facharzt oder letztes Weiterbildungsjahr).

Unterstützen Sie unser erfahrenes Team und bewerben Sie sich bei  
**Herrn Theune, ASB Sozialeinrichtung GmbH, Schäferkampsallee 29,  
20357 Hamburg, Tel. 0 40/83 39 81 98**

**Krankenhaus Jerusalem**  
HAMBURG

Wir suchen baldmöglichst eine/n

**Assistenzärztin/Arzt** mit Chirurgie-Kenntnissen  
zur Besetzung einer Teilzeitstelle mit 19,25 Stunden/Woche.

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an unsere Personalabteilung.

Krankenhaus Jerusalem GmbH  
Moorkamp 2-6 20357 Hamburg  
[www.krankenhaus-jerusalem.de](http://www.krankenhaus-jerusalem.de)

Telefon 040/44 190-254  
Telefax 040/410 69 73  
personal@krankenhaus-jerusalem.de

Wir helfen Ihnen von Herzen gern.

### Kinderarzt/Kinderärztin gesucht

Der Stadtteil Hamburg-Steilshoop hat ca. 20.000 Einwohner und rd. 4.000 Kinder. Ein Sitz des Kinderarztes/der Kinderärztin wird von der Kassenärztlichen Vereinigung in Hamburg befürwortet und von den Einwohnern unterstützt. Eine Praxis steht in einem Ärztehaus mit Apotheke zur Verfügung. Alle in Steilshoop freuen sich auf Sie und empfangen Sie mit offenen Armen. Greifen Sie zu! Nehmen Sie Kontakt mit uns auf und/oder vereinbaren Sie einen Termin mit uns.

EKZ Hamburg-Steilshoop/Herr Löb  
Tel.: 0 40/25 48 85 20  
Mobil: 01 71/2 64 94 87  
verwaltung@ekz-steilshoop.de  
Schreyerring 26 • 22309 Hamburg

### Biete Ass.Arztstelle,

TZ m. Steigerungsmögl., in Prax. für Allg., Homöop. u. NHF in HH-Altona; Voraussetzung: AFA + Zusatztitel Homöo. u./o. Akup. Tel. (0 40) 39 90 73 77

### Diabetesschwerpunktpraxis

in HH sucht Diabetologe/in zur Mitarbeit in Voll- oder Teilzeit ab sofort. Zuschr. erb. unter P 5933 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

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

## Nephrologe / Nephrologin für MVZ in Hamburg gesucht

Die MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung ist eine gemeinnützige Tochtergesellschaft der Stiftung Patienten-Heimversorgung (PHV) mit Sitz in Bad Homburg.

Als gemeinnützige Organisation engagiert sich die PHV seit mehr als 30 Jahren in der Dialyseversorgung und gehört heute mit 84 Dialysezentren zu den führenden Dialyseanbietern in Deutschland. Die MVZ GmbH der PHV hat das Ziel, das öffentliche Gesundheitswesen durch die Errichtung und den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren weiter zu fördern und auszubauen.

### Für eine MVZ-Gründung in Hamburg suchen wir zum 1. Januar 2010 eine / n Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin / Nephrologie in Festanstellung (Vollzeit).

Als Arzt / Ärztin profitieren Sie von allen Vorteilen eines MVZ, z. B. kümmern wir uns um Ihre Praxisräume, die Bereitstellung von Arzthelfer / innen und um Fragen der Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Ihre ärztliche Entscheidungsfreiheit in medizinischen Fragen ist jederzeit gegeben.

Wenn es Ihr Ziel ist, selbständig und eigenverantwortlich zu arbeiten ohne die finanziellen Risiken einer Niederlassung zu tragen, dann ist unser Modell genau das richtige für Sie. Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben, schicken Sie bitte Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellungen an:

MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung  
z. H. Ulf Rittelmeyer  
Nehringstraße 17, 61352 Bad Homburg v.d.H.  
Tel. 0 61 72 / 127 - 244, [rittelmeyer.ulf@phv-dialyse.de](mailto:rittelmeyer.ulf@phv-dialyse.de)

 **MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung**  
Die Medizinischen Versorgungszentren der PHV

### Weiterbildungsassistent/-in

Allgem. Medizin gesucht Gemeinschaftspraxis mit breitem Spektrum im Osten von Hamburg freut sich auf Sie ab dem 01.08.2009, Tel. (0 40) 653 33 44, Fax: 653 95 05

### Stellengesuche

#### Prom. Assistenzärztin,

4. WBJ Innere/Allgem., sucht Stelle in Klinik/Praxis ab 01.09.2009. Zuschr. erb. unter S 5946 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

#### Interventioneller Radiologe

(47), z. Zt. als Chefarzt unbefristet im Norden Hamburgs beschäftigt, sucht neues Betätigungsfeld. Gerne auch als Praxiskooperation. Zuschr. erb. unter B 5959 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Ambulantes Operieren

#### Erfahrener Anästhesist

übern. amb. Narkose/Analgesed. in Praxis und Klinik. Tel.: (0 41 01) 820 07 19

### Balint-Gruppe

#### Balint-Gruppe

Platz frei in neuer akkreditierter Gruppe, 14-tägig, Di. 19:30–21:00 Uhr Tel. (0 40) 603 42 43

#### Balint-Gruppe in Altona

Tel.: 431 830 40  
[www.arnhild-uhlich.de](http://www.arnhild-uhlich.de)

## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

### Dringend gesucht: Orthopäde u./o. Unf.-Chirurg

auch als WB-Assistent  
[www.orthopaedie-elbchaussee.de](http://www.orthopaedie-elbchaussee.de)  
email: [info@praxis-drlange.de](mailto:info@praxis-drlange.de)

### FA f. Allgmed. mit KV-Sitz

sucht Möglichkeiten der Kooperation in Allg.-Praxis in HH, Tel. unter (01 79) 484 25 91 erbeten.

### Gyn. FÄ gesucht

von überörtlicher Frauenarztpraxis in Vollzeit- oder Halbtagsstelle in Hamburg. KV-Sitz vorhanden. Zuschr. erb. unter O 5994 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Ärztin in fortg. Ausbildg.

Psychosom. Med. sucht WB-Stelle in internist. Praxis, Tel. 850 61 84

### Dermatologische Praxis

sucht Kollegen/-in zur Mitarbeit in Teilzeit, Tel. 649 410 38.

GP Allgemeinmed. in NMS sucht Partner ab 1.10.2009, hoher Privatanteil, auch zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit möglich. [promedis.ag](http://promedis.ag); 04340 402811

### Urologe mit eigenem KV-Sitz (HH)

sucht neues Betätigungsfeld. Zuschr. erb. unter O 5931 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Kinderärztin/Kinderarzt od.

Kollegin/Kollege mit fortgeschrittener Weiterbildung zur langfristigen Mitarbeit in kinderärztlicher Praxisgemeinschaft gesucht, Tel. (01 76) 240 195 25

### Psychol. PT (37 J., VT) su.

Raum und ggf. Kooperation in hausärztl., allgem. (o. ä) Praxis in Eppendorf, Harvestehude, Rotherbaum. Zuschr. erb. unter J 5975 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### FA oder FÄ mit Kompetenz Kardiographie

2–4 Std./Wo. ab sofort für Praxis in Hamburg Nord/Nordost gesucht. Zuschr. erb. unter E 5966 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Leitende/r Ärztin/Arzt

ges.; Partner-Teilhaberschaft wird geboten: Med. Zentrum mit div. Abteilungen. EAP-Park, Bewegungshallenbad, Physio-Team, präventionsmed. Fitness, medizinische Saunen, Arztpraxis, Ärztl. Beratungsstelle Hohes Einkommen + Vermögensbildung  
Siehe: [www.accina-med.de](http://www.accina-med.de)

### Nachfolge-Partnerschaft

für internistisch-kardiologische Privatpraxis gesucht. Zuschr. erb. unter W 5950 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Medizinrecht

[www.as-law.de](http://www.as-law.de)

### Rechtsanwälte

### Kollege/Kollegin Orthopädie/Unfallchirurgie

zur Entlastung in unserer BAG mit mehreren Standorten in Hamburg gesucht

Zuschrift erbeten unter L 5980 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Diabetologin/Diabetologe

von Diabetesschwerpunktpraxis in HH halbtags oder ganztags ab Oktober 2009 oder später gesucht. Zuschr. erb. unter X 5951 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Vertretungen

Aufgeschlossenes Praxisteam sucht

### Urlaubsvertreter/in für neurologisch-psychiatrische

Gemeinschaftspraxis in Buchholz i. d. Nordheide per sofort.

Telefon: 0 41 81 / 1 37 79-01  
Dres. Dee / Gößling / Hoge

## KV-Sitz

### Nervenarzt sucht Kassensitz

E-Mail: nervenarzt-hamburg@gmx.de  
Zuschr. erb. unter N 5930 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Suche halben oder ganzen PP-Sitz in Hamburg.

Zuschr. erb. unter R 5945 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Praktische Ärzte sucht KV-Sitz

Zuschr. erb. unter Y 5953 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Psychol. Psychotherapeut VT sucht Kassensitz in Hamburg.

Zuschr. erb. unter I 5974 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### KV-Sitz Nervenarzt

zum Erwerb gesucht von niedergel. ärztl. Psychother. zwecks Gründung eines MVZ (kein Gesundheitskonzern!). Angebote an: mvzpt@yahoo.de

### Gynäkologe

gibt Praxis und KV-Sitz ab, gerne an MVZ.  
Zuschr. erb. unter P 5996 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisabgabe

**Stadt am Meer: Eckernförde**  
Hausärztlich Internistische Praxis mit hohem Privatanteil abzugeben.  
**promedis ag ; 04340 402811**

**„3 in 1“ - Akupunktur-Weiterbildung**  
Kurse unter südlicher Sonne, AK anerkt.  
  
[www.gsa-akupunktur.de](http://www.gsa-akupunktur.de)  
Infos: **09331-87400**

### Wedel/HH-Elbvororte

Nachf. für Nervenarztpraxis (in Praxisgem.) gesu., seit 1977 best., sehr gut eingef., hoher Privatanteil, 2 Kons.Krhrs, SP Parkinson.  
Zuschr. erb. unter G 5971 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Etablierte Praxis, gute

Ausstattung und Lage (Psychiatrie, München) an geeigneten Nachfolger abzugeben. Flexibilität bzgl. Termin, Übergangszeit, Einarbeitung etc. ist vorhanden.  
Zuschr. erb. unter H 5972 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Allgemein Praxis Hamburg-Barmbek

dennächst abzugeben.  
Zuschr. erb. unter T 5947 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Praxis für Allgemeinmedizin

in Hamburg-West zum 31.12.2009, früher ginge auch, abzugeben.  
Zuschr. erb. unter U 5948 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in HH-Ost

sucht zum 01.01.2010 Nachfolgepartner/in, auch Teilzeit möglich.  
Zuschr. erb. unter Z 5954 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Internistische Hausarztpraxis

(auch an FA Allgemeinmedizin) mit hohem Privatanteil in Hamburg (Nordwesten) in 2009 abzugeben.  
Zuschr. erb. unter D 5965 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Moderne Allgemeinpraxis

zu 2010 in Altona aus privaten Gründen zu verkaufen.  
Zuschr. erb. unter F 5967 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisübernahme

### Suche KV-Sitz Dermatologie

Hautarztpraxis zur Übernahme.  
Zuschr. erb. unter V 5949 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisübernahme/ Praxisabgabe

### KV-Zul. Kinderheilkunde

auch mit fortzuführender Praxis von niedergel. Kollegen gesucht, Tel. (01 76) 24 01 95 25

### PA gyn. Einzelpraxis

Gut aufgestellte gynäkologische Einzelpraxis mit Potential (westl. Stadtrand HH/KV S-H) mit 2 Behandlungszimmern in zentraler Lage ab II. Quartal 2010 abzugeben. Sandra Schurwanz, Tel. (01 72) 434 41 02.

### Ertragsstarke hausärztliche

Gemeinschaftspraxis im Bereich nördl. Ostsee (Schlei-Region) sucht für altersbed. ausscheidenden Partner einen Nachfolger.  
[www.praxis-schneider-fischer.de](http://www.praxis-schneider-fischer.de)  
[schleiarzte@googlemail.com](mailto:schleiarzte@googlemail.com)

### Wir suchen Praxisabgeber und Kooperationspartner

in folgenden Fachbereichen: Gynäkologie, Chirurgie, Orthopädie, Fachärztl. Internisten, Urologie, Anästhesie, Nephrologie, Radiologie, Labormedizin. Diskretion und Flexibilität versteht sich von selbst.  
Zuschr. erb. unter M 5982 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisräume

### Praxisraum gesucht

für Gutachtentätigkeit mit Möglichkeit zu gelegentlichem Röntgen.  
Zuschr. erb. unter Q 5935 an Hamb.  
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Homöopat. Allg.Ärztin sucht

Praxisraum, Kollegen etc. in Ärztezentrum in Eimsbüttel Tel. (01 70) 272 18 90

### AEZ Poppenbüttel Bestlage

Praxisräume von Privat zu mieten/kaufen, 273 m<sup>2</sup>, auch teilbar. Aufzug, Bus/S-Bahn, Tel. (0 40) 607 14 09

### Hamburg-Rahlstedt

Repräsentative Büroräume, ca. 200 m<sup>2</sup>, EG – zu vermieten. Lage ruhig, aber dennoch zentral in unmittelbarer Nähe zum S-Bahnhof und ZOB. Geeignet für alle medizinischen Praxen und Gemeinschaftspraxen, sowie als Tagesklinik. Stellplätze vorhanden. ERNA TIEDGEN KG IVD-Makler, Tel. 67 37 08-80

### Ärztelhaus Hamburg-Barmbek

Bauvorhaben Barmbeker Markt 8 – 4 Geschosse, ca. 1000 m<sup>2</sup>, Mieter oder Anleger gesucht, Ärzte/Apotheker, Tel. 78 96 93 93, E-Mail: [thiede@cyxx.de](mailto:thiede@cyxx.de)

### Suchen Sie das Besondere?

Schöne Seminarräume, 120 m<sup>2</sup>, mit Einbeziehung des Gartens, in Villa (Nähe S-Bahnhof Blankenese) am Wochenende, zu vermieten. Handy: (01 60) 90 95 55 28

## Neubau Ärztehaus am ZOB in Buxtehude

- Repräsentatives Ärztehaus vor den Toren Hamburgs, mitten im Buxtehuder Zentrum, bietet helle, freundliche Praxisräume von 100 bis 300 m<sup>2</sup> an.
- Ärzte mit folgenden Fachrichtungen bereits vorhanden: Kieferorthopädie, Zahnmedizinisches Zentrum mit Kieferchirurgie und Dentallabor, Kinder- und Jugendärztin, Augenarzt, Internist/Diabetologie, Naturheilpraxis, Praxis für Physiotherapie.
- Außerdem im Erdgeschoss des Hauses: Apotheke, Hörakustiker, Krankenkasse und ein Café.
- Verkehrsgünstige Lage, stark frequentierte Bushaltestelle vor dem Eingang
- Bezug nach Vereinbarung

Buxtehude ist eine stark wachsende Stadt (rd. 40.000 Einwohner), die durch den neuen S-Bahn-Anschluss und die damit verbundene schnelle Verbindung zur Metropolregion Hamburg und nach Stade weiter an Attraktivität hinzugewonnen hat.

Eine hohe Lebensqualität garantieren auch die historische Altstadt, der expandierende Wirtschaftsstandort sowie die Nähe zum Alten Land.

### Ihr Ansprechpartner für weitere Informationen:

Sven Geertz, Geschäftsführer der HBI Hausbau-Immobilien-Gesellschaft mbH  
Telefon: 0 41 63 – 90 09 55 oder per E-Mail: [s.geertz@hbi-immo-gmbh.de](mailto:s.geertz@hbi-immo-gmbh.de)



### Repräsentativer Praxisraum

für Psychotherapeutin, KG, oder Logopädin ab September 2009 in Rahlstedt zu vermieten. Anbindung an privatärztl. orth. und gyn. Praxis. Tel.: (01 79) 619 65 23

### Praxisraum im Zentrum

28 m<sup>2</sup> in orthopädisch-chirurgischer Privatpraxis, Tel. 43 09 55 18

### Schöne, helle Praxisräume

in HH-Eppendorf, Falkenried 88, Centrum für innovative Medizin, ideal für Psychotherapie oder Gynäkologie zur Mitnutzung 3–4 Tage/Woche. Tel.: (0 40) 46 85 87 00

### Hamburg Billstedt

Praxisräume evtl. für FA für Kinder- und Jugendpsych. in zentr. Lage (gute Verkehrsabn.), 80–120 m<sup>2</sup>, 1.OG mit Fahrst. – als Gemeinschaftspraxis sehr geeignet – ab sofort oder später günstig zu vermieten, Tel. 732 20 00.

Anzeigen-  
annahmeschluss  
für die  
Juli/August-Ausgabe  
ist am  
**20. Juni 2009**



**Attraktive** gewerbliche Fläche **provisionsfrei** in guter Lage in Hamburg-Eidelstedt mit ca. **263 m<sup>3</sup>** zu vermieten. Weitere Ärzte (Zahnarzt, große ambulante chirurgische Praxis) sowie gesundheitsnahe Dienstleister im Haus. Fläche flexibel gestaltbar.

Ansprechpartner: Herr Hof • Tel.: 0 69/4 78 61 99 70  
E-Mail: [u.hof@tricadis.de](mailto:u.hof@tricadis.de)

## Immobilien

### Lemsahl – Mellingstedt

repr. NB-DHH, ca. 173 m<sup>2</sup> WFL./NFL., Grdst: ca. 430 m<sup>2</sup>, geh. Ausstg., unabh. v. Öl + Gas d. KFW 40-Bauw., Schlüsself. dir. v. BH., auch Arzt-Praxis mögl., Fertigst. ca. Nov. 09, 398.000,-€ Tel.: (01 73) 607 96 55

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie telefonisch unter:  
**0 40/29 80 03-0**

Per E-Mail ist das auch möglich:  
[info@wels-verlag.de](mailto:info@wels-verlag.de)

### Sie suchen Praxisräume in einem modernen Ärztehaus?

Dann mieten Sie sich ein, im Hofquartier in Hamm-Nord, Carl-Petersen-Str. 101. Nutzen Sie die Synergien und besseren Marketingmöglichkeiten als Chance, sich optimal auf die Änderungen im Gesundheitswesen einzustellen.

### Folgende Fachrichtungen sind bereits vorhanden:

Allgemeinmedizin – HNO – Kardiologie – Zahnmedizin

Eine Apotheke im Erdgeschoss rundet das Angebot für eine optimale Patientenversorgung ab.

### Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann rufen Sie uns doch an oder klicken Sie mal rein! [www.promedis.de](http://www.promedis.de)

**promedis**

Entscheidung für Ihre finanzielle Gesundheitsvorsorge!

**04340-402811** oder [info@promedis.de](mailto:info@promedis.de)

## Coaching

KARIN WEIST **COACHING**

professionelles Einzelcoaching für Ärzte

[www.karinweistcoaching.de](http://www.karinweistcoaching.de)  
Telefon: 040-422 84 62

## Druckunterlagen am besten nur als PDF

Druckunterlagen für Anzeigen können selbstverständlich auch elektronisch angeliefert werden. Am besten als druckfähiges PDF.

## Wirtschafts- und Finanzberatung

### DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG FÜR ÄRZTE

ZUGEBEN, ES HAT SCHON BESSERE ZEITEN UND BEDINGUNGEN FÜR DIE AUSÜBUNG DES ÄRZTLICHEN BERUFES GEGEBEN. DENNOCH, AUCH DAS HEUTIGE SYSTEM BIETET CHANCEN: IMMER DANN, WENN ES GELINGT, DIE AMBITIONEN DES ARZTES MIT DEN BEDÜRFNISSEN DES PATIENTEN UNTER DEN HEUTIGEN UND DEN ZU ERWARTENDEN UMWELTBEDINGUNGEN IN EINKLANG ZU BRINGEN. DANN IST ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT SOWOHL IN IDEELLER, ALS AUCH IN MATERIELLER HINSICHT ERFOLGREICH.

WIR MÖCHTEN UND KÖNNEN SIE DABEI UNTERSTÜTZEN.

**DR. DIETER K. LANGE**  
ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
DIPLOM-BETRIEBSWIRT

DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG | ZIESENISSTRASSE 27 | 22043 HAMBURG | +49 (0)40 48 61 93  
[WWW.DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE](http://WWW.DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE) | [DR-LANGE@DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE](mailto:DR-LANGE@DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE)

## Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg 2009 – gültig bis Mitte 2010 –

herausgegeben von der ÄRZTEKAMMER HAMBURG und dem Hanseatischen Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG

Seit über 50 Jahren das unentbehrliche Nachschlagewerk für alle, die in Hamburgs Gesundheitswesen tätig sind.



### INHALT:

- über 3.900 praktizierende Ärzte
- über 1.400 Zahnärzte
- über 50 Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien mit über 4.000 Ärzten
- über 460 Apotheken
- über 1.200 Psychologische Psychotherapeuten
- Behörden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, medizinische Hilfsdienste wie Orthop. Werkstätten, Sanitätsgeschäfte
- u. v. a. m.

### BESTELLUNGEN:

Hanseatisches Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG  
Telefon: (040) 525 20 51 • Telefax: (040) 525 10 88 • Frau Alexander

Esmarchstr. 4 - 6  
23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/8813-292  
Fax: 04551/8813-228  
E-Mail: ecs@aeksh.org

**EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR**  
Berufsbildungsstätte für Arzthelferinnen der  
Ärztelkammer Schleswig-Holstein

**AUFSTIEGSFORTBILDUNGEN MIT STAATLICHER ANERKENNUNG**

- **Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen** (800 Ustd.), 13. Seminarreihe, Beginn: September 2009
- **Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung** (460 Ustd.), 30. Seminarreihe, Beginn: September 2009

**WEITERBILDUNGEN**

- **Vorbereitung auf die externe Prüfung zur OTA** (160 Ustd.), Beginn: September 2009
- **Diabetesassistentin** (184 Ustd.), 2. Seminarreihe, Beginn: September 2009

Unser gesamtes Fortbildungsprogramm finden Sie unter: [www.aeksh.de/ecs](http://www.aeksh.de/ecs)

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

Qualitätsbeauftragter  
[www.cqa.de](http://www.cqa.de)

**Trotzen Sie dem Honorar-Verlust!**  
**Extra-budgetäres Geld ...**

- NUR die Gesellschaft zum Studium der Akupunktur (GSA) bietet ÄK-anerkannt:
- Akupunktur & Sonne im November 2009
- **Anfänger:** 72 Fortbildungspunkte! Akupunktur-Weiterbildung als Mega-Kompaktkurs A,B,C (72 UE),
- **Fortgeschrittene:** 76 Fortbildungspunkte! Akupunktur-Auffrischung Puls-, Zungendiagnostik (Dr. Hammes), innere Krenkheiten, QZ und Fallkonf. (gem. QS-Vereinb.), Live-Patienten (64 UE).
- ÄK – Fortbildungspunkte inklusive!

**20. – 29.11.2009 Robinson Club NOBILIS, Türkei**  
Infos u. Buchung Tilman Touristic Tel. 09331/87400 u. [www.gsa-akupunktur.de](http://www.gsa-akupunktur.de)  
Zusätzlich: **08. – 15. August 2009 Fallseminare, Robinson Club Amadé**

**Raucherentwöhnung –  
Trainerleitfaden**  
für Ärzte und Dipl. Psychologen.  
– **WELTNEUHEIT** –  
KV-Zuschuss gemäß §20 Abs. 1 und 2  
Lizenzvertrag. E-Mail: [adabar@gmx.de](mailto:adabar@gmx.de)

**Schreibarbeiten**  
**Statistik**  
für Dissertationswiss. Arbeiten;  
Dr. Robert Laudahn, (0 15 12) 405 34 86

Anzeigenannahmeschluss für die  
Juli/August-Ausgabe ist am  
**20. Juni 2009**

Steuerberatung

**DELTA Steuerberatung**  
Bad Segeberg | Heide | Hamburg

**Steuerberatung für Ärzte  
seit über 40 Jahren**

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

**DELTA**

**MEDITaxa**  
ARBEITSKREIS FÜR  
STEUERFRAGEN DER  
HEILBERUFLER  
[www.MEDITaxa.de](http://www.MEDITaxa.de)

**Was ist die  
Praxis wert?**

**estimed**  
bewerten.bewegen

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

Mehr im Internet:  
[www.estimed.de](http://www.estimed.de)

Zum 3. Mal in Folge ausgezeichnet!

**Die Steuer-  
berater für Ärzte**

**Krumbholz König & Partner**  
Steuerberater · Rechtsanwälte

Tel. 040/554 994 0 | [info@krukoe.de](mailto:info@krukoe.de) | [www.krukoe.de](http://www.krukoe.de)

AUSGEZEICHNET  
**TOP**  
Steuerberater  
FOCUS-MONEY TEST 2008

**ETI**

**ADVIMED**  
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@eti.de](mailto:advimed-hamburg@eti.de) · [www.advimed-hamburg.de](http://www.advimed-hamburg.de)  
Mitglied in der European Tax & Law

**Die Online-Anzeigenannahme  
für Ihre Fließtextanzeigen im  
HAMBURGER ÄRZTEBLATT**  
finden Sie unter:  
[www.wels-verlag.de](http://www.wels-verlag.de)

Bestattungen

**Ertel**  
Bestattungsinstitut

20005 Hamburg Alsterufer 20, ☎ +49 40 30 96 36-0	Filialen	Barmsee Norderstedt ☎ +49 40 37 34 40	22111 Hamburg / Horn Henke Weg 222, ☎ +49 40 6 51 80 66
---	----------	---	--

**Medizinrecht**  
**www.as-law.de**  
**Rechtsanwälte**

**Druckunterlagen  
 am besten  
 nur als PDF**

Druckunterlagen für Anzeigen können selbstverständlich auch elektronisch angeliefert werden. Am besten als druckfähiges PDF.

**Wer Recht behält, ist gut beraten**

**Beratungsschwerpunkte:**

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

**Die persönlichen Berater an Ihrer Seite:**

Hans Peter Ries  
 Dr. Karl-Heinz Schnieder  
 Dr. Ralf Großbölting  
 Christian Gerds  
 Julia-Franziska Höfinghoff



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**  
 Münster – Berlin – Hamburg

**Lars Junghans**  
 Rechtsanwalt  
 Fachanwalt für Medizinrecht

**Guido Radau**  
 Rechtsanwalt  
 Fachanwalt für Arbeitsrecht

**Sebastian Retter**  
 Rechtsanwalt

**Wolf Klink**  
 Rechtsanwalt  
 Fachanwalt für Medizinrecht

**Christina Bellmann-N'Guessan**  
 Rechtsanwältin  
 Fachanwältin für Familienrecht

**Medizinrecht**

- Zulassungsangelegenheiten
- Praxiskauf/Praxisverkauf
- Praxiskooperation (MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft etc.)
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen/RLV
- Arbeitsrecht in der Arztpraxis
- Praxismietrecht
- Eheverträge
- Berufsrecht

**Junghans & Radau  
 Rechtsanwälte**

Mundsburger Damm 60  
 22087 Hamburg  
 Fon: (0049-40) 370 84 21 80  
 Fax: (0049-40) 370 84 21 99  
 info@junghans-radau.de  
 www.junghans-radau.de

**J U N G H A N S & R A D A U**  
 Rechtsanwälte · Berlin · Hamburg

**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**

**Praxismöbel**

Schränke - Schreibtische - Tresen  
 - günstig, direkt vom Hersteller -  
 - [www.interhansa.de](http://www.interhansa.de) -  
 Bürosysteme INTERHANSA Tel. 040-606 50 36, Fax 606 23 82

praxisrecht.de



**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

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie  
 telefonisch unter: **0 40/29 80 03-0**

Per E-Mail ist das auch möglich:  
**info@wels-verlag.de**

## Ärzteakademie



# Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 17. Juni 2009, 18:00 bis 21:00 Uhr

### ► Aktuelle anti-infektive Therapie bei kritisch kranken Patienten ④\*

Aus mikrobiologischer und klinischer Sicht stellen wir Diagnose- und Therapiestrategien für abwehrgeschwächte Patienten vor.

Asklepios Klinik Wandsbek, Innere Medizin I

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 36

Samstag, 20. Juni 2009, 10:00 bis 16:00 Uhr

### ► Rechtsfragen in der Anästhesie und Intensivmedizin ⑦\*

Ausgewiesene Experten thematisieren Fragen der Aufklärung und Einwilligung in die Behandlung sowie Fragen des Behandlungsabbruchs.

Asklepios Klinik Altona, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Institut für das gesamte Arztrecht e.V., München

Kursgebühr: 90,- € für BDÄ-Mitglieder, 110,- € für Nicht-Mitglieder

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal (2. OG), Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg

Anmeldung beim Berufsverband Deutscher Anästhesisten erforderlich. Fax: (0911) 39 38 195

Mittwoch, 24. Juni 2009, 17:00 bis 19:00 Uhr

### ► Multiple Sklerose – Update ③\*

In unserem Symposium erörtern wir u.a. die Neuromyelitis optica sowie Nutzen und Risiken der Autoantikörpertherapie und die Versorgungsstrukturen von MS-Patienten.

Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Abt. für Neurologie

Ort: Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Abt. für Neurologie, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 30 69

Mittwoch, 1. Juli 2009, 18:00 bis 20:30 Uhr

### ► Der Diabetiker im Brennpunkt ④\*

Update Diabetologie mit verschiedenen praxisnahen Themen.

Asklepios Klinik Barmbek, 4. Med. Abt. – Nephrologie und Diabetologie

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1 u. 2,

Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Um Anmeldung bis 18.6. wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 38 09

Mittwoch, 1. Juli 2009, 14:00 bis 18:15 Uhr

### ► 10 Jahre Psychiatrie und Psychotherapie ⑤\*

Die Abteilung lädt zu einem Tag der offenen Tür mit Vorträgen zu aktuellen Themen ein.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie

Ort: Asklepios Westklinikum Hamburg, Haus 3 und Cafeteria, Suurheid 20, 22559 Hamburg

Um Anmeldung bis 24. 6 wird gebeten. Fax: (0 40) 81 91-28 20 oder

E-Mail: s.meyer@awhh.de

Mittwoch, 15. bis Freitag, 17. Juli 2009

### ► 16. Hamburger Nuklearmedizin-Tage ⑭\*

Die Veranstaltung bietet eine kompakte und interaktive Vorstellung von Grundlagen und Spezialkenntnissen und ist auch als Refresherkurs in aktueller Nuklearmedizin und als Vorbereitung auf die Facharztprüfung zu nutzen.

Asklepios Klinik St. Georg, Abt. für Nuklearmedizin

Kursgebühr: 380,- €

Ort: Hotel Engel, Niendorfer Str. 55-59, 22529 Hamburg (Lokstedt)

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 22 75

Freitag, 28. und Samstag, 29. August 2009

### ► 4. Hamburger Neuro-Ultraschall-Tage ⑬\*

Veranstaltung für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis zur Erweiterung ihrer Kenntnisse in der Neurosonografie mit Schwerpunkt auf der Besprechung und Lösung diagnostischer Probleme. Asklepios Klinik Wandsbek, Abt. Neurologie, in Kooperation mit der Asklepios Ärzteakademie

Kursgebühr: 185,- € (externe Teilnehmer)/155,- € (Asklepios-Mitarbeiter)

Ort: Katholische Akademie Hamburg, Herrengraben 4, 20459 Hamburg

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-84 26 90 oder

E-Mail: m.ansen@asklepios.com

\*Fortbildungspunkte

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