

04•10

10. April · 64. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Das Thema | 10

Depression *im Alter*

*Besser Erkennen und
therapeutische Strategien*
Depressionen älterer
Menschen werden oft
nicht erkannt und
unzureichend behandelt

Gesundheitspolitik | 20

Falscher Kurs

Frontalangriff der HKG im
neuen Positionspapier

Gesundheitspolitik | 23

Weiterbildung

Online-Befragung bietet
umfassenden Einblick

Forum Medizin | 28

Süchtiges Verhalten
und Gemeinwohl



Brustgesundheitszentrum Hamburg



Werden Sie unser Kooperationspartner!

Das Brustgesundheitszentrum Hamburg möchte mit Ihnen zusammen eine kompetente medizinische Behandlung und eine umfassende unterstützende Betreuung gestalten. Ihre Vorteile:

- kompetente interdisziplinäre Zweitbefundung durch die Kooperationspartner im ambulanten und stationären Bereich zur Absicherung Ihrer Diagnosen
- gemeinsam mit Ihnen Umsetzung einer flächendeckenden, heimatnahen Versorgung für Frauen, Patientinnen und deren Angehörige in Hamburg
- Einfache Kontaktaufnahme: Hotline zu unseren Breast Care Nurses als „Lotsinnen“ zwischen Ihrer Praxis und den Kliniken



Asklepios Klinik Altona

Paul-Ehrlich-Str. 1
22763 Hamburg

Margrit Kummer, Breast Care Nurse

Tel.: (0 40) 18 18-81 46 00
Fax: (0 40) 18 18-81 47 07
m.kummer@asklepios.com

Prof. Dr. Volker Ragosch, Chefarzt
Dr. Thorsten Mohr, Oberarzt
Tel.: (0 40) 18 18-81 17 11

Asklepios Klinik Barmbek

Rübenkamp 220
22291 Hamburg

Ina Dietrich, Breast Care Nurse

Tel.: (0 40) 18 18-82 46 00
Fax: (0 40) 18 18-82 10 09
i.dietrich@asklepios.com

Prof. Dr. Andree Faridi, Chefarzt
Dr. Antje-Katrin Hofele, Oberärztin
Tel.: (0 40) 18 18-82 18 11

Asklepios Klinik Wandsbek

Alphonsstr. 14
22043 Hamburg

Sabine Weigl, Brustschwester

Tel.: (0 40) 18 18-83 46 00
Fax: (0 40) 18 18-83 16 33
s.weigl@asklepios.com

Dr. Christiane Thein, Chefarztin
Thomas Franke, Ltd. Oberarzt
Tel.: (0 40) 18 18-83 14 63

Asklepios Klinik Harburg

Eißendorfer Pferdeweg 52
21975 Hamburg

Birgit Schwermer, Breast Care Nurse

Tel.: (0 40) 18 18-86 46 00
Fax: (0 40) 18 18-86 21 49
b.schwermer@asklepios.com

Dr. Volker Maaßen, Chefarzt
Dr. Frank Lorenzen, Ltd. Oberarzt
Tel.: (0 40) 18 18-86 23 41

Helios Mariahilf Klinik Hamburg

Stader Str. 203 c ■ 21075 Hamburg

Heidi Schönheit, Breast Care Nurse

Tel.: (0 40) 79 006 862
Fax: (0 40) 79 006 474
gynaekologie.mariahilf@helios-kliniken.de

PD Dr. Markus Hermsteiner, Chefarzt
Angela Bernhardt, Ltd. Oberärztin
Tel.: (0 40) 79 006 421

Asklepios Klinik Nord - Heidberg

Tangstedter Landstr. 400
22417 Hamburg

Sophia Cordan, Breast Care Nurse

Tel.: (0 40) 18 18-87 46 00
Fax: (0 40) 18 18-87 31 27
s.cordan@asklepios.com

PD Dr. Jörg Schwarz, Chefarzt
Dr. Süha Alpüstün, Ltd. Oberarzt
Tel.: (0 40) 18 18-87 31 26

Hotline: (0 40) 18 18-82 10 10

E-Mail: brustgesundheitszentrum@asklepios.com

www.brustgesundheitszentrum.de

Ansprechpartner: Dr. med. Klaus Rensing, Tel. (0 40) 18 18-82 65 98

k.rensing@asklepios.com



Walter Plassmann
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg

»Die Situation im Arzneimittelbereich ist schon lange reformbedürftig.«

Die Richtung stimmt

Getrieben von den enormen Ausgabenzuwächsen im Arzneimittelbereich musste Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler sein „aktives Abwarten“ beenden und erste Reformschritte ankündigen. Er persönlich wird es als schade empfunden haben, dass diese ersten Schritte nicht seinem Lieblingsprojekt „Kopfpauschale“ gelten, sondern simpler Kostendämpfungspolitik, aber dabei scheint er den richtigen Weg eingeschlagen zu haben.

Die Situation im Arzneimittelbereich ist schon lange reformbedürftig. Die Pharmaindustrie hat weitgehend freie Hand bei der Preisfestsetzung – vor allem bei hochpreisigen „Innovationen“. Die Gesamtkosten im Griff halten soll der niedergelassene Arzt, eingeklemmt zwischen den Ansprüchen der Versicherten, dem Vermarktungsdruck der Industrie und der Regressbedrohung durch die Prüfstelle. Richtgrößen, Zielvereinbarungen und andere Prüfinstrumente ließen diesen Ausgabenblock links liegen. Und seit die Krankenkassen Rabattverträge mit den Pharmaherstellern vereinbaren können, passt in diesem Verantwortungsdschungel gar nichts mehr zusammen.

In dieser Situation setzte die Vertreterversammlung der KV Hamburg ein Zeichen: Sie verlangte, den Arzt aus der Preisverantwortung zu nehmen, die Richtgrößen auf den

Müllhaufen der gescheiterten „Kostendämpfungsinstrumente“ zu werfen und die Preise zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen verhandeln zu lassen. Zwei Jahre waren nötig, um diese Forderung durch die KV-Instanzen zu tragen, dann übernahm sie die KBV, und nun scheint Rösler sie in die Tat umsetzen zu wollen.

Es ist so etwas wie die Rückkehr der Vernunft in die Gesundheitspolitik: Verantwortung dort ansiedeln, wo sie hingehört und nicht das sattsam bekannte Spiel aufführen, die ungeliebte Selbstverwaltung vor unlösbare Aufgaben zu stellen. Rösler hat noch mehr angekündigt. So sollen auch Bürokratie, Zentralismus und die detailistische Gesetzgebung wieder auf das Notwendigste zurückgeführt werden. Auch dazu hätte die KV Hamburg die eine oder andere Idee...



Veranstaltung am
Mittwoch, 28. April 2010, 16–19 Uhr
 im Saal 1 der KV Hamburg (Ärztehaus),
 Humboldtstr. 56,
 22083 Hamburg



Niederlassung,
 Nachfolge,
 Neuanschaffung: **Moderne**
Investitionsförderung
für Arztpraxen

Um die eigene Existenz zu sichern, gehört unternehmerisches Denken mehr denn je in die Arztpraxis. Neben dem Qualitätsmanagement ist auch Finanzmanagement gefragt. Business-, Finanz- und Investitionspläne werden in naher Zukunft zum Arbeitsalltag in den niedergelassenen Arztpraxen gehören. Welche Fördermöglichkeiten stehen Ihnen als Arzt zu? Wie finden Sie einen geeigneten Nachfolger für Ihre Praxis? Bekommen Sie auch Geld für neue medizinische Geräte?

Über diese Fragen informiert die KV Hamburg in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KfW initiierten Kampagne „Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung: Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“. Experten geben ihr Wissen kompakt und verständlich in der dreistündigen Informationsveranstaltung an die Ärzte und Psychotherapeuten weiter.

Programm

- ▶ 16 Uhr
Begrüßung
- ▶ 16.15 Uhr Impulsreferat
**„Impulse für Erfolg –
 Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“**
KfW Bankengruppe
- ▶ 17 Uhr Impulsreferat
**„KVH – wegweisend für Ärzte und
 Psychotherapeuten“**
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- ▶ 18 Uhr Talk
„Finanzierung aus erster Hand“

Alle Experten stehen Ihnen gerne für Ihre Fragen zur Verfügung!

Anmeldung

.....
 Vor- und Zuname

.....
 Straße, Hausnummer

.....
 Postleitzahl, Ort

.....
 Telefon

.....
 E-Mail

Bitte bis zum **22. April 2010** an:
KV Hamburg – Öffentlichkeitsarbeit
 Telefon: 040 22802-378
 Telefax: 040 22802-420
 franziska.schott@kvhh.de

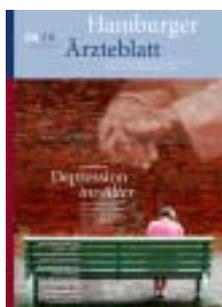
Informationen auch im Internet:
www.kvhh.de

04•10

Hamburger Ärzteblatt



Dr. Ingo Krenz, Facharzt für Innere Medizin, erläutert in „Der besondere Fall“ die Differenzialdiagnose der hypokaliämischen Hypertonie (Seite 34). **Dr. Peter Flesch**, Facharzt für Innere Medizin und für Physikalische und Rehabilitative Medizin, **Dr. Claus Wächtler**, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, **PD Dr. Tom Bschor**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und **Dr. phil. Meinolf Peters**, psychologischer Psychotherapeut, berichten über Depression im Alter (Seite 10). **Dr. Bert Kellermann**, Facharzt für Nervenheilkunde im Ruhestand, weiß um die Bedeutung von Suchterkrankungen für das Allgemeinwohl (Seite 28).



Das Thema

- 10 **Depression im Alter**
Besser erkennen und
therapeutische Strategien
Von Dr. Claus Wächtler, Dr.
Peter Flesch, Dr. phil. Meinolf
Peters, PD Dr. Tom Bschor

Service

- 6 Gratulation
7 In memoriam
8 Verlorene Arztausweise
22 Impressum
25 Sono Quiz
31 Sicher verordnen
26 Terminkalender

Namen und Nachrichten

- 6•8 **Personalien** · Dr. Klaus Jürgens verstorben · Gratulation Edith Wöhlbrandt · Honorarärzte gesucht · Substitutionsrichtlinien überarbeitet · Neuer Wegweiser zu chronischen Erkrankungen · Noch Plätze frei – Reise des Ärztlichen Kulturkreises

Gesundheitspolitik

- 20 **Positionspapier** · Falscher Kurs der HKG. Von Dr. Frank Ulrich Montgomery und Dr. Michael Späth
23 **Weiterbildung** · Umfassender Einblick dank Online-Befragung. Von Carmen Austin, Dr. Klaus Beelmann, Dr. Carsten Leffmann

Forum Medizin

- 28 **Suchtmedizin** · Süchtiges Verhalten und Allgemeinwohl. Von Dr. Bert Kellermann
32 **Bild und Hintergrund** · Voltaire, Goethe und Kleists Erdbeben in Chili. Von Dr. Hans Melderis
34 **Der besondere Fall** · The Long and Winding Road. Von Dr. Ingo Krenz
36 **Aus der Schlichtungsstelle** · Kopfschmerzen mit Todesfolge Von Prof. Dr. Günter Haferkamp
38 **Karriere** · Ärztin + Kind = Karriereknick. Von Inga Pabst
39 **Der blaue Heinrich** · Erdbeben. Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 41 **Ärztchamber Hamburg** · 310. Sitzung der Delegiertenversammlung
41•43 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Albertinen Krankenhaus (32. Albertinen-Kolloquium); Asklepios Klinik Harburg, Diagnostische u. interv. Radiologie (Flyer Ischämie und Blutung); C.T.I. GmbH (6. Norddeutsche Herztage); Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hamburger Makulatag); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin (H.I.T. 2010 – Die Hamburger Intensivtage); Interdisziplinäre Klinik für Stammzelltransplantation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Aktueller Stellenwert der autologen Stammzelltransplantation).

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 18.04. **Dr. med. Willi Oehrich**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
- 25.04. **Dr. med. Wolfgang Kothé**
 Facharzt für Innere Medizin
 Facharzt für Radiologie
- 02.05. **Dr. med. Gerhard Fraas**
 Facharzt für Innere Medizin

zum 85. Geburtstag

- 01.05. **Dr. med. Gerhard Schneider**
 Facharzt für Orthopädie

zum 80. Geburtstag

- 10.05. **Dr. med. Dieter Jüngling**
 Facharzt für Nervenheilkunde

zum 75. Geburtstag

- 20.04. **Dr. med. Anette Riehm**
 Fachärztin für Anästhesiologie
 Fachärztin für Augenheilkunde
- 30.04. **Dr. med. Mir-Hossein Nabavi**
 Facharzt für Chirurgie
- 04.05. **Dr. med. Wolfgang Zschaler**
 Facharzt für Innere Medizin
- 14.05. **Dr. med. Christa Junior**
 Ärztin

zum 70. Geburtstag

- 17.04. **Horst Zwischenbrugger-Sidow**
 Arzt
- 19.04. **Dr. med. Uwe Hiller**
 Facharzt für Chirurgie
- 01.05. **Dr. med. Peter Hellwegen**
 Facharzt für Innere Medizin
- 02.05. **Dr. med. Jörg-Dieter Hillemann**
 Facharzt für Augenheilkunde
- 04.05. **Dr. med. Hildegard Marquardt**
 Ärztin
- 06.05. **Dr. med. Silvia Scholz**
 Fachärztin für Frauenheilkunde
 und Geburtshilfe
- 08.05. **Dr. med. Ingomar Janik**
 Facharzt für Innere Medizin
 Facharzt für Radiologie
- 14.05. **Dr. med. Hans Thomas**
 Facharzt für Anästhesiologie
 Facharzt für Allgemeinmedizin
- 15.05. **Marlies Klug-Seifert**
 Ärztin

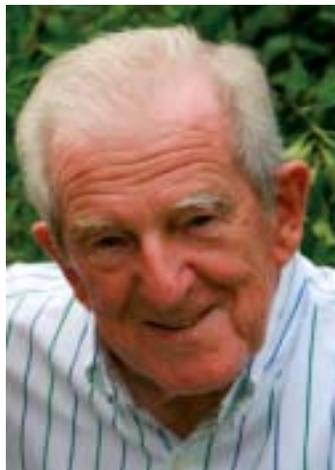
zum 65. Geburtstag

- 16.04. **Dr. med. Hans Henning Althen**
 Facharzt für Innere Medizin
- 16.04. **Dr. med. Eckart Prinz**
 Facharzt für Innere Medizin
- 17.04. **Dr. med. Roswitha Langefeld**
 Ärztin

Nachruf Dr. Klaus Jürgens, ehemaliger Chefarzt der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf verstarb am 17. September 2009.

Innovativ und warmherzig

Dr. Klaus Jürgens verstarb am 17. September 2009 nach langer schwerer Krankheit kurz nach Vollendung seines 90. Lebensjahres im Kreise seiner Familie. Nach seiner Ausbildung in Würzburg und Berlin und Tätigkeit in der Frauenklinik Finkenau leitete er von 1965 bis 1980 die Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf. Kurz nach Übernahme der Abteilung führte Jürgens dort die so genannte sanfte Geburt nach dem französischen Arzt Fernand Lamaze ein. Ehemänner konnten seitdem bei der Geburt dabei sein. Was damals Rarität war, ist heute Standard.



Dr. Klaus Jürgens

„Man sieht die Sonne untergehen und erschrickt doch, wenn es Nacht wird.“

Aber nicht nur diese Innovation, sondern vor allem die Persönlichkeit des erfahrenen Geburtshelfers sowie seine profunden Kenntnisse und Fähigkeiten als Operateur führten dazu, dass seine Abteilung in kurzer Zeit eine der ersten Adressen der Hansestadt war. Über seine Abteilung hinaus galt er als hervorragender Diagnostiker. Über 20.000 Geburten wurden unter seiner Regie durchgeführt, bis der Hamburger Krankenhausplan dazu führte, die Geburtshilfliche Abteilung zu schließen. Auch eine legendäre Demonstration von Müttern und Kindern vor dem Rathaus konnte diese politische Entscheidung nicht ändern. Bis 1984 leitete Jürgens weiterhin die verbliebene Gynäkologische Abteilung dieses Krankenhauses und eröffnete dann eine gynäkologische Praxis mit Belegbetten im Krankenhaus Jerusalem. Nach Beendigung seiner aktiven Tätigkeit vor 17 Jahren übernahm unsere Praxis viele seiner Patientinnen. Noch heute erzählen sie von seiner Warmherzigkeit und großem Taktgefühl. Jürgens war ein Arzt der alten Schule, der den hippokratischen Eid verinnerlicht hatte. Wohl und Würde der Patientinnen stellte er in den Mittelpunkt seines ärztlichen Handelns. Er war jederzeit für seine Patientinnen und Mitarbeiter ansprechbar, strahlte Ruhe, Erfahrung und Zuversicht aus. Patientinnen fühlten sich während der Geburt, vor und nach operativen Eingriffen stets geborgen und professionell versorgt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzten ihren Chef, der mit Geschick und Weitsicht seine Visionen verwirklichte. Seinen Assistenten war er ein wertvoller Lehrer, der ihren beruflichen und auch persönlichen Lebensweg prägte. Kraft für diese von Christentum und Humanität geprägte Arbeit schöpfte Jürgens durch seine Frau, seine drei Kinder und die vielen Enkelkinder. Er war leidenschaftlicher Tennisspieler und Skiläufer. An Kunst und Geschichte war er sehr interessiert und studierte dies noch nach seiner Tätigkeit als Arzt. Familie und Freunde schätzten seine Gradlinigkeit, seinen Humor, seine Bescheidenheit, seine Unbestechlichkeit und auch seine Leistungsfähigkeit, die er sich und anderen abverlangte. Viele Hamburger Frauenärzte sind dankbar, dass sie Jürgens streckenweise auf seinem Lebensweg begleiten durften und werden ihrem geschätzten Kollegen stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Prof. Dr. Eckhard Goepel
 Krankenhaus Jerusalem

Gratulation Edith Wöhlbrandt wurde am 1. März 100 Jahre alt.
Sie ist der Hamburger Ärzteschaft auf besondere Weise verbunden.

Verblüffende Einsatzfreude

Ihr gesamtes Berufsleben verbrachte Edith Wöhlbrandt als Arzthelferin in der Praxis im Borgweg 28 – und half, diese auch während des Krieges geöffnet zu halten.

Geboren und aufgewachsen in einem Dorf in Schleswig-Holstein wählte Wöhlbrandt, geb. Baasch, einen Beruf, der sie interessierte und in die Großstadt Hamburg führte: Sie wurde Arzthelferin. Die Praxis, in der sie mit 19 Jahren ihren Dienst antrat, war die des Internisten Dr. Ahringsmann und seiner Frau, einer Kinderärztin, im Borgweg. Später übernahm ich, Internistin und Tochter der beiden, die Praxis, und noch später Dr. Dorothea-Elisabeth Alsleben. Frau Wöhlbrandt blieb uns und den Patientinnen und Patienten bis zur Rente treu.

Sie verlor ihren ersten Mann im Krieg. Trotz der schrecklichen Bombennächte lehnte sie es 1943 ab, zu Verwandten aufs Land zu fahren. Sie wollte „Frau Doktor“ und ihre Praxis nicht im Stich lassen. Die Kinderärztin führte die Praxis in jener Zeit ganz allein, ihr Mann leitete in der Ukraine ein Kriegslazarett.

Es gab in der Tat viel zu tun: Bis zu 130 Patienten pro Tag kamen in die Sprechstunden, die immer während der alarmfreien Stunden stattfanden. Die Praxis wurde schließlich „ausgebombt“. In einem Einfamilienhaus wurde anschließend eine leidlich funktionierende Praxis aufgebaut. Sie brachte dabei Fantasie, Improvisationstalent und Belastbarkeit ein und zeigte eine verblüffende Einsatzfreude. Ihr ist es zu verdanken, dass die Praxis zu dieser Zeit nur wenige Tage geschlossen blieb.

Privat folgte Jahre später wieder ein großer Kummer: Sie hatte ein zweites Mal geheiratet und verlor ihren Mann nach wenigen Jahren an Krebs. Danach begleitete sie lange Zeit nur ihr Hund, heute ist es ein Papagei, der sich gelegentlich auch in ihre Telefongespräche einmischt.

Vereinsamt ist sie jedoch nicht: Ihre sozialen Talente verschafften ihr viele Freunde. So ist es bis heute geblieben – sie nimmt teil und ist für andere da. Ihr Motto: „Sich alle Dinge zum besten dienen lassen“.



Edith Wöhlbrandt

Dr. Gertrud Gumlich

Honorarärzte gesucht

Das Tätigkeitsgebiet des Honorararztes war in Deutschland bis vor einigen Jahren, im Gegensatz zum europäischen Ausland und den Vereinigten Staaten von Amerika, weitestgehend unbekannt. Doch das Bild wandelt sich stetig. Mit steigendem Bedarf der Kliniken, trotz Ärztemangel offene Stellen im ärztlichen Bereich mit qualifizierten Fachkräften zu besetzen, steigt auch die Zahl der Ärzte, die auf Honorarbasis arbeiten. Über Umfang und Charakter honorarärztlicher Tätigkeit gibt es in Deutschland zurzeit jedoch noch keinerlei valide Daten. Weder ist bekannt, wie viele Ärzte diese Tätigkeit ausüben, noch weiß man etwas über ihre persönlichen Motivationen und Erfahrungen. Eine Studie soll nun Abhilfe schaffen und Aussagen über Wege eines Honorararztes bzw. einer honorarärztlichen Tätigkeit, berufsbiographische Hintergründe und den Umfang treffen, den das Tätigkeitsgebiet des Honorararztes in der Zwischenzeit im deutschen Gesundheitswesen einnimmt.

Honorarärzte können sich im Internet unter www.honorararztstudie.de informieren und an der Studie teilnehmen. | ti

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 18.04. **Dr. med. Norbert Ruge**
Facharzt für Innere Medizin
- 20.04. **Dörte Butzal**
Ärztin
- 20.04. **Fedor Matezky**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 22.04. **Dr. med. Ursula Augener**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 24.04. **Dr. med. Dörthe Münscher**
Fachärztin für Innere Medizin
Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin
- 25.04. **Prof. Dr. med. Peter Gerd Friedrich Markworth**
Facharzt für Innere Medizin
- 30.04. **Dr. med. Tim-Christian Kohrt**
Facharzt für Innere Medizin
- 03.05. **Dr. med. Horst Wildhack**
Facharzt für Innere Medizin
- 04.05. **Prof. Dr. Hendrik van den Bussche**
Arzt
- 05.05. **Dr. med. Petra Tiedemann**
Ärztin
- 09.05. **Karl Kneisner**
Arzt
- 09.05. **Vera-Viola Middleton**
Ärztin
- 12.05. **Eva Breloer**
Ärztin
- 12.05. **Prof. Dr. med. Nicolaus Dahmann**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- 13.05. **Dr. med. Elfriede Grüneisen**
Ärztin

In memoriam

Gisbert Schoblocher

Arzt

* 22.01.1969 † 22.10.2009

Dr. med. Helmut Gotthardt

Facharzt für Frauenheilkunde u.

Geburtshilfe

* 02.05.1939 † 23.01.2010

PD Dr. med. Ulrich Steude

Facharzt für Neurochirurgie

* 14.04.1942 † 27.01.2010

Neue Rufnummer

Die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg ist ab sofort unter der neuen Rufnummer 0 40 / 20 22 99 – 3 00 zu erreichen. Die neue Faxnummer lautet: 0 40 / 20 22 99 – 4 30.

Verloren

Ausweis von

- B 9253 Dr. med. Almuth Rosemaria Bartsch
17.11.2005
- B 7482 Tanja Beecken
29.12.2003
- C 075 Dr. med. Hella Freifrau von Camphausen
08.11.2006
- B 9598 Ulrike Hentrich
06.04.2006
- C 1249 Dr. med. J. Bernhard Hinrichs
19.03.2008
- B 6768 Prof. Dr. med. Wolfgang Meins
11.04.2003
- B 3851 Elena Mintert
12.01.2000
- B 4549 Katja-Susanne Schulday
31.10.2000
- B 5008 Karen Streckenbach
15.05.2001
- A 6307 Ulrike Thormann-Heuck
12.03.1991
- B 5784 Dr. med. Hanna Vollmer
25.03.2002

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

Gefunden

... *Vom Arzt entdeckt:
le lapin de pâques*

Wer versteckt an Ostern die Nester mit den Ostereiern? Na klar: der Osterhase. Das weiß jeder. Aber woher kommt dieser Brauch? Im Jahre 1682 erwähnte offensichtlich als erster der Medizinprofessor G. Franck von Frankenau aus Heidelberg in einem medizinischen Handbuch den heute berühmten Osterhasen sowie die Ostereier. Er schrieb darin, dass die Ostereier Unwohlsein hervorrufen – was aus Kindersicht natürlich völlig unsinnig erscheint und jedes Jahr empirisch widerlegt wird! Laut dem Arzt stammt der Osterhase aus dem Elsass – Wie der „lapin de pâques“ ihm seine Herkunft verraten hat, ist jedoch nicht überliefert. Vielleicht hatte er eine Flasche Roten und ein Baguette unterm Arm ... | *ti*

Bibliothek

Am Freitag, den 14. Mai 2010 (Tag nach Himmelfahrt), bleibt die Bibliothek des Ärztlichen Vereins geschlossen.

Substitutionsrichtlinien überarbeitet

Die Bundesärztekammer hat die Richtlinien zur substitions-gestützten Behandlung von Opiatabhängigen überarbeitet. Danach kann die Substitution von opiatabhängigen Patienten neben der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinnenz auch zur Behandlung einer schweren Begleiterkrankung oder zur Verringerung der Risiken während einer Schwangerschaft und nach der Geburt eingesetzt werden. Außerdem wurden Art und Umfang der in die Behandlung einzubeziehenden psychosozialen Betreuung konkretisiert. Die Kostenträger sollen sicherstellen, dass es überall entsprechende Angebote gibt. Die Richtlinien stellen außerdem klar, dass in Einzelfällen eine Behandlung vorübergehend auch ohne psychosoziale Betreuung erfolgen kann, wenn dadurch eine akute gesundheitliche Gefahr für den Patienten abgewehrt wird.

Die Rolle der behandelnden Ärzte wurde – innerhalb der bestehenden betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen – gestärkt: Statt der bislang gültigen formalisierten Fristenregelungen orientieren sich die neuen Regelungen stärker am individuellen Therapieverlauf. Dies gilt sowohl für die erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte als auch für die Durchführung von Beigebrauchskontrollen und die Voraussetzungen für eine Take-home-Verordnung.

Mit den neuen Richtlinien soll sich die Gesundheitsversorgung von Opiatabhängigen weiter verbessern, und es sollen noch mehr Ärztinnen und Ärzte motiviert werden, sich in der Behandlung suchtkrankender Menschen zu engagieren. | *san*



Neuer Wegweiser

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz hat eine neue Broschüre herausgegeben. Im Wegweiser für Menschen mit chronischen Krankheiten findet sich eine Zusammenstellung von Einrichtungen und Angeboten, die auf unterschiedliche Weise bei der Bewältigung von Problemen helfen, die bei einer chronischen Krankheit auftreten könnten. Dazu gehören Krankenhäuser und Arztpraxen ebenso wie Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Internetportale, um nur einige zu nennen. Die Broschüre kann im Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz bestellt oder im Internet kostenfrei heruntergeladen werden:

Telefonnummer: 0 40 / 4 28 37 19 99; E-Mail: gesundheitslotsen@bsg.hamburg.de
Internet: www.hamburg.de/chronische-krankheiten/2101366/wegweiser-fuer-menschen-mit-chronischen-krankheiten.html.

Noch Plätze frei

Der Ärztliche Kulturkreis reist vom 16. bis 19. April 2010 unter Leitung von Dr. Hanno Scherf nach Görlitz, Zittau und Bautzen. Und noch sind drei Plätze frei! Mit einem Zwischenhalt in Dresden stehen die Besichtigung der historischen Altstadt von Görlitz, der Park in Bad Muskau, Zittau und Bautzen im Programm. Die Kosten betragen zirka 260 Euro für Fahrt und Übernachtung. Bitte teilen Sie dem Ärztlichen Kulturkreis umgehend an unten angegebene Adresse schriftlich mit, wenn Sie an dieser Fahrt teilnehmen möchten.

Ärztlicher Kulturkreis / Fortbildungsakademie Ärztekammer Hamburg
Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg
Tel: 0 40 / 22 72 88 14; E-Mail: akademie@aekhh.de

Zum Thema Gesundheit kennen Sie mehr als 60.000 Begriffe.
Heute kommen noch zwei wichtige hinzu: KKH-Allianz und APKV.



Das Absicherungspaket der KKH-Allianz und der Allianz Privaten Krankenversicherung (APKV) – umfangreicher Schutz für Jungmediziner. Eine Kombination, die Sie sich merken sollten: Mit der KKH-Allianz genießen Sie zuverlässigen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz. Und dank der vielfältigen Zusatzversicherungen der APKV die Vorteile eines Privatpatienten – zu besonders günstigen, maßgeschneiderten Konditionen. Nutzen Sie die über 40-jährige Erfahrung der APKV als Partner des Marburger Bundes und der meisten Ärztekammern sowie die spezielle Kundenbetreuung, die die APKV jungen Ärzten bietet. Mehr Informationen bei Ihrer Allianz vor Ort, unter www.aerzte.allianz.de oder www.medkompetent.de.

Allianz Private Krankenversicherung

Allianz 

Altersmedizin

Auf dem 8. und 9. Hamburger Symposium „Aktuelle Konzepte der Altersmedizin“ im Februar 2009 und 2010 haben sich Experten mit somato-psychischen Ursachen, Empfehlungen für das bessere Erkennen und therapeutischen Strategien bei der Depression im Alter befasst. Die vier Autoren fassen Ergebnisse zusammen.

Von Dr. Claus Wächtler, Dr. Peter Flesch,
Dr. phil. Meinolf Peters, PD Dr. Tom Bschor

Depression *im Alter*

Depressionen älterer Menschen sind häufig. Sie werden oft nicht erkannt und unzureichend behandelt. Dabei bestehen grundsätzlich gleiche Therapieprinzipien und ähnlich gute Erfolgsaussichten wie bei jüngeren Menschen mit einer Depression.

Das 8. und das 9. Hamburger Symposium „Aktuelle Konzepte der Altersmedizin“ im Februar 2009 und im Februar 2010 haben sich mit somato-psychischen Ursachen, Empfehlungen für das bessere Erkennen und therapeutischen Strategien bei der Depression im Alter befasst. Angesprochen wurden sowohl psychotherapeutische Maßnahmen – die ausdrücklich auch bei älteren Menschen ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben – als auch Therapiestrategien bei so genannten „therapieresistenten“ Depressionen, vor allem mit der Pharmakotherapie. Hervorgehoben wurde auch die Bedeutung einer engen Verzahnung zwischen primärärztlichem Versorgungsbereich, ambulanter Pflege, stationären Pflegeeinrichtungen und der Selbsthilfe mit dem stationär-klinischen Bereich.

Um die Behandlung depressiver gerontopsychiatrischer Patienten in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrie, der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll zu optimieren, wurde ein „Standard“ entwickelt (s. a. Wächtler 2007). Dieser orientiert sich in erster Linie im Sinne der evidenzbasierten Medizin an Ergebnissen aus randomisierten kontrollierten Studien und an internationalen Leitlinien, aber auch an Therapiestrategien, die durch Studien gut belegt sind und sich klinisch bewährt haben. An der Erstellung des Abteilungsstandards war eine Reihe fachkundiger Kollegen beteiligt.*)

Typisch für Depressionen, unabhängig vom Alter, ist, dass sie häufig, multifaktoriell bedingt, gefährlich, unterdi-

agnostiziert und untertherapiert sind. Im Folgenden soll es vor allem um die Spezifika der Depression im Alter gehen. Etwa zehn Prozent der älteren Menschen in Deutschland leiden an einer Depression – dabei sind „majore Depressionen“ etwas seltener als bei jüngeren, „subsyndromale Depressionen“ (depressive Syndrome, die nicht alle Kriterien einer Depression nach internationalen Klassifikationssystemen erfüllen) dagegen häufiger. Geschätzt wird, dass 11 bis 30 Prozent der alten Bevölkerung von einer subsyndromalen Depression betroffen sind. Diskutiert wird, ob es sich bei dieser Auftretenshäufigkeit subdiagnostischer depressiver Bilder in der deutschen Altersbevölkerung um einen für Deutschland spezifischen Befund handelt – denn aus anderen europäischen Ländern wird eine solche Häufigkeit dieses Syndroms nicht berichtet –, und ob dieser auf eine Häufung von Traumatisierungserfahrungen der heute alt gewordenen „Kriegskinder“ zurückgeht (Radebold 2005, Maercker et al. 2008).

Ursachen sind vielfältig

Depressionen im Alter sind multifaktoriell bedingt. Die wichtigsten Ursachen sind frühere schwere seelische Traumatisierungen (bei der heute alten Generation vor allem: Kriegserlebnisse mit Ausbombung, Vertreibung und Vergewaltigung), ein (mit dem Alter zunehmender) Mangel an dem für die Stimmung wichtigen Botenstoff Serotonin, bestimmte Medikamente (z. B. Reserpin, aber auch Glukokorticoide) und Durchblutungsstörungen des Gehirns sowie vielfältige schwere seelische Belastungen in der Alterssituation (Verlust der körperlichen Unversehrtheit, Verlust nächster Angehöriger, Verlust an Ansehen und Macht, Bedrohung der Selbstständigkeit). Depressive Ältere sind dadurch gefährdet, dass sie ein erhöhtes Risiko haben, körperlich zu erkranken (wechsel-

*) Feige A, Ghavamzadeh T, Glashoff M, Heinrich A, Hofstra G, Jacob U, Jürgensen F, Kurz R, Lange J, Mass A, Müller A, Renken S, Schulz B, Tenz N, Wächtler C.



seitige Wirkungen von körperlicher Erkrankung und Depression), dass sie sich nicht mehr selbstständig versorgen können (Heim) und dass sie lebensüberdrüssig werden und sich das Leben nehmen (Zunahme der Suizidraten zum Alter, besonders bei alten Männern) (Wächtler et al. 2008). Trotz ihrer Gefährlichkeit (und der Tatsache, dass sie gut behandelbar sind) werden Depressionen bei Senioren immer noch spät oder gar nicht diagnostiziert. Dies liegt vor allem daran, dass eine Depression älterer Menschen häufig von körperlichen Beschwerden begleitet und deshalb an eine körperliche Erkrankung gedacht wird. Andererseits werden Depressionen bei Älteren „als Lebensnormalität missgedeutet“ (Deutsches Ärzteblatt 2006). Hier könnten intensive Schulung der (vor allem Haus-)Ärzte (Rutz et al 1992, Wächtler und von der Damerau 2007) sowie eine bessere Information der Bevölkerung helfen (Hegerl et al 2006). Wichtig ist, bei älteren Menschen, die an einer Depression leiden könnten, zum Beispiel nach Verlust einer wichtigen Beziehungsperson oder in Folge körperlicher Erkrankung, bei hartnäckigen und durch körperliche Erkrankungen nicht zu erklärende körperliche Beschwerden und bei Antriebslosigkeit, Schlafstörung, Unruhe oder Gereiztheit, auch an eine Depression zu denken und gezielt danach zu fragen. Folgende einfache Fragen können dabei weiterhelfen: „Haben Sie sich in letzter Zeit niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?“ „Haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass Sie wenig Interesse oder Freude an dem hatten, was Sie taten?“ „Haben Sie auch daran gedacht, sich etwas anzutun?“ Screening-Instrumente (z. B. die geriatrische Depressi-

onsscala: GDS nach Yesavage et al 1983) können dabei den Erkennensprozess unterstützen. Bei Verdacht sollte ein gründliches Interview durchgeführt werden.

Intensive Schulungen notwendig

Aber auch wenn eine Depression erkannt wird, wird noch zu selten eine adäquate Therapie eingeleitet. Auch diese besorgniserregende Tatsache hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass Depressionen gerade bei älteren Menschen in ihrer Bedeutung unterschätzt werden. Hier gilt es, Ärzte aber auch Pflegekräfte und alle, die beruflich mit älteren Depressiven in Kontakt kommen, intensiv

Tab. 1: Auswahl geeigneter Antidepressiva

	Tagesdosis (mg)	häufigste Nebenwirkungen
1. Sedierende Antidepressiva (hier: noradrenerg und serotonerg):		
Mirtazapin (Remergil®)	15-45	Müdigkeit, Orthostase
2. Nicht sedierende Antidepressiva:		
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI):		
Citalopram (z. B. Cipramil®)	20-40	Übelkeit, Unruhe, Kopfschmerzen, Schlafstörungen
Escitalopram (Ciprallex®)	10-20	
Sertralin (z. B. Zoloft®)	50-100	
Selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Rückaufnahme-Hemmer:		
Bupropion (Elontril®)	150-300	Mundtrockenheit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, RR ↑
Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer:		
Venlafaxin (Trevilor ret®)	75-150	Ähnlich wie bei SSRI;
Duloxetin (Cymbalta®)	30-60	Venlafaxin: RR- ↑

zu schulen. Die Botschaft muss sein, dass ein „basistherapeutisch“ verstehendes Gespräch (unter Umständen Psychotherapie), bestmögliche Behandlung körperlicher Erkrankungen und, wenn erforderlich, soziale Hilfen eingeleitet und dass, gerade bei älteren Menschen, die einzelnen Hilfen miteinander vernetzt werden. Darüber hinaus ist eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva ab mittelschwerer Depression unumgänglich. Bei der Auswahl des Medikamentes gilt es, wirksame und im Alter gut verträgliche Substanzen einzusetzen. Gute Aufklärung und die Verordnung gut verträglicher Substanzen erhöhen die Compliance.

Bei der Pharmakotherapie ist zu beachten, dass ältere Menschen sensibler auf Psychopharmaka reagieren als Jüngere. Eine „schonende“ Pharmakotherapie bedeutet, die Pharmakotherapie mit niedriger Dosis zu beginnen und langsam aufzudosieren – allerdings auch wirksame Spiegel zu erreichen („start low, go slow – but go!“). Eine schonende Pharmakotherapie setzt vor allem auf den Einsatz nebenwirkungsarmer Substanzen.

Trizyklische Antidepressiva (TZA) mit ihren anticholinergen und kardio-vaskulären Nebenwirkungen verbieten sich daher meistens bei älteren Menschen. Sie sind allerdings Mittel der zweiten oder dritten Wahl, sofern der betroffene ältere Mensch vor allem keine kardio-vaskulären Risikofaktoren aufweist und die Depression einen bestimmten Schweregrad erreicht und bisher auf andere Pharmakotherapiemaßnahmen nicht reagiert hatte (s. auch Seite 14).

Risiko von Nebenwirkungen

Aber auch bei den neuen und generell besser verträglichen Antidepressiva muss auf spezielle Nebenwirkungen geachtet werden. So besteht bei Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) das Risiko einer Hyponatriämie oder bei Komedikation von SSRI mit nicht-steroidalen Antirheumatika oder ASS bzw. Marcumar von (gastrointestinalen) Blutungen.

Wichtig ist, gerade auch bei älteren Menschen, das Risiko von Wechselwirkungen zu beachten. So wirken insbesondere die drei SSRIs Fluoxetin, Fluvoxamin und Paroxetin stärker auf das Cytochrom-P-450-System, wodurch der Abbau gleichzeitig verordneter anderer Medikamente beeinflusst werden kann. Wir verzichten daher komplett auf diese Medikamente bei älteren Menschen. Bei Komorbidität mit somatischen Erkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Epilepsie) bewähren sich ganz überwiegend SSRIs. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die hinsichtlich Verträglichkeit und Wirksamkeit bei älteren Menschen am ehesten zu empfehlenden Substanzen. Dabei erscheinen uns Citalopram oder Escitalopram und Sertralin als nicht sedierende und Mirtazapin als sedierende Substanzen als Mittel der ersten Wahl bei älteren Depressiven.

Unter Umständen müssen die Antidepressiva mit anderen Psychopharmaka kombiniert werden, z. B. bei Suizidgefahr mit Benzodiazepinen (Zeit befristet; Cave: Abhängigkeit, s. HÄB 3/10, S. 20ff), bei Schlaflosigkeit mit einem gut verträglichem Hypnotikum oder bei paranoider Begleitsymptomatik mit einem atypischen Neuroleptikum.

Antidepressiva sollten, bevor ihre Wirksamkeit beurteilt wird, mindestens vier Wochen verordnet und bei Erfolg nicht zu früh abgesetzt werden (Erhaltungstherapie: in der Regel sechs bis neun Monate ab dem Zeitpunkt der

Besserung – in der Regel mit demselben Antidepressivum, das zum Erfolg geführt hat: „what makes you well, keeps you well“). Das Absetzen muss ausschleichend erfolgen, da sonst Absetzphänomene auftreten können. Die Kombination mit Psychotherapie ist – auch bei Älteren! (s. auch Seite 14) – wirksamer als eine Pharmakotherapie alleine (s. auch Reynolds et al 1999).

Ursachen für ein Therapieversagen

Bei Suizidgefährdung ist die Einweisung in eine psychiatrische Klinik meist unumgänglich. In der Klinik begegnen uns neben den suizidalen vor allem die „therapieresistenten“ und die durch eine zusätzliche körperliche Erkrankung multimorbiden Depressiven. Hier gilt es, nach den Ursachen für ein Therapieversagen zu forschen (Zu niedrige Dosierung? Unzutreffende Diagnose? Erschwerende psychische Komorbidität wie Demenz, Sucht oder Persönlichkeitsstörung?) und spezielle „Behandlungspfade“, d. h. die Kombination verschiedener therapeutischer Strategien nach einem bestimmten zeitlichen Schema, anzuwenden. Solche Behandlungspfade sind meistens auch bei dieser schwer kranken Gruppe von Patienten erfolgreich. Bei „therapieresistenter“ Depression kommen grundsätzlich die gleichen Strategien zum Tragen wie bei jüngeren – also Dosisüberprüfung (therapeutisches Drug-Monitoring), ggf. Höherdosierung in den therapeutischen oder Hochdosisbereich, Kombination mit einem zweiten Antidepressivum oder mit einer augmentierenden Substanz (z. B. Lithium), u. U. Wechsel des Präparates, schließlich Kombination mit Elektrokrampftherapie (s. auch Seite 14).

Bei multimorbiden Depressiven hat sich die interdisziplinäre Kooperation von Geriatrie und Gerontopsychiatrie im „Zentrum für Ältere“ in der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll bewährt (Wächtler et al 2005).

Präventiv scheinen bzgl. der Entwicklung einer Depression im Alter bzw. ihrer Vertiefung zu einer majoren Depression oder zu einer Suizidgefährdung folgende Strategien geeignet (Wächtler et al. 2008):

- Schulung der Ärzte und Pflegekräfte (Erkennen und Behandeln von Depression und Suizidalität),
- Beratung der bzw. Kooperation mit der Somatik (gerontopsychiatrische Konsiliardienste, interdisziplinäre Kooperation),
- bessere Information der Bevölkerung (bzgl. der Suizidalität wurde die Broschüre: „Wenn das Altwerden zur Last wird“ erstellt; sie ist herunter zu laden unter: www.bmfsfj.de – „Publikationen“, „Wenn das Altwerden zur Last werden wird“, oder kostenlos zu bestellen über: publikationen@bundesregierung.de,
- Stärkung „sozialer Netze“ in der Gemeinde (z. B. intergenerative Begegnungsstätten und Cafés),
- Schaffung niedrigschwelliger und für Ältere gut erreichbarer Beratung (u. U. per Telefon: s. Gensichen et al. 2005),
- körperliche Bewegung, die einen wichtigen individuellen depressionspräventiven Beitrag zu leisten scheint.

Dr. Claus Wächtler, Chefarzt

V. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Gerontopsychiatrie, AK Nord – Ochsenzoll

Tel.: 040 / 1818 87- 2337

E-Mail: c.waechtler@asklepios.com

Depression und Hinfälligkeit

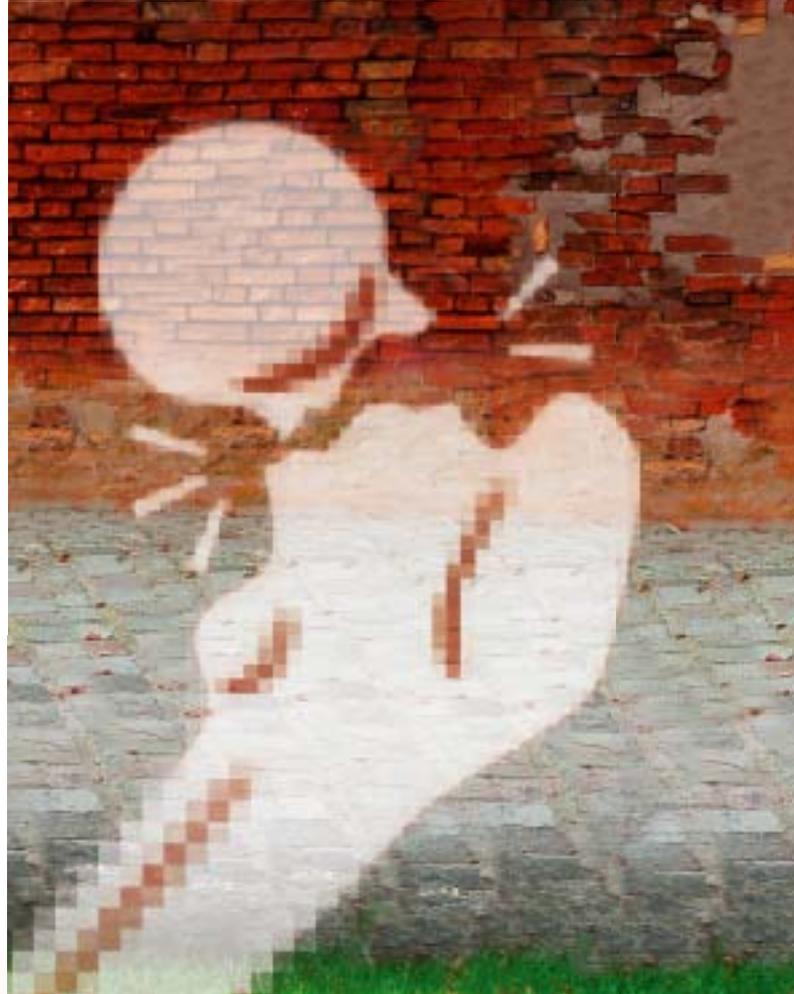
Schenkelhalsfraktur, Sturzkrankheit, Schlaganfall, Demenz, Depression, Diabetes mellitus, Kachexie und Gebrechlichkeit (Frailty) treten gehäuft im höheren Lebensalter auf. Jedoch ist die Prävalenz der Depression bei gesunden, funktionell unabhängigen „Älteren“ geringer (2%) als in der Gesamtbevölkerung (6%) und bei Heimbewohnern (20 – 25%). Depressionsfördernd sind u.a. funktionelle Einschränkungen, Schmerz, Schlafstörungen, Multimedikation (bei Multimorbidität), Soziale Isolierung, familiäre Vereinzelung, niedriger sozialer und wirtschaftlicher Status. Die Wechselwirkung somatischer und psychischer Erkrankungen ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Das kombinierte Auftreten von Depression und Herzinfarkt erhöht die Mortalität um das Vierfache, von Depression und Schlaganfall um das Dreieinhalbfache. Die Wahrscheinlichkeit einer Depression steigt mit dem Eintritt einer erheblichen somatischen Erkrankung, deren Schweregrad, dem Ausmaß der daraus resultierenden Funktionseinschränkungen und Immobilität, unbehandelten Schmerzen und Mehrfacherkrankungen. Exemplarisch wird hier auf Schenkelhalsfraktur und Schlaganfall einerseits und Depression andererseits eingegangen.

Hüftgelenksnahe Frakturen

Die Prävalenz von Depression bei hüftgelenksnaher Fraktur wird mit 9 – 47% (zumeist ca. 38 – 42%) angegeben. Die prädiktive Rolle der Depression für den Behandlungsverlauf wird unterschiedlich bewertet, dabei überwiegend aber ein ungünstigerer Verlauf beobachtet – unabhängig davon, ob es sich um eine vorbestehende oder reaktive Depression handelt. Depressionen sind mit einer erhöhten Frakturrate vergesellschaftet und stellen einen eigenen Risikofaktor dar, umgekehrt treten reaktive Depressionen (14%) auch bis zu zehn Wochen postoperativ noch auf, also nach Abschluss von RehaMaßnahmen, und beeinflussen funktionelles Ergebnis und Mortalität ungünstig. SSRI-induzierte Osteoporose wurde beobachtet. Als prädiktiver Indikator für das Auftreten einer Depression werden eine früher bestehende Depression, eine Apathie im Verlauf, der 5-HTTLPR Genotyp, postoperativer Schmerz und Angststörung genannt. Da die Depression Verlauf und Behandlungsergebnis maßgeblich beeinflusst, ist eine Behandlung nach Möglichkeit anzustreben, wenn auch oft schwierig. Die signifikante Wirksamkeit einer interventionellen Depressionsvorbeugung konnte in einer kontrollierten Studie nicht belegt werden, ebenso wenig ein signifikanter Effekt einer antidepressiven Therapie hinsichtlich Schmerz, funktioneller Verbesserung oder Länge des Krankenhaus-Aufenthaltes. Präoperativer Selbsthilfestatus, Ernährungsstatus, Kognition und Depression sind die wichtigsten prognostischen Parameter zum Behandlungsausgang einer hüftgelenksnahen Fraktur. Nur Ernährungsstatus und Depression sind beeinflussbar im Rahmen einer Behandlung.

Schlaganfall und Depression

Cerebrovaskuläre Erkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Depression bei



Älteren. Als „post-stroke-depression“ wird das Auftreten einer Depression nach Schlaganfall bezeichnet. Ort der Hirnschädigung und das Zeitfenster zwischen Hirninfarkt/-blutung und Auftreten der depressiven Symptome sind für die Entwicklung einer solchen „post-stroke-depression“ möglicherweise von Bedeutung. Einzelne, nicht bestätigte Studien beschrieben häufigere und schwerere Depressionsverläufe nach linkshirnigen und linksfrontalen Läsionen, insbesondere in den ersten beiden Jahren mit einem Gipfel innerhalb der ersten sechs Monate.

Die Prävalenz der Depression bei Schlaganfall wird mit etwa 17 – 61% angegeben, wobei die Erfassung depressiver Symptome nach Schlaganfall z. T. erheblich erschwert ist durch vorbestehende oder erworbene kognitive, aphasische und apraktische Funktionseinbußen und Antriebsarmut.

Depression drei Monate nach Schlaganfall ist verbunden mit einer schlechteren Ein-Jahres-Prognose, während umgekehrt eine frühzeitige Remission der Depression mit besseren funktionellen Ergebnissen bereits innerhalb des ersten halben Jahres verbunden ist.

Bei der komplexen neurologisch-psychiatrischen Ausgangslage nach Schlaganfall sind daher ein frühzeitiges Screening und dann eine differenzierte und sorgfältige Therapieplanung bezüglich Gesprächstherapie und Pharmakotherapie und Berücksichtigung der verfügbaren Optionen wie Musik-, Ergo-, Physio- und Physikalische Therapie, Logopädie, Seelsorge und Psychotherapie anzustreben.

Dr. Peter Flesch,
Chefarzt Geriatrie, Asklepios Klinik Nord
Tel.: 040 / 1818 87-2314
E-mail: p.flesch@asklepios.com



Psychotherapeutische Behandlungskonzepte in der Klinik

Unser Altersbild war lange Zeit ausschließlich negativ geprägt, die Vorstellungen von Entwicklung, Veränderung und damit auch Psychotherapie waren damit kaum zu vereinbaren. Ein solch negatives Altersbild hat nicht nur die Älteren selbst davon abgehalten, Psychotherapie als Behandlungsmöglichkeit für sich in Betracht zu ziehen, sondern auch zur Zurückhaltung bei den Psychotherapeuten geführt, Ältere in Behandlung zu nehmen. Hinzu kam, dass auch Hausärzte Zurückgezogenheit, Niedergeschlagenheit und Antriebsmangel bei Älteren häufig als normale Erscheinungen des Alters ansahen, so dass Depressionen erst gar nicht diagnostiziert wurden. Somit kann von einem „Vermeidungsbündnis“ gesprochen werden, in dem alle stillschweigend darin übereinstimmen, dass Psychotherapie „nichts mehr ist im Alter“. So überrascht es nicht, dass in der Berliner Altersstudie von den dort als depressiv diagnostizierten älteren Menschen kein einziger eine psychotherapeutische Behandlung erhielt. Die Folgen dieses Bündnisses sind bis in die heutige Zeit hinein zu spüren, die Zahlen psychotherapeutisch behandelte Ältere in den Praxen der niedergelassenen Psychotherapeuten waren und sind bis in die heutige Zeit hinein extrem gering.

Keine „Restlebenszeit“

Doch wir befinden uns in einem Prozess der Veränderung, wozu nicht zuletzt die Veränderung des Alters

selbst beiträgt. Wir können heute das Alter nicht mehr als eine Restlebenszeit betrachten, dazu umfasst es eine viel zu lange Zeitdauer. Vielmehr wird es mehr und mehr zu einem dynamischen, gestaltbaren Lebensabschnitt. Dass heutige Ältere für diese Aufgabe viel besser gerüstet sind, machen einige Eckpunkte deutlich: Sie sind gesünder als die Vorgängerkohorten, sie sind gebildeter, finanziell besser gestellt und legen andere Einstellungen an den Tag. Dies betrifft nicht zuletzt auch die Einstellung zur Psychotherapie. Auf der anderen Seite öffnen sich auch die Psychotherapeuten für diese Patientengruppe. Die Folgen dieses Wandlungsprozesses zeigen sich allmählich auch in den Behandlungszahlen. Einer neuen Untersuchung zufolge beträgt der Anteil über 60-Jähriger am Klientel niedergelassener Psychotherapeuten inzwischen 5,6%, was einen deutlichen Anstieg zu Untersuchungen aus den 90er Jahren darstellt, andererseits liegt dieser Anteil immer noch eklatant unter dem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe. Zudem schmilzt der Anteil bei den über 70-Jährigen auf 0,9% zusammen.

Früher als der ambulante Versorgungssektor hat sich das stationäre Behandlungsangebot ausdifferenziert und sich auf die Älteren eingestellt. Bereits in den neunziger Jahren hat sich die Gerontopsychiatrie gewandelt und zunehmend psychotherapeutische Behandlungselemente integriert. Hinzu gekommen sind die stärker psychotherapeutisch orientierten gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Auch einige Psychosomatische Kliniken und Suchtkliniken haben spezifische Konzepte für Ältere entwickelt, so dass sich gegenwärtig stationär ein differenziertes, spezifisches Angebot für Ältere findet.

Stationäres Angebot oft indiziert

Bei vielen depressiven Älteren ist ein stationäres Angebot indiziert. Die Vielfalt der Angebote in einer Klinik erfüllt gleich mehrere Zwecke: Es bietet sich die Chance, Ältere zunächst einmal an ein für sie häufig fremdes Behandlungsverfahren heranzuführen und es gewissermaßen „dosiert“ zu verordnen. Besonders kreativtherapeutische Angebote, wie sie nur in der Klinik zu finden sind, erleichtern Älteren oft eine Annäherung. Aber auch das hohe Maß komorbider körperlicher Erkrankungen stellt eine Indikation für eine stationäre Behandlung dar, da diese in der Klinik fachärztlich mitbehandelt werden können. Schließlich schafft der milieutherapeutische Rahmen ein anregendes und aktivierendes Klima, das zurückgezogene depressive Ältere in die soziale Gemeinschaft zurückführen kann. Die zahlreichen aktivitäts- und ressourcenfördernden Angebote unterstützen diesen Prozess und tragen zur Rückgewinnung von Selbstvertrauen und einer aktiveren Lebenseinstellung bei. Schließlich können im Rahmen der Sozialberatung konkrete Schritte zur sozialen Integration eingeleitet werden, was etwa nach Verlusten erforderlich ist.

Die Überprüfung der Behandlungsergebnisse zeigt, dass es gelingt, hohe Effektstärken zu erreichen, wenn ältere Patienten in einer Klinik nicht nur „mitlaufen“, sondern wenn ein spezifisches, auf ihre Belange zugeschnittenes Behandlungskonzept geschaffen wird.

Dr. phil. Meinolf Peters

Leitender Psychologe, Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld
Tel.: 0 64 21 / 17 56 60
E-Mail: meinolf-peters@t-online.de

Pharmakologische Behandlungsstrategien bei Therapieresistenz

Ungefähr ein Drittel der Patienten spricht in den großen Wirksamkeitsstudien, unabhängig von der geprüften Substanz, nicht auf Antidepressiva an. Ein weiteres Drittel der Behandelten zeigt nur eine Partialresponse. Die gängigste Definition von Therapieresistenz orientiert sich daher auch an der Pharmakotherapie, was nicht zum Missverständnis führen darf, dass der medikamentösen Behandlung ein herausgehobener Stellenwert zukomme: Die am häufigsten verwandte Definition versteht eine „therapieresistente Depression“ als eine Depression, die auf zwei in adäquater Dosis und Dauer durchgeführte Behandlungsversuche mit Antidepressiva aus verschiedenen Wirkklassen nicht angesprochen hat.

Als „adäquate Dosis“ wird in Abhängigkeit von der jeweiligen Substanz die in Tabelle 1 bezeichnete Standarddosis angesehen. Die Angabe „adäquate Dauer“ weist auf die Notwendigkeit hin, die Wirklatenz von Antidepressiva abzuwarten, bis der Erfolg des Behandlungsversuches beurteilt werden kann. In Abgrenzung zur therapieresistenten Depression bezeichnet der Terminus „chronische Depression“ lediglich eine seit mindestens zwei Jahren bestehende Depression, unabhängig von etwaigen Behandlungsversuchen.

Dieser Artikel beschränkt sich auf die pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten. Häufig bestehen bei chronischen oder therapieresistenten Depressionen aktuelle oder biografisch verstehbare Konflikte, so dass eine zusätzliche oder auch alleinige Psychotherapie den Schlüssel zum Behandlungserfolg darstellt. Schließlich werden an dieser Stelle auch nicht die weiteren somatischen Behandlungsoptionen besprochen, von denen die Elektrokrampftherapie (EKT) als wirksamstes antidepressives Behandlungsverfahren überhaupt die bedeutsamste ist.

Auswahl des Antidepressivums

Bei ca. 30 in Deutschland zugelassenen Antidepressiva (Tab. 1) ist die Auswahl des Antidepressivums nicht einfach. Nach Strukturformel oder neurochemischem Wirkmechanismus werden Antidepressiva in Gruppen eingeteilt, doch weisen sie darüber hinaus viele Gemeinsamkeiten auf:

- Non-Responderquote von circa einem Drittel bis zur Hälfte der Patienten,
- Wirklatenz von zwei bis vier Wochen, bei älteren Patienten eher länger (4-6 Wochen),
- Erhöhung der intrasynaptischen Serotonin- und/oder Noradrenalin-Konzentration im ZNS als gemeinsamer Wirkmechanismus (von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen),
- kein Abhängigkeitspotenzial.

Die Auswahl richtet sich daher nach individuellen Vorerfahrungen des Patienten und nach dem Nebenwirkungsprofil. Bei älteren Patienten sind insbesondere folgende Nebenwirkungen gefürchtet:

- anticholinerge Nebenwirkung (Harnverhalt, Glaucomanfall, Obstipation/Ileus, kognitive Verschlechterung, anticholinerges Delir, Mundtrockenheit)

- arrhythmogene kardiale Effekte
- Toxizität bei (akzidenteller oder auch suizidaler) Überdosierung
- übermäßige Sedierung (Sturzgefahr)
- Dysorthostase (Sturzgefahr)

All diese Nebenwirkungen sind insbesondere bei den älteren trizyklischen und tetrazyklischen Antidepressiva zu erwarten, so dass diese in der Regel keine Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung älterer depressiver Patienten darstellen. Allerdings unterscheiden sich die trizyklischen Antidepressiva im Ausmaß dieser Wirkungen. Nortriptylin z. B. hat geringe anticholinerge und dysorthostatische Nebenwirkungen.

Zumeist werden SSRI oder SNRI verordnet. Aber auch bei diesen Pharmaka sind spezifische Risiken bei Älteren zu beachten, die leider oft nicht ausreichend bekannt sind:

- SSRI und SNRI beeinflussen nicht nur die zentralnervöse Serotonin-Funktion, sondern auch die thrombozytäre. Dadurch steigt das Blutungsrisiko, insbesondere für gastrointestinale Blutungen (ca. um den Faktor 2), insbesondere, wenn weitere Thrombozytenaggregationshemmer oder Antikoagulantien gegeben werden.
- Die SSRI Fluoxetin, Fluvoxamin und Paroxetin haben ein erhebliches Interaktionspotenzial, da sie als potente Inhibitoren von Isoenzymen des Cytochrom P450-

Systems zu einer gefährlichen Anhebung des Wirkstoffspiegels zahlreicher anderer internistischer oder psychiatrischer Medikamente führen können (Übersicht unter www.drug-interactions.com). Gerade bei Älteren ist Polypharmazie häufig.

Abb. 1: Beispiel eines antidepressiven Stufenplans

	Behandlungsstufe	Dauer
1	Antidepressiva-Monotherapie, Standarddosis	4 Wo.
2	Lithiumaugmentation	4 Wo.
3	Lithium-Monotherapie (Auswaschphase)	2 Wo.
4	Tranlycypromin	2 Wo.
5	Tranlycypromin-Hochdosis	2 Wo.
6	EKT (oder T3-Augmentation oder Tranlycypromin-Ultra-Hochdosis)	4 Wo.

(Therapiealgorithmus I aus der Algorithmusstudie des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Depression)

Vorgehen bei Non-Response

Wird Non-Response auf ein Antidepressivum festgestellt, sollte vor dem Einsatz der vier prinzipiellen pharmakologischen Strategien (s. u.) zunächst überprüft werden, dass das Antidepressivum tatsächlich in ausreichender Dosis (Tab. 1) über einen Zeitraum von mindestens vier bis sechs Wochen verabreicht wurde.

Bei Antidepressiva, für die ausreichend Belege für den Zusammenhang eines bestimmten, als therapeutisch angesehenen Serumspiegels und der klinischen Wirksamkeit bestehen (Tab. 1), ist es ratsam, im Falle von Non-Response zunächst eine Serumspiegelbestimmung und gegebenenfalls Dosisadaptation durchzuführen. Weitere Informationen zu diesem als Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) bezeichneten Vorgehen: www.agnp.de/Arbeitsgruppen/AG Therapeutisches Drug Monitoring. Die vier prinzipiell in Betracht kommenden pharmakologischen Strategien nach Non-Response (trotz TDM) auf eine Antidepressiva-Monotherapie sind:

- Wechsel des Antidepressivums,
- Lithiumaugmentation,

Tab. 1: Antidepressiva

Substanz	Handelsname (Bsp.)	Startdosis (mg/d)	Standarddosis (mg/d)	Hochdosis ¹ (mg/d)	Sedierung, Gewichtszunahme	anticholinerg ²	Übelkeit	Schlafstörungen	Dysorthostase	Blutspiegel-Bereich im steady state (vor Medikationseinnahme) (ng/ml) ³	Grad der Empfehlung, sich am Blutspiegel zu orientieren ^{3,4}
Trizyklika											
Amitriptylin	Saroten				+++	+++	0	0	+++	80-200 ⁵	1
Clomipramin	Anafranil				+	+++	0	(+)	+++	175-450 ⁵	1
Desipramin	Pertofran				(+)	+	0	(+)	++	100-300	2
Doxepin	Aponal, Sinquan	25-50	150	300	+++	++	0	0	+++	50-150 ⁵	3
Imipramin	Tofranil, Pryleugan				+	++	0	(+)	+++	175-300 ⁵	1
Lofepramin	Gamonil				+	++	0	(+)	++		
Nortriptylin	Nortrilen				+	+	0	0	++	70-170	1
Trimipramin	Stangyl, Herphonal				+++	++	0	0	+++	150-350	3
Dibenzepin	Noveril	120-240	240-480	720	+	+	0	0	++		
Opipramol	Insidon	25-50	150	300	++	++	+	0	+		
Tetrazyklikum											
Maprotilin	Ludiomil, Deprilept	25-50	150	300	++	++	0	0	++	125-200	3
MAO-Hemmer											
irreversibel:											
Tranlylcypromin	Jatrosom	10	30	80	(+)	(+)	(+)	+	+	0-50	5
Tyraminarme Diät erforderlich; Gefahr eines Serotoninsyndroms bei Kombination mit oder unzureichendem Sicherheitsabstand zu serotonergen Pharmaka											
reversibel:											
Moclobemid	Aurorix	150	300-600	900	(+)	(+)	(+)	+	0	300-1000	4
SSRI											
Citalopram	Cipramil, Sepram									30-130	3
Fluoxetin	Fluctin	20	20-40							120-300 ⁵	3
Paroxetin	Seroxat, Tagonis				(+)	(+)	+	+	0	70-120	3
Escitalopram	Cipralext	10	10-20							15-80	4
Fluvoxamin	Fevarin	50	50-150							150-300	4
Sertralin	Zoloft, Gladem									10-50	3
SNRI											
Venlafaxin	Trevilor	75	150-225	375	(+)		+	+	0	195-400 ⁵	2
Duloxetin	Cymbalta	60	60	120	(+)		+	(+)			
Autorezeptor-Blocker											
Mianserin	Tolvin	30	60-120	180	+++	(+)	0	0	+	15-70	3
Trazodon	Thombran	50-100	200-400	600	+++	0	+	0	+++	650-1500	3
Mirtazapin	Remergil	15	15-45	80	+++	+	0	0	(+)	40-80	3
andere											
Bupropion	Elontril	150	150-300	450	0	0	(+)	+++	0	25	4
Reboxetin	Edronax, Solvex	8	8	10		+	(+)			10-100	4

¹ Hochdosis erfordert engmaschigere und gegebenenfalls stationäre Überwachung; mit einer Zunahme der unerwünschten Wirkungen muss gerechnet werden.

² Anticholinerge Wirkungen: z. B. Mundtrockenheit, Obstipation, Akkommodationsstörung, Harnverhalt, Delir

³ nach Bschor T (2005). Depression.

⁴ 1 = sehr empfohlen; 2 = empfohlen; 3 = nützlich; 4 = eventuell nützlich; 5 = nicht empfohlen

⁵ Summe aus Pharmakon und aktivem Metabolit

Abkürzungen: 5-HT = Serotonin; NA = Noradrenalin; m-Ach = muskarinerges Acetylcholinrezeptor; H1-Rez. = Histamin1-Rezeptor; α1-Rez. = α1-adrenerger Rezeptor; MAO = Monoaminoxidase; WA-Hemmung = Wiederaufnahmehemmung

- Antidepressiva-Hochdosisbehandlung,
- Kombination zweier Antidepressiva.

Die mutmaßlich am häufigsten, insbesondere im allgemeinärztlichen Bereich, eingesetzte Strategie ist, auf ein anderes Antidepressivum zu wechseln, was angesichts von ca. 30 verfügbaren Präparaten zunächst nahe liegt. Zumeist wird noch empfohlen, hierbei die Substanzklasse zu wechseln.

Eine systematische, computergestützte Suche in internationalen Studiendatenbanken fand lediglich drei Studien, in denen die Strategie „Wechsel des Antidepressivums“ kontrolliert, nämlich im Vergleich zu einer bloßen zeitlichen Verlängerung der Gabe des bislang unwirksamen Antidepressivums, verglichen wurde. In keiner der Studien war die Strategie „Wechsel des Antidepressivums“ dem bloßen Fortführen des bisherigen Antidepressivums überlegen. Auch eine Metaanalyse zeigte keine signifikanten Unterschiede.

Dies bedeutet, dass die Häufigkeit der Anwendung dieser Strategie in krassem Gegensatz zu ihrer wissenschaftlichen Fundierung steht und dringend weitere Studien benötigt werden. Solange diese nicht vorliegen, sollte auch angesichts der prinzipiellen Ähnlichkeit aller verfügbaren Antidepressiva auf Aneinanderreihungen immer neuer Antidepressiva verzichtet und auf eine der unten angeführten Strategien zurückgegriffen werden.

Dessen ungeachtet, ergeben sich einige Argumente, bei Therapieresistenz auf ein trizyklisches Antidepressivum oder auf den irreversiblen MAO-Hemmer Tranylcypromin zu wechseln.

Trizyklische Antidepressiva

Im Vergleich zu SSRI, die nur die serotonerge synaptische Übertragung verstärken, scheinen die auch noradrenerg wirksamen trizyklischen Antidepressiva bei schwerer zu behandelnden Patienten vermutlich eine etwas größere Wirkung zu haben. Eine sehr sorgfältig erarbeitete Metaanalyse mit über 100 Studien und über 10.000 Patienten zeigte, dass bei stationären Patienten trizyklische Antidepressiva wirksamer sind als SSRI. Trizyklische Antidepressiva bieten zudem die schon genannte Chance, sich an einem gut etablierten Serumspiegel zu orientieren und, wie weiter unten darzustellen ist, die sinnvolle Möglichkeit einer Hochdosisbehandlung, falls die Standarddosis ohne Wirkung bleibt.

Entscheidungsprozedur

Ermittlung der Schwere des depressiven Syndroms am Ende jeder Stufe mit der Hamilton Depressions-Rating Skala (HAM-D, 21-Item-Version):

- HAM-D \leq 9: Remission \rightarrow Bestätigungsuntersuchung nach 2 Wochen: bei Remissionsbestätigung \rightarrow Übergang in Erhaltungstherapie, bei Nicht-Bestätigung \rightarrow Fortführung des Stufenplan
- HAM-D-Abnahme \geq 8 Punkte (und Gesamtscore $>$ 9): Partialresponse \rightarrow Verlängerung der aktuellen Stufe um 2 Wochen (max. 1 x pro Stufe möglich)
- HAM-D-Abnahme $<$ 8 Punkte: Non-Response \rightarrow nächste Stufe

Tranylcypromin

Dem alten, irreversiblen MAO-Hemmer Tranylcypromin kommt (im Unterschied zum reversiblen MAO-Hemmer Moclobemid) vermutlich eine besondere Wirksamkeit bei therapieresistenten Depressionen zu, so dass dies die heutige Hauptindikation für dieses Pharmakon darstellt. Die Belege für die Wirksamkeit speziell bei therapieresistenten Depressionen beruhen allerdings vor allem auf älteren Studien, die nicht allen heutigen methodischen Erfordernissen genügen. Tranylcypromin erfordert die Einhaltung einer tyraminarmen Diät, um den Patienten nicht dem Risiko einer Bluthochdruckkrise auszusetzen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Patienten zumeist sehr viel besser mit der tyraminarmen Diät zurechtkommen, als von den Behandlern zunächst befürchtet. Unbeeinträchtigte kognitive Funktionen sind allerdings Voraussetzung. Tranylcypromin darf nicht mit serotonergen Medikamenten (z.B. SSRI, SNRI, Clomipramin) kombiniert oder in zu engem zeitlichem Abstand mit diesen gegeben werden (s. Fachinfo).

Lithiumaugmentation

Die Lithiumaugmentation ist ein speziell für die Behandlung therapieresistenter Depressionen besonders gut untersuchtes Verfahren. Unter Lithiumaugmentation versteht man die Hinzugabe von Lithium zu einem Antidepressivum, das nach ausreichend langer Dauer alleine

Medizinerberater der Central Krankenversicherung AG



Das MedPlanConsult-Konzept:
Ein Berater, viele Spezialisten.

Lassen Sie sich beraten für die
Gesundheit Ihrer Finanzen

Ihre Ansprechpartner für Hamburg:

Falko Skowronnek, Tel. 04532 500440
Thorsten Müller, Tel. 04171 608170

Telefon: 0221 1636-5000
info@medplanconsult.de
www.medplanconsult.de

 **MedPlanConsult**
Spezialistennetzwerk für Erfolg im Gesundheitswesen

keine Wirksamkeit entfaltet hat, um hiermit doch noch ein Ansprechen auf die Pharmakotherapie zu erzielen. Zehn doppelblinde, randomisierte Studien zeigten, dass die Chance, auf eine Lithiumaugmentation anzusprechen, über drei Mal so groß ist, wie auf eine Placebo-Augmentation anzusprechen (Odds ratio: 3,1; 95% CI: 1,8-5,4). Unter Beachtung der üblichen erforderlichen Voruntersuchungen und Kontraindikationen wird Lithium zum Zwecke der Augmentation eher rasch aufdosiert und unter regelmäßigen Lithium-Serumspiegelkontrollen ein üblicher therapeutischer Spiegel im Bereich von 0,6 bis 0,9 mmol/l angestrebt. Unter diesem Spiegel sollte die Wirkung zwei Wochen lang beobachtet und im Falle der Non-Response die Lithium-Behandlung auch wieder beendet werden, sofern keine weitere Indikation für Lithium besteht. Im Falle der Response ist die Kombination aus Lithium und Antidepressivum im Sinne der Erhaltungstherapie für sechs bis zwölf Monate fortzuführen. Alter allein (von Hochbetagten abgesehen) ist keine Kontraindikation für eine Lithiumbehandlung, wohl aber eine relevant verminderte Nierenfunktion. Anders als für Antidepressiva konnte für Lithium vielfach eine eigenständige antisuizidale Wirkung gezeigt werden. In jüngerer Zeit konnten kontrollierte Studien auch die Wirksamkeit einer Augmentation mit atypischen Neuroleptika zeigen. Im Unterschied zur Lithiumaugmentation ist dieses Verfahren aber schlechter untersucht und als Off-label-Behandlung einzuschätzen. Am besten untersucht hierfür sind Quetiapin, Olanzapin, Aripiprazol und Risperidon. Auch hierbei sind die entsprechenden Kontraindikationen zu beachten.

Antidepressiva-Hochdosistherapie

Wie eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zeigt, gilt die Annahme „viel hilft viel“ nur für einen Teil der Antidepressiva. Verschiedene Studien zeigen übereinstimmend, dass eine Hochdosisbehandlung bei SSRI nicht zu einer zusätzlichen Wirkung, sondern lediglich zu einem Mehr an Nebenwirkungen führt. Die Dosis-escalation von SSRI bei Non-Response auf die Standarddosis kann daher nicht als sinnvolles Vorgehen bezeichnet werden. Für TZA, Tranylcypromin und Venlafaxin hingegen fand sich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, so dass hier eine Hochdosisbehandlung (s. Tab. 1) durchaus ein rationaler nächster Behandlungsschritt sein kann. Die gezielte Suche nach Wirksamkeitsstudien ergab 17 Untersuchungen, in denen randomisiert eine Antidepressiva-Kombination mit einer Antidepressiva-Monotherapie verglichen wurde:

- Die vier Studien, in denen die Kombination eines TZA mit einem MAO-Hemmer untersucht wurde, ergaben sämtlich keinen Behandlungsvorteil der Kombination, so dass diese Kombination nicht empfohlen werden kann.
- In den vier Studien, die die Kombination aus einem SSRI und einem TZA (jeweils die noradrenergen TZA Desipramin oder Nortriptylin) untersuchten, zeigten nur zwei der Studien eine Überlegenheit der Kombination über die Monotherapie.
- Am ausführlichsten untersucht wurde die Kombination eines Wiederaufnahmehemmers (SSRI oder TZA) mit einem Blocker des präsynaptischen Autorezeptors (Mianserin, Mirtazapin oder Trazodon). Der präsynaptisch gelegene Autorezeptor dient der Selbst-

steuerung der Synapse im Sinne einer negativen Rückkopplung. Die drei genannten Medikamente blockieren diesen Rezeptor und führen durch die Blockade der negativen Rückkopplung zur vermehrten Freisetzung von Serotonin oder Noradrenalin in den synaptischen Spalt. Die Kombination aus Wiederaufnahmehemmer und Blocker der präsynaptischen Autorezeptoren ist gut untersucht. Hier wird in besonderer Weise ein Synergismus erwartet, da es beim Einsatz von Wiederaufnahmehemmern allein dadurch zur partiellen Wirkabschwächung kommt, dass die erhöhte Neurotransmitterkonzentration auch den Autorezeptor stimuliert. Acht der neun Studien zeigten eine Überlegenheit der Kombination über eine Monotherapie. Auch klinisch werden SSRI gerne mit Mirtazapin, Mianserin oder Trazodon kombiniert, da diese im Unterschied zu den SSRI eine sedierende Wirkung haben und am Abend gegeben werden können. Bei Mianserin ist das Risiko der Blutbildschädigung und bei Trazodon (bei Männern) die seltene Gefahr eines Priapismus zu bedenken.

Auf Basis der vorhandenen Datenlage ist nicht sicher zu entscheiden, ob beide Kombinationspartner in den üblichen Dosierungen verabreicht werden müssen, oder ob niedrigere Dosen genügen. Vermutlich führen Standarddosierungen zur größeren Wirksamkeit.

Antidepressive Therapiealgorithmen

Aufgrund der Vielzahl dargestellter Behandlungsoptionen bei therapieresistenten Verläufen stellt sich die Frage nach einer sinnvollen Abfolge therapeutischer Schritte im Sinne eines antidepressiven Stufenplanes oder Therapiealgorithmus. Die wahllose Aneinanderreihung inadäquat und unkontrolliert durchgeführter Behandlungsversuche wird als wichtige Ursache für die Entstehung von Therapieresistenz angesehen. Nach vorab festgelegten Intervallen kann standardisiert die Besserung des depressiven Syndroms gemessen und hiervon der Übergang in die nächste Behandlungsstufe abhängig gemacht werden. Abb. 1 gibt ein Beispiel für einen antidepressiven Therapiealgorithmus und die Entscheidungsprozedur. Große, randomisierte, kontrollierte Studien konnten zeigen, dass eine Behandlung nach einem antidepressiven Therapiealgorithmus häufiger und schneller zur Response führt, als eine Therapie nach freier Arztentscheidung. Die Stufenplan-behandelten Patienten erhielten weniger Pharmaka und seltener einen Strategiewechsel. Das Einhalten eines Therapiealgorithmus kann also unnötige Polypragmasie und vorschnellen Wechsel der therapeutischen Maßnahmen zu Gunsten des Patienten verhindern.

Unklar ist, in welcher Reihenfolge die Behandlungsstufen optimal angeordnet werden. Dies ist Gegenstand der aktuellen Algorithmus-Forschung. Erste Hinweise deuten an, dass eine frühe Lithiumaugmentation gewisse Vorteile hat. Eine umfassende, aktuelle und evidenzbasierte Übersicht zur Depressionsbehandlung gibt die kürzlich publizierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, die kostenlos im Internet erhältlich ist.

Literatur bei den Verfassern.

PD Dr. Tom Bschor, Chefarzt,
Psychiatrie, Schlosspark-Klinik Berlin
Tel.: 0 30 / 32 64 – 13 52 / 3
E-Mail: bschor@schlosspark-klinik.de



Moderne Investitionsförderung
zu günstigen Konditionen

In Zusammenarbeit mit



Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung. Moderne Investitionsförderung für Ärzte.

Als Arzt sind Sie heute immer auch Unternehmer. Mit maßgeschneiderten Finanzierungskonzepten investieren Sie erfolgreich. Der zinsgünstige KfW-Unternehmerkredit unterstützt Sie dabei. Steigern Sie jetzt den Wert Ihrer Praxis, sprechen Sie uns an. Wir informieren Sie gerne über die öffentlichen Förderprogramme.

Weitere Informationen erhalten Sie in Ihrer apoBank Filiale oder unter www.apoBank.de

Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der
Ärztekammer Hamburg,
Vizepräsident der
Bundesärztekammer



»Das Positionspapier der HKG
ist völlig abwegig.«

Falscher Kurs der Hamburgischen

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) hat sich mit einer Broschüre zu gesundheitspolitischen Positionen neu aufgestellt. Hinter den wolkigen Begriffen „Innovation“, Wettbewerb“, „Patientenorientierung“ und „Planungssicherheit“ verbergen sich Frontalangriffe auf andere Organisationen im Gesundheitswesen. Und so fiel die Kritik von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung entsprechend harsch und dabei sehr klar aus.

Wolkenkuckucksheime

Von Frank Ulrich Montgomery

Die „gesundheitspolitischen Positionen“ der HKG sind Ausdruck einer groben Fehleinschätzung eigener Möglichkeiten und Chancen. Statt sich ums stationäre Kerngeschäft zu kümmern und Probleme bei der Gewinnung ausreichenden und ausreichend qualifizierten Personals zu lösen, werden gesundheitspolitische Wolkenkuckucksheime aufgebaut. Das darf nicht unwidersprochen bleiben.

Als Hintergrund für den Vorstoß der HKG könnte man vermuten, dass sie ihren Bedeutungsverlust der vergangenen Jahre wettmachen will. Die HKG kämpft um ihre Daseinsberechtigung. Dieser Kampf scheint momentan offenbar wichtiger zu sein als die Interessen von Patienten und der in den Kliniken beschäftigten Ärzte. So macht es keinen Sinn, gesundheitspolitische Forderungen aufzustellen, die nicht nur inhaltlich, sondern auch rechtlich absurd sind. Die Krankenhäu-

ser wollen laut Papier die Verantwortung für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte übernehmen, weil nach ihrer Ansicht die Weiterbildung an hierarchischen Strukturen leidet. Wer ist denn für die Hierarchie im Krankenhaus verantwortlich? Es sind doch nicht die Ärzte, sondern die Krankenhausbesitzer! Man würde geradezu den Bock zum Gärtner machen, würde man die Krankenhäuser mit dieser wichtigen, für unser Gesundheitswesen zukunftsweisenden Aufgabe

betrauen. Nichts wird dadurch besser, dass der Verwaltungsdirektor oder der Ärztliche Direktor fachfremde Weiterbildungen verantworten. Das täte der Qualität Abbruch und würde die

Weiterbildungssituation in Hamburg dramatisch verschlechtern. Den Krankenhausträgern geht es nicht um Qualität, sondern nur darum, im Umgang mit jungen Ärztinnen und Ärzten ein weiteres Druck- und Machtinstrument in die Hand zu bekommen.

Vertrauensvolle Zusammenarbeit

Die Ärztekammer hat in Fragen der Weiterbildung in der Vergangenheit vertrauensvoll mit Ärztinnen und Ärzten aus Hamburger Kliniken und mit niedergelassenen Kollegen zusammengearbeitet. Zurzeit sind 1.475 Ärztinnen und Ärzte zur Weiterbildung befugt. Es gibt 385 Weiterbildungsbefugte im stationären Sektor, im ambulanten 1.022. Ferner gibt es 42 Befugte in „sonstigen Einrichtungen“ sowie 26 Befugte bei Behörden.

Bei vielen Weiterbildungsgängen sind Weiterbildungszeiten sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Sektor vorgesehen. Die Kammer hat ein differenziertes Befugnisssystem etabliert, in dem der Antragsteller eine Weiterbildungsbefugnis nur erhält, wenn er bestimmte Kriterien erfüllt.

Ein differenziertes Befugnisssystem

Er muss sein medizinisches Spektrum nachweisen und erhält die Weiterbildungsbefugnis für eine bestimmte Anzahl von Monaten – eine wichtige Maßnahme zur Sicherung der Qualität der Weiterbildung. Darüber hinaus wird die apparative, räumliche und personelle Ausstattung überprüft, auch um zu vermeiden, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu billigen Hilfskräften „verkommen“. Die fachlich-inhaltliche Prüfung solcher Anträge nehmen zwei Fachbeisitzer für die Ärztekammer vor. Zusätzlich führt die Ärztekammer Begehungen der Weiterbildungsstätten durch, um sich vor Ort ein Bild über die tatsächlichen Gegebenheiten zu machen.

Bundesweit wurde im vergangenen Jahr die Weiterbildung evaluiert. Erste Ergebnisse sind ab Seite 20 in dieser Ausgabe veröffentlicht. Über 50.000 Ärztinnen und Ärzte waren aufgerufen, sich an der Evaluation der Weiterbildung zu beteiligen. Bundesärztekammer und Landesärztekammern wollen damit in Erfahrung bringen, wie die Facharzt-Weiterbildung in Deutschland bewertet wird und was verbessert werden muss.

Frontalangriff der HKG

In einer Ende Februar veröffentlichten Broschüre stellt die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) absurde Forderungen.

Von Dr. Frank Ulrich Montgomery und Dr. Michael Späth



Dr. Michael Späth
Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der KV Hamburg

»Die HKG bringt die Vertragsärzte gegen sich auf.«

Krankenhausgesellschaft

In Hamburg und Bremen wurde die Umfrage bereits zum zweiten Mal durchgeführt. Dadurch können wir Stärken und Schwächen der Weiterbildung erkennen und feststellen, wo es Handlungsbedarf gibt. Schon die Ergebnisse der Umfrage 2006 haben in den Weiterbildungsstätten viel bewegt und Diskussionen und Veränderungen in Gang gesetzt. So wurden in Klinikabteilungen z. B. die Arbeitsbedingungen während der Weiterbildung familiengerechter gestaltet.

Bundes- und Landesgesetzgeber haben zu Recht und mit Bedacht die ärztliche Selbstverwaltung mit der Aufgabe der Weiterbildung betraut. Der Wunsch der Krankenhäuser wäre nur durch eine Änderung von Bundes- und Landesgesetzen möglich. Daran aber denkt zurzeit niemand. Insofern geht der Vorstoß der HKG vollständig ins Leere.

Neben der Forderung nach einer Anpassung der Gesetze an technische Entwicklungen, einer schnelleren und differenzierteren Aus- und Weiterbildung in der Pflege oder Wachstum für die Gesundheitswirtschaft stört der Gesamtduktus der Forderungen. Die monetären Interessen der Kliniken stehen im Vordergrund, nicht die medizinische Versorgung, nicht die Patienten und schon gar nicht die Ärztinnen und Ärzte.

Besonders enttäuschend ist, dass es im Vorfeld von Seiten der HKG weder Gesprächsangebote gegeben hat noch die Diskussion gesucht wurde. In Anbetracht der guten Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren ist das ein neuer Ton und wirft uns um Jahre zurück.

Gut zwei Monate, nachdem der Geschäftsführer der Asklepios Kliniken Hamburg, Peter Oberreuter, zum neuen Vorsitzenden der HKG gewählt wurde, geht der Dachverband der Hamburger Krankenhausträger auf Konfrontationskurs mit den niedergelassenen Ärzten. Die ambulante Öffnung der Krankenhäuser müsse weiter vorangetrieben werden, heißt es im HKG-Papier. „Die Patienten müssen für ambulante Medizin grundsätzlich auch das Krankenhaus wählen dürfen.“

Feindliche Übernahme der ambulanten Versorgung?

Von Dr. Michael Späth

Im Klartext heißt das: „Zieht Euch warm an, Ihr Niedergelassenen! Wir werden Euch bedrängen und Euch das Wasser abgraben!“ Die ambulante Versorgung wurde aufgebaut von Ärzten, die ihr persönliches Engagement und ihr privates Geld in eine Praxislandschaft investieren, die weit über die Grenzen Hamburgs hinaus als vorbildlich gilt. Praxisinhaber müssen ihren Betrieb mit Eigenmitteln finanzieren. Sie haften für Kredite, gehen ein Risiko ein, verknüpfen ihre Existenz mit ihren Praxen. Nun sollen diese vergleichsweise kleinen, hocheffizienten Versorgungseinheiten in einen Konkurrenzkampf mit Krankenhauskonzernen wie Asklepios in Hamburg getrieben werden, die mit Steuergeldern ermöglicht wurden und deren Struktur

noch immer öffentlich subventioniert wird? Als 2005 der Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) von Asklepios übernommen wurde, gab Firmen-Gründer und Gesellschafter Dr. Bernard gr. Broermann einen kleinen Empfang in der Bibliothek des Elysee-Hotels und erklärte, dass er hier in Hamburg Krankenhauspolitik nur mit und nicht gegen die Niedergelassenen machen werde. Er berichtete von seinen Erfahrungen in den USA, wo er den Fehler gemacht habe, das ambulante Ge-

schäft an die Krankenhäuser zu holen und den Praxen direkte Konkurrenz zu machen. Das sei seiner Krankenhauskette schlecht bekommen, so Broermann, weshalb er sich geschworen habe, künftig mit den

niedergelassenen Ärzten konstruktiv und kollegial zusammen zu arbeiten.

Vor dem Hintergrund dieser Absichtserklärung gab es ein Gentlemen's-Agreement zwischen der KV und Asklepios: Die KV unterstütze die Bestrebungen zur Sanierung des angeschlagenen LBK. Im Gegenzug dazu sagte Asklepios zu, jeden Vorstoß in den ambulanten Sektor mit den Interessen der niedergelassenen Ärzte abzustimmen.

Diese Übereinkunft wurde viele Jahre lang von beiden Seiten eingehalten – bis der Gesetzgeber mit dem Paragraphen 116 b SGB V die Krankenhäuser dazu animierte, ihre Stationen für die Versorgung schwer und chronisch kranker Patienten zu öffnen. Asklepios stellte Anträge für alle Disziplinen – auch

jene, die bereits hervorragend von den Niedergelassenen abgedeckt waren. Und die Gesundheitsbehörde genehmigte, was das Zeug hielt. Nun entsteht in Hamburg eine zweite Facharztschiene an den Krankenhäusern, die auch nach Ansicht der Krankenkassen nicht die Versorgung verbessert, aber Ressourcen vergeudet.

Gewachsene Strukturen gefährdet

In kleinen Bereichen der hochspezialisierten Medizin ist eine ambulante Versorgung an Krankenhäusern bisweilen durchaus sinnvoll. Wir haben das in einigen Fällen unterstützt. Doch wer ganze Fachbereiche wie die ambulante Onkologie ans Krankenhaus holt, gefährdet die gewachsenen Strukturen der patientennahen onkologischen Spitzenmedizin in Hamburg.

Längst strecken die Krankenhauskonzerne ihre Fühler auch in die Fläche aus. Es ist bekannt, dass Asklepios in den vergangenen Jahren in den Randgebieten und im Speckgürtel von Hamburg Arztsitze aufgekauft hat, um dort Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzurichten. Nun stößt der Konzern in die ambulante Versorgung des Stadtgebiets vor und will mit Hilfe eines Onkologen aus Reinbek ohne Abstimmung mit den Niedergelassenen das MVZ Onkologikum im AK Barmbek gründen. Ein Krankenhaus-MVZ mitten im Stadtgebiet – das wäre ein Bruch der Übereinkunft, die Basis war für eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Asklepios und niedergelassenen Ärzten.

Eine neue Rücksichtslosigkeit

In dieses Bild einer neuen Rücksichtslosigkeit von Krankenhäusern passt das Positionspapier der HKG. Was ist die Strategie dahinter? Sollen die Praxen sturmreif geschossen werden, um sie billiger aufkaufen zu können? Wollen Konzerne wie Asklepios mit einem über das gesamte Stadtgebiet gezogenen Netz aus Versorgungszentren – unter Ausschluss niedergelassener Fachärzte – ein Gesamtversorgungsangebot für Krankenkassen schmieden? Über alle diese Fragen kann derzeit nur spekuliert werden. Jedenfalls werden wir diese Entwicklung aufmerksam verfolgen und mit aller Stärke die Interessen der Niedergelassenen in Hamburg vertreten.

Wenn die HKG an anderer Stelle des Positionspapiers fordert, „eine vergleichbare Qualitätstransparenz, wie sie im Krankenhausbereich seit Jahren besteht“, auch für den ambulanten Bereich einzuführen, kann man nur noch den Kopf schütteln. Lange, bevor sich der stationäre Bereich mit dieser Frage beschäftigte, gab es im ambulanten Bereich bereits eine personenbezogene Qualitätssicherung mit zum Teil sehr drastischen Fol-

gen für Ärzte, die diese Bedingungen nicht erfüllten. Die Krankenhäuser zogen später nach, allerdings lediglich mit einer abteilungsbezogenen Qualitätssicherung. Eine personenbezogene Qualitätssicherung gibt es im Krankenhaus noch immer nicht.

Geradezu abenteuerlich klingt die Forderung der HKG, die ärztliche Weiterbildung müsse in die Verantwortung der Krankenhäuser übergehen. Wir sind seit Jahren mit den Krankenhäusern im Gespräch, um sie zu einem gemeinsamen Vorgehen bei der verlässlichen Bereitstellung von Weiterbildungsstellen, insbesondere für Allgemeinmediziner, zu bringen. Wenn die niedergelassenen Ärzte bei der Weiterbildung ihren Teil nicht erfüllen würden, wäre es schlecht bestellt um den Nachwuchs in der hausärztlichen Medizin. Den Krankenhäusern im Weiterbildungsbereich einen Alleinvertretungsanspruch einzuräumen, verbietet sich angesichts der Verlagerung großer Teile der Medizin in den ambulanten Bereich schon deshalb, weil große Teile der Weiterbildung am Krankenhaus gar nicht mehr abgebildet werden können.

Monopolisten oder weltfremde Hybris

Oder verfolgt Asklepios eine ganz andere Strategie? Es fällt auf, dass die HKG aus heiterem Himmel ihre Zustimmung zurückgezogen hat, die Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt bei der Ärztekammer anzusiedeln und stattdessen sämtliche Aufgaben selbst übernehmen möchte. In ihrem Machtanspruch akquiriert die HKG dabei auch gleich Aufgaben, die von Gesetzes wegen der Kammer zustehen. Aber aus Asklepios-Sicht könnte das Sinn machen: Von der Ausbildung der angehenden Mediziner in der konzerneigenen „Asklepios Medical School“ über die HKG-gesteuerte Weiterbildung bis hin zur Anstellung der Ärzte in Asklepios-MVZ hätte der Konzern die gesamte Kette in der Hand. Geniale Strategie auf dem Weg zum Monopolisten oder weltfremde Hybris?

Um es deutlich zu sagen: Einen fairen Wettbewerb müssen niedergelassene Ärzte nicht fürchten. Die HKG schreibt: „Wettbewerb funktioniert nur, wenn die Spielregeln allen Teilnehmern gleiche Chancen bietet. Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass es nicht zu Wettbewerbsverzerrungen kommt.“ Dem können wir nur beipflichten. Gäbe es einen fairen Wettbewerb, wären flexible und hocheffiziente Praxisstrukturen dem schwerfälligen Krankenhausbetrieb weit überlegen. Doch weil die Krankenhauskonzerne staatlich bezuschusst werden und ihre einzelnen ambulanten Versorgungseinheiten mit langem Atem quersubventionieren können, kann das HKG-Positionspapier nur als Kampfansage verstanden werden.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion

Nicola Timpe, Dorthe Kieckbusch

Verlag

Hamburger Ärzteverlag GmbH & Co KG
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Telefon: 0 40 / 20 22 99-2 05, Fax: -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: - 90

Anzeigenleitung: Bernd Roloff

Telefon: 040 / 29 80 03-22

E-Mail: info@wels-verlag.de

Internet: www.wels-verlag.de

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

Anzeigenschluss für

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

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Peter Haase, Michael von Hartz

Titel: Michael von Hartz

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 15 300

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

Weiterbildung

Die Ergebnisse der ersten bundesweiten Online-Befragung zur Situation der ärztlichen Weiterbildung zeigen Ansatzpunkte für weitere Verbesserungen.

Von Carmen Austin¹, Dr. Klaus Beelmann², Dr. Carsten Leffmann³

Umfassender Einblick in die Weiterbildung

An der ersten bundesweiten Online-Befragung zur Situation ärztlicher Weiterbildung – nach dem von der FMH aus der Schweiz übernommenen Evaluationskonzept – haben sich insgesamt 27.000 Ärztinnen und Ärzte aus 16 Landesärztekammern (LÄK) beteiligt. Zu beantworten waren 60 Fragen durch die Weiterbildungsassistenten und 30 Fragen durch die Weiterbildungsbefugten. Eine derart umfangreiche Erhebung generiert eine Fülle interessanter Ergebnisse und Auswertungsmöglichkeiten, so dass hier nur Einzelheiten aufgeführt werden können. Darüber hinausgehende Informationen finden sich auf dem EVA-Portal www.evaluation-weiterbildung.de und der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-hamburg.de. Dem bundesweiten Großprojekt ging 2006/2007 die Pilotbefragung in den Kammerbereichen Hamburg und Bremen voraus (vgl. HÄB 4/08). Erste Vergleiche der zwei Jahre auseinander liegenden Erhebungsergebnisse werden für Hamburg ebenfalls dargestellt.

Beteiligung in Hamburg

Aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungsgrundlagen für die aktiven Weiterbildungsbefugten (WBB) lassen sich die Prozentangaben der Rücklaufquoten von 2007 und 2009 nicht unmittelbar vergleichen. Deutlich ist aber, dass die Absolutzahl der Beteiligung von 181 auf 273 WBB angestiegen ist. Dies entspricht einem Zuwachs von 50%. Bei einer Spanne von 36,4% bis 76,8% zwischen den 16 Landesärztekammern liegt Hamburg mit 54,6% im unteren Drittel.

Bei den Weiterbildungsassistenten (WBA) ist die Beteiligung von 312 in 2007 auf 562 Kolleginnen und Kollegen in 2009 angestiegen. Dies entspricht einem Zuwachs von 80%. Bei einer Spanne von 27,6% bis 43,5% liegt Hamburg mit 32,2% im Mittelfeld. Insgesamt gesehen wird deutlich, dass die Beteiligung der WBA auch in der bundesweiten Befragung hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist.

Die niedrigste Rücklaufquote war mit unter 30% im Gebiet Chirurgie zu verzeichnen. Die höchste mit 50 bzw. 65% in der ambulanten Versorgung resp. in der Wei-

Abb. 1: Acht Fragenkomplexe Landesärztekammer vs. DE

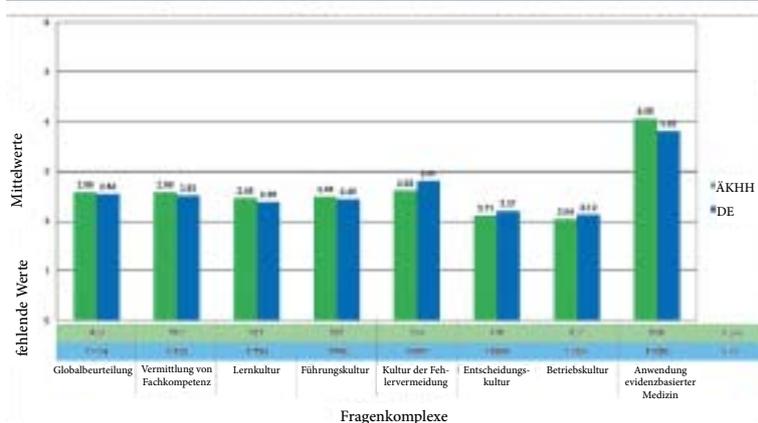
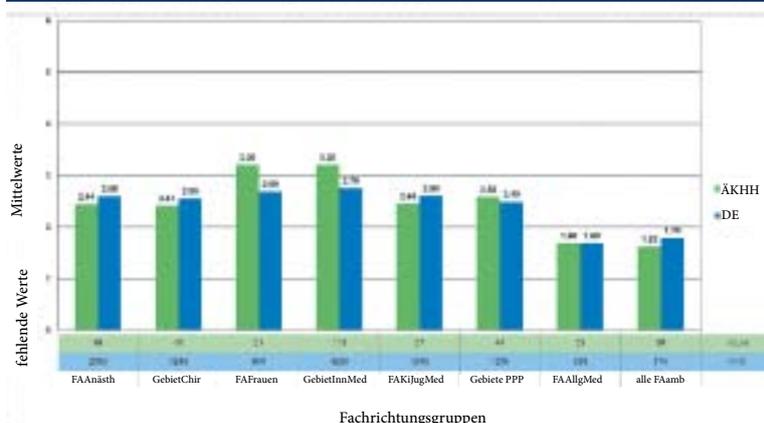


Abb. 2: Globalbeurteilung



(¹ Leiterin der Weiterbildungsabteilung der Ärztekammer Hamburg (ÄKHH); ² Geschäftsführender Arzt, ÄKHH; ³ Geschäftsführer der Fortbildungsakademie, ÄKHH)

terbildung Allgemeinmedizin. Damit ist die Varianz im Hamburger Kammergebiet deutlich ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt.

Die direkte Kontaktaufnahme der Ärztekammern zu ihren WBB im Rahmen dieses Projektes und der Austausch über die Weiterbildungsaktivitäten boten darüber hinaus die Chance, den eigenen Datenbestand zu erweitern.

Auswertung

Die Auswertung der Fragen wird von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich durchgeführt und in acht Dimensionen dargestellt. Bei Betrachtung der Ergebnisse dieser Dimensionen (Abb. 1) aus der WBA-Be-

Interessante Aspekte zeigen sich bei der Betrachtung einzelner Dimensionen im Fachgruppenvergleich, der unter acht großen Fachgruppen angestellt wurde. Eine erstaunliche Konstanz lässt sich bei den Ergebnissen zum „hauptsächlich weiterbildenden Arzt“ feststellen. 2007 und 2009 wird unverändert mit rund 9% „Chefarzt“ und mit rund 63% „Oberarzt“ konstant angegeben. Auch hinsichtlich des Bestehens strukturierter Weiterbildungspläne haben sich in den letzten zwei Jahren keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Gut 50% der WBA wissen von der Existenz eines solchen WB-Planes nichts. Eine Verbesserung ist dringend erforderlich.

Der aktuelle Vergleich mit den Schweizer Zahlen, wo die Untersuchung seit mehreren Jahren (jedoch nur an großen Weiterbildungsstätten wie Krankenhäusern) wiederholt wird, zeigt viel geringere Unterschiede in der Bewertung, als noch vor zwei Jahren. Wurde in Hamburg 2007 über alle acht Dimensionen hinweg durchschnittlich knapp eine Schulnote (0,83) schlechter bewertet als in der Schweiz, liegt dieser Unterschied 2009 nur noch bei 0,27 Schulnoten. Die anstehende Analyse wird diese zunächst nur statistische Dynamik genauer hinterfragen. Auf den ersten Blick scheinen die jetzigen Ergebnisse aus Hamburg und Deutschland besser ausgefallen zu sein, als in der Pilotuntersuchung in Hamburg und Bremen 2007. Im Gegensatz zu dieser wurde bei der Bundesbefragung eine Auswertungssystematik angewandt, die einen direkten Vergleich der Ergebnisse zu den acht Dimensionen zwischen WBA und WBB ermöglicht. Während die Globalbeurteilung noch identisch ausfällt, ergeben sich bei den anderen Dimensionen mehr oder wenig stark ausgeprägte Wahrnehmungsdifferenzen, die in den Bereichen „Führungskultur“, „Entscheidungskultur“ und „Anwendung evidenzbasierter Medizin“ besonders deutlich werden. Grundsätzlich schätzen die WBB einzelne Aspekte positiver ein als die WBA.

Erfreulich ist für Hamburg und das gesamte Bundesgebiet die positive Bewertung der Führungs-, Entscheidungs- und Betriebskultur, die gemessen an Schulnoten mit „gut“ bewertet werden. Fehler- und Lernkultur schneiden etwas schlechter ab. Auf diesem Bewertungsniveau liegt auch die Beurteilung der Vermittlung von Fachkompetenz.

Abb. 3: Anwendung evidenzbasierter Medizin

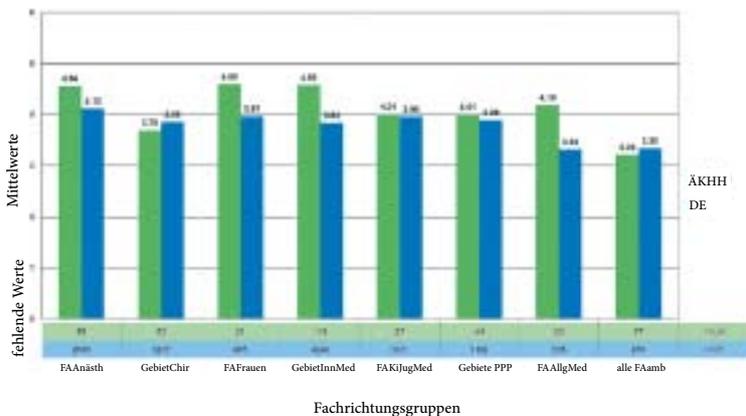


Abb. 4: „Dynamische Spinne“ im Webportal

Interaktive Grafik für fachgruppenbezogene Vergleichskombinationen auf Landes- und Bundesebene

Zugang für:

- LÄK/BÄK
- WBB-Teilnehmer der Evaluation
- WBA-Teilnehmer der Evaluation

[LINK]
„Dynamische Spinne“



fragung fallen zunächst keine besonderen Unterschiede zwischen Hamburg und dem Bundesdurchschnitt auf. Für sieben Dimensionen lagen die Bewertungen im Mittel zwischen „gut“ und „befriedigend“. Immer wieder auffällig ist – im Übrigen auch bei der Schweizer Befragung – die Dimension „Anwendung evidenzbasierter Medizin“ (s. Abb. 3). Dieser Bereich ist bundesweit und auch in der Schweiz der durchgängig am schlechtesten bewertete Aspekt. Wie in Abb. 3 zu sehen, sind die Ergebnisse bundesweit allenfalls mit „4 = ausreichend“ bewertet.

Dynamische Spinne

Den Weiterbildungsbefugten gehen die Berichte individuell zu. Das Webportal mit den Möglichkeiten einer differenzierten Ergebnisbetrachtung steht nur denjenigen WBB und WBA zur Verfügung, die sich an der Befragung beteiligt haben und über Zugangsdaten verfügen (s. Kasten). Mit der dynamischen Spinne (Abb. 4) ist dem auswertenden Institut ein Vergleichsinstrument gelungen, das zum „Spielen“ mit den Daten einlädt.

Gelungene Kooperation

Der außerordentlich große Umfang des Projektes konnte nur durch eine enge Kooperation aller Landesärztekammern miteinander unter dem Dach der Bundesärztekammer bewältigt werden. In der Zusammenfassung zeigt sich:

- Im Gegensatz zur Pilotbefragung in Hamburg und Bremen 2007 ermöglichen die jetzigen Ergebnisse ei-

Ergebnisse im Webportal

Die Information der WBA über spezifische Ergebnisse der eigenen Abteilung kann nur über das Webportal unter www.evaluation-weiterbildung.de erfolgen, da die Befragung anonym durchgeführt wurde. Weiterbildungsassistenten sollten ihre Weiterbildungsbefugten daher direkt ansprechen, um die Ergebnisse gemeinsam zu diskutieren. Diejenigen, welche sich an der Pilotbefragung beteiligt haben, können mit den alten Zugangsdaten auf das Webportal gelangen und einen Fachgruppen übergreifenden Vergleich erhalten.

nen besseren Vergleich der jeweiligen Einschätzungen von WBA und WBB, weil die Befragungsinstrumente angeglichen wurden.

- Durch die Ausweitung der Befragung auf das gesamte Bundesgebiet werden erstmalig auch getrennte Auswertungen nach städtischen oder ländlichen Umfeldern möglich.
- Für Hamburg ergibt sich die Möglichkeit, sich über den Vergleichshorizont mit Bremen hinaus einen Eindruck von der bundesweiten Situation zu verschaffen.
- Die Weiterentwicklung des elektronischen Analysetools (dynamische Spinne) ermöglicht „per Mausklick“ vielfältige Vergleiche zwischen Fachgruppen und/oder Bundesländern untereinander, die das Verständnis von der Weiterbildungslandschaft auf neue Füße stellt.
- In diesem Umfang gelingt erstmals ein analytischer Blick auf die Realisierung von Weiterbildung und den dazu in der Weiterbildungsordnung festgelegten Anforderungen.
- Individuelle Befugtenberichte erlauben den WBB eine erste Orientierung im Vergleich zur eigenen Fachgruppe, wo ggf. Ansatzpunkte zur Verbesserung bestehen könnten. Hierin besteht ein konkreter Nutzen für die an der Weiterbildung Beteiligten.

- Die Beurteilung evidenzbasierter Medizin schneidet in Deutschland und der Schweiz schlecht ab. Es wird in kommenden Befragungen auch darum gehen, das Verständnis für evidenzbasierte Medizin zu diskutieren und den Konsens zu verbessern.
- Durch die hohe Aufmerksamkeit für dieses Projekt (auch von Fachgesellschaften, Berufsverbänden etc.) steigt die Wahrscheinlichkeit, Veränderungsansätze weiter verfolgen zu können.
- Der große Bekanntheitsgrad stellt zunehmend sicher, dass die Ergebnisse im Sinne eines Benchmarking Verwendung finden und zu mehr Transparenz in der Weiterbildungslandschaft führen.
- Kritikern kann entgegengehalten werden, dass es zuvor überhaupt keine Daten gab und dieses Instrument zukünftig gemeinsam nach Bedarf in jede Richtung weiterentwickelt werden kann.
- Die nächste Erhebung ist im Projektablauf bereits für 2011 vorgesehen, so dass gleichzeitig ein Monitoringinstrument für Veränderungen eröffnet wird.

Erhöhung der Beteiligungsrate

Hauptziel für die nächste Runde in 2011 muss eine Erhöhung der Beteiligungsrate sein. Ein größerer Nutzen (Marktorientierung) und damit Anreiz zur Beteiligung für die WBA könnte durch Schaffung einer größtmöglichen Transparenz durch Einstellung der Ergebnisse ins Internet (wie in der Schweiz seit Jahren üblich) erzielt werden.

Zudem besteht der dringliche Wunsch, in Zukunft die WBA mit dem Befragungsinstrument direkt zu erreichen, und nicht über den Umweg über ihre WBB. Auch wenn wir alle unsere Kammermitglieder „kennen“, ist uns der „tagesaktuelle“ Status der Tätigkeit nicht bekannt. Aufgrund der vorherrschenden Kritik in diesem Punkt, ist die Ärztekammer Hamburg wie andere auch zurzeit bemüht, Lösungswege zu entwickeln.

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

Lösung: Seite 35

Anamnese:

Eine 20-jährige Patientin wurde gastroskopiert bei uncharakteristischen Oberbauchbeschwerden, z. T. stressabhängig. Im Ösophagus zeigte sich dieser ungewöhnliche Befund: weißliche, durchgehende, gewellte Belege – wie hängende Raffrollos – trennten lineare Areale normaler roter Speiseröhrenschleimhaut ab. (Dr. Hanno Scherf)



Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.			
Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag, 3. Mai, 18 – 19.30 Uhr	Montagskolloquium – Integration schwerbehinderter Menschen in Hamburg	BIHA und VDBW, Herr Stöcker, Tel.: 72 27-565, E-Mail: u.stoecker@amz-reinbek.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, 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.	12.4.: „Minisymposium: Aktuelle Aspekte in der Carotis-Chirurgie“; 19.4.: „Meeting des Cardiovascular Research Center“; 3.5.: „Minisymposium Notfallmedizin: Der ateminsuffiziente Patient im Rettungsdienst“	UKE, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Prof. Reuter, Tel.: 74 10 - 54477	Hörsaal Frauenklinik, Martinistr. 52
Montags, 19 Uhr	Interdisziplinäre Fallkonferenz (Fallanmeldung bei Dr. Maaßen unter Tel.: 18 18 86 - 23 41, Fax: - 21 49 möglich)	Brustzentrum Hamburg-Süd	Besprechungsraum
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus, Institut für Pathologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 27 02	Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. Haebelin, 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, 20. April, 18.30 – 20 Uhr	QZ Arbeitsmedizin – Fortbildung für Betriebsärzte	Herr Dr. Bandomer, Tel.: 27 80 63 47, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld 14
Dienstag, 4. Mai, 19 – 21 Uhr	7. Pädiatrische Fallkonferenz (3 P)	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66; seminare@endokrinologikum.com	Endokrinologikum, Seminarr. Aquarium, Lornsenstr. 4 – 6
Dienstag, 4. Mai, 20 – 22.30 Uhr	„Varicella Zoster und Herpes Simplex Virus in Klinik und Praxis – Update Diagnostik und Therapie“	AescuLabor, Tel.: 33 44 11 - 99 66, E-Mail: seminare@aesculabor-hamburg.de	AescuLabor Hamburg, Haferweg 36 + 40
Dienstag, 11. Mai, 16.30 – 18 Uhr	„Herzinsuffizienz und Rehabilitation“	BG UKH, Zentrum für Rehabilitationsmedizin, Frau Strätz, Tel.: 73 06 - 2811	Bergedorfer Str. 10, Hörsaal
Dienstags u. donnerstags, 7.30 – 8.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	Marienkrankenhaus, Zentrum Innere Medizin, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 25 02	Haus 1, Institut für Radiologie, Demoraum
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf	Konferenzraum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum/ Herr Lehmann (81 91 - 0), Herr Lauk (81 91 - 25 15)	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion MVZ Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 4. Dienstag im Monat, 18 – 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz (3 P)	UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 74 10 - 5 90 94	Gebäude W10, 3. Stock, Seminarraum
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel.: 23 84 30 - 42, Fax: - 45	Radiolog. Privatpraxis Finkentaedt/ Maas, Raboisen 40
Alle 2 Monate dienstags, 18 – 20 Uhr	1.6.: Informationsveranstaltung „Kinderherzprogramm“	UKE, Kinderherzchirurgie, Fr. Barbara Remberg, Tel.: 74 10 - 5 82 2; b.remberg@uke.de	Universitäres Herzzentrum HH, Gebäude N23, EG
Mittwoch, 21. April, 9.15 – 14 Uhr	Fachtagung des BDK und des Weissen Rings „Anforderungen an einen wirksamen Kinderschutz“	www.bdk.de/hh , Anm. per E-Mail: lv.hamburg@bdk.de	Polizeipräsidium HH, Bruno-Georges-Platz 1
Mittwoch, 21. April, 19 Uhr	Ärzte ohne Grenzen – Informationsabend	Ärzte ohne Grenzen, Tel.: 030 - 700 130 0, E-Mail: office@berlin.msf.org	UKE, Hörsaal Orthopädie, Gebäude O 45, Martinistr. 52
Mittwoch, 28. April, 16.30 Uhr	2. Frühjahrssymposium – „Schwangerschaft“	Labor Lademannbogen, Anm. unter Tel.: 5 38 05 - 164, Frau Lackorzynski	Lademannbogen 61
Mittwoch, 5. Mai, 16 – 19 Uhr	„Zerebrale Fehlbildungen des Feten“ – Fortbildungsreihe Pränatale Medizin (4 P)	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66; seminare@endokrinologikum.com	Endokrinologikum, Seminarr. Aquarium, Lornsenstr. 4 – 6
Mittwoch, 12. Mai, 18 Uhr s.t.	„Kritische Situationen an der Einsatzstelle – Bes. Herausforderungen in der präklinischen Rettungsmedizin“	AK St. Georg, Abt. Anästhesiologie u. operative Medizin, Tel.: 18 18 - 85 48 24	Lohmühlenstr. 5, Sitzungssaal, Haus J, 2. OG
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankenhaus, Prof. Riedel, Tel.: 88 90 82 01	Konferenzraum
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Senologisch-onkologische Konferenz des Kooperativen Mammazentrums Hamburg	KH Jerusalem und KH Elim (Diakonie-Klinikum Hamburg) Tel.: 41 17 29 - 29/ 490 66 582	KH Jerusalem, Konferenzraum, Moorkamp 8
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 – 16 Uhr	Gynäkologisch-onkologische Konferenz	Gynäkologisches Tumorzentrum des DKH (KH Elim) Tel.: 490 66 582	KH Jerusalem, Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 15.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P; Fallanmeldung unter Tel.: 20 92 - 12 01)	Schön Klinik Hamburg-Eilbek	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 für Radiologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 16 02	Haus 1, Demoraum
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Schmerzambulanz Alten Eichen, Anm.: Frau Falckenberg, Tel.: 54 04 060	Krankenhaus Alten Eichen, Wördemannsweg 23
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46 - 14 02)	MarienkH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 18 85 - 4274	Haus CF, Konferenzraum
Donnerstag, 6. Mai, 14.30 – 16 Uhr	„Neues aus der Mikrobiologie“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Dr. S. Kluge, Tel. 74 10 - 570 10	Neues Klinikum, 3. OG, Seminarraum 311
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	15.4.: „Journal-Club“; 22.4.: „State of the Art bei der Therapie von Borderline Tumoren des Ovars“; 29.4.: „Minimal invasive Chirurgie in der gynäkologischen Onkologie“; 6.5.: „S3-Leitlinie Gestationsdiabetes – Stand 2010“	UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken u. Polikliniken für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel.: 74105 - 3506	Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10)
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßschir., 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/Neonatologie/Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift / Dr. Püst, Tel.: 6 73 77 - 2 82	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 Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/Onkologie, Tel.: 18 18 82 - 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Abt. für Allgemein, Viszeral- und Tumorchir., Dr. Daniels, Tel.: 55 88 - 22 57	Raum KU 13
Jd. 2. Donnerstag, 16.15 – 18.30 Uhr	22.4.: „Der anonymisierte Krankenschein – politische Kontroversen um seine Einführung“; 6.5.: „Das neue Gendiagnostikgesetz von 2009: Was verändert sich in der Praxis?“	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 74 10 - 53696	Seminarraum Frauenklinik, Martinistr. 52
Freitag, 16. April, 15 – 19 Uhr	„Mikroskopierkurs für die Infektionsdiagnostik in der Frauenarztpraxis“ (6 P)	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66; seminare@endokrinologikum.com	AescuLabor Hamburg, Haferweg 40
Freitag, 30. April, 20 – 21.30 Uhr	„Verborgene Zielvorstellungen in der Therapeut-Patient-Interaktion – Eine qualitative Untersuchung von Transkripten der psychotherapeutischen Behandlung zweier Patienten mit der Diagnose Psychose“ (2 P)	APH, Frau Harff, Tel.: 22 72 88 14, www.aph-online.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Lerchenfeld 14
Freitag – Samstag, 23. – 24. April	„Psychosomatische Grundversorgung“ Der Kurs für Frauenärztinnen und Frauenärzte – Teil II von III (50 P)	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66; seminare@endokrinologikum.com	AescuLabor Hamburg, Haferweg 40
Freitag – Samstag, 23. – 24. April	„Prüfungsorientiertes Repetitorium der Arbeitsmedizin“	SAMA, E-Mail: ulm@sama.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Lerchenfeld 14
Freitag – Sonntag, 7. – 9. Mai	Symposium Endokrinologikum Hamburg 2010 – Frühjahrsseminar (4 + 7 + 4 P)	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66; seminare@endokrinologikum.com	Endokrinologikum, Seminarr. Aquarium, Lornsenstr, 4 – 6
Samstag, 17. April, 9 – 13 Uhr	„Mikroskopierkurs für die Infektionsdiagnostik in der Frauenarztpraxis“ (6 P)	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66; seminare@endokrinologikum.com	AescuLabor Hamburg, Haferweg 40
Samstag, 17. April, 11 – 17.15 Uhr	„Sicher diagnostizieren m. Hilfe des Konflikt- u. Strukturmodells und der unbewussten Szene – ein Widerspruch?“	APH, Frau Harff, Tel.: 22 72 88 14, www.aph-online.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Lerchenfeld 14
Samstag, 24. April, 10.15 Uhr	„Hamburger Macula-Tag“	UKE, Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde, Frau Schrage, Tel.: 74 10 - 5 23 01	UKE, Martinistr. 52
Samstag, 8. Mai, 10 – 14 Uhr	11. Histologisches Kolloquium und wissenschaftlicher Vortrag (6 P)	Verein der Pathologen HH und S-H e. V., Prof. Gottschalk, Tel.: 18 18 87 - 30 93	Asklepios Klinik Nord, Haus 12

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

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.
Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Suchtmedizin

Sucht ist psychische Abhängigkeit, die körperliche Abhängigkeit ist eine eigenständige Störung. Diagnostische Kriterien bilden diese Erkenntnis bislang nicht ab – mit entsprechenden Folgen für die Therapie.

Von Dr. Bert Kellermann

Süchtiges Verhalten und Gemeinwohl

„Geht es um Missbrauch oder Sucht, besteht stets die Gefahr, dass Patient und Arzt sich gegenseitig aus dem Weg gehen“ – dies schrieb 1975 der seinerzeit anerkannteste psychiatrische Lehrbuchautor, W. Schulte. Damals begegneten sich Arzt und Patient hauptsächlich im Krankenhaus, in der Regel im späten Stadium der Suchtkrankheit. Inzwischen wurde die suchtmmedizinische Versorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten und tagesklinischen Bereich teilweise erheblich verbessert und erweitert. Alkoholabhängige kommen jetzt bereits in einem wesentlich früheren Stadium zum (Qualifizierten) Entzug ins Krankenhaus, der Krankheitsverlauf ist dadurch weniger

maligne, die Prognose meist erheblich günstiger. In der Suchtmmedizin arbeiten Psychiater, Psychologen und Sozialpädagogen eng zusammen, die Leitungsverantwortung liegt bei den Ärzten.

Wie Nikotinsüchtige öffentlich demonstrieren, kann man durchaus mit einer Sucht leben, geistig leistungsfähig bleiben und 90 Jahre alt werden, wenn die Sucht-Folgeschäden gering bleiben. Auch manche substituierte Drogenabhängige schaffen es mit ärztlicher Hilfe, ihre Sucht über längere Zeit zu kompensieren. Dies ist jedoch eher selten zutreffend. Seit langem bekannt sind die oft schweren somatischen Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit und i.v.-Opioidsucht. Aber auch auf die somatischen Folgeschäden von Nikotinsucht und Ess-Sucht („Adipositas“) wurde wiederholt in medizinischen Veröffentlichungen hingewiesen.

Psychische und psychosoziale Sucht-Folgeschäden werden im Vergleich zu somatischen immer noch kaum beachtet, obwohl sie gravierender sind.

Lediglich auf die suchtbedingten, immensen Kosten für öffentliche Kassen wird hingewiesen. Die bedeutendste Suchtform, die Alkoholabhängigkeit, führt jedoch weit eher zu psychosozialen Schäden in Beruf und Familie als zu somatischen Folge-

schäden. Teure Suchtformen wie Opioidabhängigkeit, Glücksspielsucht und Kaufsucht führen wegen des hohen Geldbedarfs u. a. zur Verschuldung und dadurch oft zu Beschaffungskriminalität. Dass durch die – der Glücksspielsucht vergleichbaren – Gewinnsucht („Gier“, Geld als Selbstzweck) mancher Spekulanten sogar die Weltwirtschaft und damit das weltweite Gemeinwohl massiv gefährdet und geschädigt werden kann, ist spätestens seit der Nick-Leeson-Affäre 1995 erkennbar. Eine relativ neue Suchtform ist das süchtige Internet-Rollenspiel (Medien- bzw. Computerspielsucht), von der insbesondere Schulkinder und junge Erwachsene betroffen sind, oft mit katastrophalen biografischen Folgen wie das Scheitern der Schulkarriere. Zu diesem relativ neuen Suchtproblem sagte Senator Dietrich Wersich im Januar 2010: „Etwa ein Viertel der Jugendlichen berichtet, durchschnittlich rund 20 Stunden pro Woche spielend vor dem PC zu verbringen und häufig nicht aufhören zu können. [...] Bedenklich ist, dass dies nach eigener Aussage der Jugendlichen ihre schulischen Leistungen wie auch ihr körperliches Wohlbefinden beeinträchtigt.“ Mit weiteren neuen Suchtformen muss gerechnet werden. Das vorrangige Ziel der Hilfen im Suchtbereich ist die Schadensminderung („harm reduction“) nicht nur im somatischen, sondern auch im psychosozialen Bereich.

Diagnose Sucht

Die suchtmmedizinische Grundversorgung ist noch im Anfangsstadium. Behindert wird die notwendige umfassende suchtmmedizinische



sche Weiterentwicklung durch die mangelhafte offizielle Definition des Suchtbegriffs, bei dem individuelle somatische Folgeschäden betont sind. Denn sowohl für Diagnose und Prävention als auch für die Therapie der Suchtkrankheit ist ein möglichst eindeutiger und umfassender Suchtbegriff erforderlich. Insbesondere muss die inkompetente Vorstellung aufgegeben werden, ausschließlich durch Substanzkonsum könne eine Sucht („Abhängigkeitssyndrom“) erzeugt werden.

Die „Wahl“ des Suchtmittels

Die „Wahl“ des jeweiligen (stofflichen oder nicht stofflichen) Suchtmittels ist für den Einzelnen von vielen Faktoren abhängig, hauptsächlich von der Verfügbarkeit, aber auch vom Zufall, ähnlich wie bei der „Partnerwahl“. Früher standen als Suchtformen die Alkoholabhängigkeit und die Opioidsucht im Vordergrund. Suchtformen wie Glückspielsucht (Gewinnsucht) und Kaufsucht sind durch das jetzt umfangreiche Angebot an Glücksspielen mit hohem Sucht- und Schadenspotenzial bzw. durch das derzeit von Wirtschaftspolitikern ausgesprochen erwünschte Konsumverhalten („Kauflaune“) häufiger und psychosozial schädlicher geworden. Ebenso ist durch das Angebot im Internet die Pornosucht häufiger und perverser geworden. Das süchtige Sammeln von Kinderpornografie ist wegen der dadurch verursachten Kindesmisshandlung ein massives Problem. Ein Teil dieser Männer soll nach Therapeutenbericht primär nicht pädophil gewesen sein. Ess-Sucht („Adipositas“, „Fettsucht“) ist insbesondere bei Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten wesentlich häufiger geworden und wird (wieder) häufiger als süchtiges Verhalten bzw. Suchtform klassifiziert, hierzu zählen auch Magersucht („Hungern ist eine harte Droge“) und Bulimie.

Angesichts dieser Entwicklung sind die diagnostischen Kriterien, die in der ICD-10 (F) für den Suchtbegriff („Abhängigkeitssyndrom“) festgelegt sind, nicht mehr pra-



Vor allem Schulkinder und junge Erwachsene sind von Medien- bzw. Computerspielsucht betroffen

xistauglich. Sogar bei einer der häufigsten Sucht-Formen, der Nikotinabhängigkeit, sind die erforderlichen ICD-10-Kriterien erst im Spätstadium erfüllt, wenn es für eine therapeutische Hilfe zu spät ist. Es ist zu befürchten, dass der psychiatrische Teil der ICD-11, die in fünf Jahren zu erwarten ist und dann wieder für ca. 20 Jahre verbindlich sein wird, keine durchgreifende Verbesserung bringen wird. Dadurch werden präventive und therapeutische Maßnahmen in der Suchthilfe und damit die notwendige Weiterentwicklung der Suchtmedizin blockiert.

Selbstverschuldet und moralisch vorwerfbar

Obwohl die Begründer moderner Psychiatrie, Kraepelin und Bleuler, bereits vor über 100 Jahren in ihren Lehrbüchern die Alkoholabhängigkeit, damals die häufigste und maligneste Suchtform, als psychische Krankheit auffassten, wurde sie weiterhin wie im Mittelalter als Laster und damit als selbstverschuldet und moralisch vorwerfbar angesehen.

1968 wurde Alkoholabhängigkeit durch das höchstrichterliche Urteil des Bundessozialgerichts als (psychische) Krankheit i. S. der Krankenversicherung definiert. Dennoch erkennen gesetzliche und private Krankenversicherungen ihre Zuständigkeit meist lediglich für somatische Folgestörungen an. Zwar haben die Rentenversicherungen einen Teil der Therapiefinanzierung übernommen, jedoch hauptsächlich wegen der Erwerbsfähigkeit. Für die Weiterentwicklung der Suchtmedizin ist es erforderlich, dass die Krankenkassen ihre Leistungspflicht bei Sucht (auch für Nikotin- oder Esssucht) anerkennen.

1964 hat die WHO den Suchtbegriff definiert, allerdings aus pharmakologischer Sicht und nicht auf Basis damals bereits vorhandener Erkenntnisse psychiatrischer Suchtmedizin. So entstand der verbreitete Irrtum, dass Sucht ausschließlich durch Substanzen erzeugt werden könne und durch ein körperliches Entzugssyndrom gekennzeichnet sei. Allerdings standen damals die durch Alkoholabhängigkeit verursachten Gesundheitsprobleme sowohl für den Einzelnen und

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

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

Unsere Leistungen für Sie:

- Unabhängige Analyse und Beratung in allen Versicherungsangelegenheiten
- Sämtliche Verhandlungen mit allen Versicherungsunternehmen
- Begleitung und Bearbeitung Ihrer Schadensfälle bis zum Abschluss
- Regelmäßige Überprüfung Ihrer bestehenden Verträge

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

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

seine Mitmenschen als auch für das Gemeinwohl im Vordergrund.

Dieser Mangel ist seither nicht korrigiert worden, trotz der Erfahrungen suchttherapeutischer Praxis. So findet sich das „Abhängigkeitssyndrom“ (d. h. Sucht) in der ICD-10 (F) lediglich in der Kategorie der Störungen durch (psychotrope) Substanzen. Es geht jedoch einem süchtig gewordenen Menschen eigentlich nicht um den Konsum einer Substanz wie Alkohol, sondern um die (psychotrope) Wirkung (stimulierend, euphorisierend, antidepressiv, anxiolytisch) dieser Substanz. Ähnliche (psychotrope) Wirkungen können durch bestimmte Verhaltensweisen erzeugt werden. Glücksspielen hat ähnliche Wirkungen wie Kokain oder Psychostimulantien. Durch die moderne neurobiologische Forschung wurde bestätigt: „Dem Gehirn ist es egal, ob die süchtige Erregung von einem Suchtmittel oder einer Tätigkeit erzeugt wird.“ (Böning 1989).

Sucht ist psychische Abhängigkeit

Sucht ist psychische Abhängigkeit, die körperliche Abhängigkeit ist eine eigenständige Störung. Sucht ist ein psychopathologisches Phänomen wie Angst, Wahn, Depression oder Zwang. Sie ist gekennzeichnet durch ein imperatives Verlangen nach einem bestimmten psychischen Zustand und führt zu süchtigem Verhalten (letztlich Suchtmittelkonsum), das auf mehr oder minder irrationalen Selbsteinflüsterungen basiert („je mehr, desto besser“, „gleich bekomme ich den Kick“).

Die – früh verstorbene – Charité-Psychologin S. Grüsser führte den Fach-Terminus „Verhaltenssucht“ ein. Dadurch ist der Suchtbegriff klarer geworden, was für Diagnose und Therapie von erheblicher Bedeutung ist. Die Änderung des süchtigen Verhaltens ist bei allen – substanzgebundenen wie nicht substanzgebundenen – Suchtformen das Therapieziel (z. B. konsequente Beendigung des Alkohol- oder Nikotinkonsums).

Durch die Sucht kommt es zur Störung der Verhaltenskontrolle beim Suchtmittelkonsum. Das früheste und sicherste Sucht-Symptom ist das Kontrollverlustphänomen; für Diagnose und Therapie ist dies das wichtigste Sucht-Symptom. Einem Alkoholiker gelingt es kaum, seinen Alkoholkonsum zu kontrollieren (d. h. mäßig zu trinken). Süchtiges Verhalten ist ein unzureichend geregeltes (bzw. kontrolliertes) Verhalten: Im Verlaufe einer Suchtkrankheit wird es dem Patienten zunehmend unmöglicher, seinen Suchtmittel-Konsum hinsichtlich Dosis und/oder Frequenz zu regeln, weil das intensive Verlangen nach dem individuellen Suchtmittel (genauer: nach dessen erhoffter psychotroper Wirkung) zunehmend weniger zu befriedigen ist. Die bereits erlittenen und mit hoher Wahr-

scheinlichkeit noch zu erwartenden negativen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums werden dabei ausgeblendet. Der Übergang vom normalen zum süchtigen Verhalten ist fließend. Der Suchtmittelkonsum wird zunehmend zum Selbstzweck und wichtiger als persönliche Werte.

Suchtmedizinische Versorgung

Ärztliche Erfahrungen in der Suchttherapie sind zum Teil wieder verloren gegangen. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben bedeutende Ärzte wie Bleuler, Kraepelin und Nonne darauf hingewiesen, dass wegen des Kontrollverlustphänomens der einfachste und sicherste Weg, seine Sucht zu überwinden, der Entschluss zur „Totalabstinenz“ bzw. zum alkoholfreien Lebensstil ist. Diese Methode hat sich auch bei den nicht substanzgebundenen Suchtformen wie Glücksspielsucht (Gewinnsucht) bewährt. Bei manchen Suchtformen wie Ess-Sucht, Kaufsucht oder Computersucht ist sie allerdings in modifizierter Form (partielle Abstinenz), d. h. durch striktes Einhalten bestimmter Konsum-Regeln und Verhaltenskontrolle (einschließlich Beachtung der Gefühle und Gedanken) anwendbar, was wesentlich schwieriger ist als z. B. das Einhalten von Regeln des Verhaltens im Straßenverkehr.

Wiederholt ist darauf hingewiesen worden, dass in Praxis und Krankenhaus gute Möglichkeiten bestehen, mit relativ geringem Zeitaufwand effektiv durch motivierende Gesprächsführung zu einem frühen Zeitpunkt das Suchtproblem eines Patienten anzusprechen. Falls realisierbar, empfiehlt sich die Überweisung in eine spezielle suchtmedizinische Institution wie eine Suchtambulanz oder -beratungsstelle. Wenngleich nur selten sofort eine dauerhafte Verhaltensänderung zu erzielen ist, wichtig ist der möglichst frühe Beginn professioneller Hilfe bei der Suchtüberwindung (das „Tiefpunkt-Dogma“ ist weitgehend obsolet). Durch regelmäßige Teilnahme an einer (evtl. professionell begleiteten) Sucht-Selbsthilfegruppe kann sich ein süchtig gewordener Mensch nach einem Rückfall ins süchtige Verhalten rasch wieder stabilisieren.

„Intelligente Sparmaßnahme“

Die Belastung des Gemeinwohls durch Suchtprobleme kann nur durch Ausbau der suchtmedizinischen Grundversorgung reduziert werden – das wäre eine „intelligente Sparmaßnahme“. Denn durch gezielte und notfalls offensive suchtmedizinische Maßnahmen, insbesondere durch Sekundärprävention als therapeutische Frühintervention kann irreparablen Suchtfolgeschäden vorgebeugt werden. Bisher existiert nur für einige spezielle Sucht-

formen bereits eine zunächst ausreichende suchtmedizinische Versorgung.

Für die gezielte Sucht-Prävention ist relevant: Je unregelmäßiger und liberaler ein Suchtmittel („Droge“) mit hohem Sucht- und/oder hohem Schadenspotenzial in einem Land verfügbar ist, desto häufiger und intensiver wird es konsumiert und desto mehr Bürger werden süchtig. Die Glücksspielsucht war noch in den 70er Jahren eine Rarität, als das Angebot an Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial noch gering war – 1872 wurden alle deutschen Casinos geschlossen. Die jeweilige Regierung ist somit verantwortlich für die Regulierung des Suchtmittelangebots. Totalverbot eines Suchtmittels (Prohibition) ist jedoch nur sinnvoll, wenn dieses realisiert werden kann, ohne erhebliche Kriminalität wie Schmuggel oder Schwarzmarkt zu provozieren. Das BtmG hat sich anfangs bewährt: die Zahl morphin-süchtiger Ärzte und Apotheker nahm in den 30er Jahren erheblich ab. Derzeit scheint hingegen die Prohibition von Cannabisprodukten mehr zu schaden als zu nützen, da sie zu illegalem Anbau besonders wirksamer Cannabis im Inland geführt hat. Die Verfügbarkeit der drei legalen Drogen Nikotin, Alkohol und Glücksspiel wird durch Steuern eingeschränkt, was zu Staatseinnahmen von jährlich etwa 21 Mrd. Euro führt. Diese Einnahmen wurden jedoch nicht – wie von Ärztetagen gefordert – für die Suchttherapie eingesetzt.

Für das Gemeinwohl ist relevant: Durch eine kluge staatliche Regelung des Suchtmittelangebots und Ausbau einer offensiven suchttherapeutischen Frühintervention sind individuelle und soziale Suchtfolgeschäden zu minimieren. Dafür ist ein klarer und realitätsadäquater Suchtbegriff, insbesondere im psychiatrischen Teil der ICD-11, erforderlich, der auch – wie bei einer Schwangerschafts-Diagnose – das frühe Stadium fortschreitender Suchtentwicklung einschließt. Vorläufig bietet sich der „empirisch-pragmatische Suchtbegriff“ an. Den derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand über Sucht hat die Charité-Psychologin Ch. Mörsen (2008) zusammengefasst: „Forschungsergebnisse aus der Lerntheorie und Neurobiologie legen nahe, dass im Rahmen eines biopsychosozialen Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens gleichermaßen stoffgebundene wie stoffungebundene Abhängigkeitserkrankungen in den selben zentralnervösen Mechanismen verankert sind.“

Aktueller Nachtrag: Seit kurzem ist zu erwarten, dass im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) und dann auch in der ICD-11 der Suchtbegriff einschließlich der Glücksspielsucht der klinischen Realität angepasst wird (vgl. SCIENCE vom 19.2.10)

Literatur beim Verfasser

Dr. Bert Kellermann ist Facharzt für Nervenheilkunde im Ruhestand.
E-Mail: bertkellermann@gmx.de

Didanosin

Portale Hypertension

Zu den zahlreichen schweren unerwünschten Wirkungen (UAW) des Nucleosidanalogons Didanosin (Videx®) wie u.a. Pankreatitis, periphere Neuropathie, Laktatazidose, Hepatomegalie und Leberversagen hat die amerikanische Überwachungsbehörde FDA eine neu entdeckte UAW addiert: nicht-zirrhotisch bedingte portale Hypertension mit ösophagealen Varizen, tödliche Blutungen nicht ausgeschlossen. Die FDA berichtet von 42 Fällen mit unterschiedlichem Alter, Geschlecht und einer Anwendungsdauer über Monate bis Jahren. Nur 3 Fälle, bei denen eine Lebertransplantation durchgeführt werden musste, konnten als geheilt bezeichnet werden. Auch wenn das Nutzen-Risikoverhältnis für einzelne Patienten weiterhin positiv erscheint, sollte der Einsatz von Didanosin für HIV-Patienten nach ausführlicher Aufklärung individuell getroffen werden.

Quelle: www.fda.gov/Safety

Sibutramin

Ruhen der Zulassung

Das Antiadiposikum Sibutramin (Reductil®) ist ab 21.01.2010 vom Markt. Wie bereits berichtet bestand bei eher geringfügiger Gewichtsabnahme eine erhöhte kardiovaskuläre Gefährdung, das eigentliche Therapieziel „Vorbeugung kardiovaskulärer Risiken durch Gewichtsabnahme“ wurde daher nicht erreicht.

Sibutramin-haltige Arzneimittel dürfen in Apotheken nicht mehr „abverkauft“ und von Ärzten verschrieben oder als Ärztemuster abgegeben werden. Die Kontrolle des Internets scheint problematischer: hier werden Sibutramin-haltige Arzneimittel angeboten. Und noch gefährlicher: Arzneimittel zur Gewichtsreduktion (zum Teil aus dem asiatischen Raum) können undeklariertes Sibutramin enthalten. Überboten wird dies von einer Nachricht aus den USA: über das Internet ist ein gefälschtes Präparat beziehbar, das nicht Orlistat wie das Original enthält, sondern Sibutramin in unterschiedlicher Dosierung, entsprechend den Einnahmeempfehlungen bis zu dreifach überdosiert.

Ärzte sollten ihre Patienten zu erhöhter Vorsicht bei Bestellungen von Arzneimitteln aus dem Internet raten, insbesondere neben Arzneimitteln bei erektiler Dysfunktion auch bei Antiadiposita. Die FDA hat für Verbraucher diesbezüglich eine Empfehlung publiziert (www.fda.gov/Drugs/Resources/ForYou/ucm080588.htm).

Quellen: *AkdÄ Drug Safety Mail 2010-085*, www.fda.gov, www.aerzteblatt.de

Antiepileptika

Generikaverordnungen

In einer Übersichtsarbeit in einer unabhängigen Fachzeitschrift wird diskutiert, ob generische Antiepileptika untereinander oder mit dem Original ausgetauscht werden können. Nur bei Phenytoin und Carbamazepin wird in Großbritannien offiziell empfohlen, keinen Austausch, auch zwischen einzelnen Generika, zuzulassen. Da durch einen Austausch ein Verlust der Kontrolle von Krampfanfällen bestehen kann (mit

erheblichen Gefahren für den Patienten), empfehlen die Autoren, von jedem Austausch von Antiepileptika abzusehen. Pläne aus Berlin, dass Ärzte nur einen Wirkstoff verordnen und Apotheker dann das Medikament auswählen sollen, scheinen zu pauschal. Zumindest bei Arzneistoffen mit geringer therapeutischer Breite sollte die ärztliche Verordnung präzise gestellt werden - nur auf diese Weise kann der Therapieerfolg überprüft werden.

Quellen: *DTB 2009; 47(12) 141-3*, *Ärzte Ztg. vom 14.01.2010*

Famotidin

Vorbeugung von Ulzera durch ASS

Zur Vorbeugung von Ulzera durch ASS werden überwiegend Protonenpumpenhemmer eingesetzt. Bei Stentimplantationen wird z.B. ASS mit Clopidogrel kombiniert, so dass die Gefahr eines Protonenpumpenhemmer-bedingten Wirkungsverlustes von Clopidogrel bestehen kann. In einem Kommentar wird die Gabe von Famotidin (viele Generika) besprochen, die ebenfalls zu einer signifikanten Reduktion gastrointestinaler Komplikationen führt. Nicht untersucht wurde, ob eine Eradikation von *H. pylori* nicht ebenfalls Ulkusblutungen unter ASS verhindern kann.

Quelle: *Dt. Med. Wochenschr. 2009; 134: 1688*

Krankenhaus-interne Richtlinien

Umgang mit der pharmazeutischen Industrie

Richtlinien

- Keine Zuwendungen jedweder Form von Dritten (z.B. Geschenke, Vergünstigungen und Einladungen, auch Reisekosten)
- Wissenschaftliche Veranstaltungen ohne Kostenübernahme von Dritten
- Einnahmen aus Referaten oder Gutachten gehen an die Klinik

In einer Studie wurden Ärzte aus einem Krankenhaus mit obigen Richtlinien und einem anderen vergleichbaren Krankenhaus nach mitgeführten Werbegeschenken, deren Unbedenklichkeit, dem Einfluss der Industrie auf ihr Verordnungsverhalten, dem Sinn derartiger Richtlinien, unabhängiger Studien und der Beratung der Industrie gefragt. Bei allen Fragen waren die Kollegen aus dem Krankenhaus mit Richtlinien kritischer gegenüber Werbemaßnahmen der pharmazeutischen Industrie eingestellt (im Jahr 2000 in den USA Ausgaben pro Arzt zwischen 8.000 und 15.000 \$), so dass die Einführung derartiger Richtlinien grundsätzlich sinnvoll erscheint.

Ein kleiner Wermutstropfen: trotz einer Vielzahl von Publikationen, die eine Beeinflussung des Ordnungsverhaltens durch Werbemaßnahmen nachweisen, sind selbst in einem Krankenhaus mit Richtlinien circa 70 % der Kollegen davon überzeugt (ohne Richtlinien circa 91 %), dass sie dieser Einfluss nicht betrifft. Den Werbungseinfluss auf andere Ärzte verneinen beide in erheblich geringerem Maße: 49 % vs. 62 %. Allein in 2009 wurden so viele direkte und indirekte Einflüsse der Pharmaindustrie bekannt, dass im Fach „Selbstkritik“ ein Nachholbedarf bestehen könnte.

Quelle: *Dt. Med. Wschr. 2010; 135:67-70*

Bild und Hintergrund

Voltaire, Goethe und Kleists Erdbeben in Chili

Erdbeben erschüttern seit jeher auch den Glauben an die „vernünftige Einrichtung der Welt“.

Von Dr. Hans Melderis

„Es begann am 13. Mai 1647, halb elf Uhr nachts, vernichtete Gefängnis und Gerichtssitz, Kirchen und Klöster; Familien wurden zersprengt; man hörte nach der Katastrophe die Stimme des messelesenden verletzten Bischofs wunderbar weit.“ (*Annales des sciences physiques et naturelles*; 2. serie I.6, Lyon et Paris 1854 über das Erdbeben in Santiago)

„Alles was die Einbildungskraft sich schreckliches vorstellen kann, muß man zusammennehmen, um das Entsetzen sich einigermaßen vorzustellen, darin sich die Menschen befinden müssen, wenn die Erde unter ihren Füßen bewegt wird, wenn alles um sie her einstürzt, wenn die Furcht des Todes, die Verzweiflung wegen des völligen Verlustes aller Güter, endlich der Anblick anderer Elenden den standhaftesten Mut niederschlagen. Eine solche Erzählung würde rührend sein, sie würde, weil sie eine Wirkung auf das Herz hat, vielleicht auch eine auf die Besserung desselben haben können. Allein ich überlasse diese Geschichte geschickteren Händen. Der Mensch ist zum Glauben an Züchtigung und Strafe geneigt, obwohl viele Bösewichter ruhig entschlafen, und das christliche Peru so gut bewegt wird als das heidnische.“ (*I. Kant, Ausgabe der Berliner Akademie 1, 417 über das Erdbeben in Lissabon*)

Von Kants Philosophie fühlte sich der junge Heinrich von Kleist völlig aus der Bahn geworfen. Aber gerade er sollte schon wenige Jahre später die geschickteren Hände haben, diese Geschichte dramatisch zu gestalten, allein eine Wirkung und Besserung auf das Herz haben sie nicht zeigen können oder wollen.

„Ich zeige, daß Gott die Sünde und das Elend hat zulassen und sogar dazu mitwirken und dazu beitragen können, ohne dadurch seiner höchsten Heiligkeit und Güte Abbruch zu tun, obschon er an und für sich betrachtet, alle diese Übel hätte vermeiden können.“ So Leibniz im Vorwort seiner Theodizee (Rechtfertigung Gottes angesichts des Bösen in der Welt H.M.), die in der Erkenntnis kulminiert, dass „Gott die vollkommenste aller mögli-

chen Welten erwählt habe.“ (Dieu ayant choisi le plus parfait de tous les mondes possibles) Thomas Mann fasst in den Buddenbrooks diese Aussage mit der diametralen pessimistischen Weltsicht Schopenhauers genial zusammen. Wenn Thomas Buddenbrook in der Welt als Wille und Vorstellung das Kapitel *Über den Tod und sein Verhältnis zur Unzerstörbarkeit unseres Wesens an sich* liest, erhält er die grundsätzliche und feierliche Berechtigung, „an der Welt zu leiden – dieser besten aller denkbaren Welten, von der mit spielendem Hohn bewiesen ward, daß sie die schlechteste aller möglichen sei.“

Erderschütternde Irritationen

Voltaires durch historische und naturwissenschaftliche Studien, in Anlehnung an Leibniz, gefestigte Überzeugung von der vernünftigen Einrichtung der Welt war durch das Erdbeben von Lissabon stark erschüttert worden. Sein anonym erschienener philosophischer Kurzroman *Candide oder der Optimismus* ist eine Antwort auf die erderschütternden Irritationen seines früheren Optimismus. Goethes Reaktion auf dieses Naturereignis ist, bei entgegengesetzter Natur beider Dichter, mit der Kleistschen identisch. „Am 1. November 1755 ereignete sich das Erdbeben von Lissabon. Durch dieses außerordentliche Weltereignis wurde jedoch die Gemütsruhe des Knaben zum erstmal im tiefsten erschüttert.“ Es weckt Goethes Zweifel an einem gütigen und gerechten Gott. „Der Schöpfer und Erhalter Himmels und der Erden“, den ihm „die Erklärung des ersten Glaubensartikels so weise und gnädig vorstellte, hatte sich, indem er die Gerechten mit den Ungerechten gleichem Verderben preisgab, keineswegs väterlich bewiesen.“ So Goethe im Ersten Buch von *Dichtung und Wahrheit*.

Am 26. Oktober 1811 waren die fünf ersten Bücher von *Dichtung und Wahrheit* gedruckt und versandbereit. Weniger als einen Monat später am 21. November begeht Kleist zusam-

men mit Henriette Vogel Selbstmord. Kleists im September 1807 im Morgenblatt erschienene Novelle *Das Erdbeben in Chili* drückt vergleichbar, aber in konziser dichterischer Form, Goethes Reaktion aus. Hier zunächst Goethes Beschreibung des Erbebens von Lissabon: „Die Erde bebt und schwankt, das Meer braust auf, die Schiffe schlagen zusammen, die Häuser stürzen ein, Kirchen und Türme darüber her, der königliche Palast zum Teil wird vom Meer verschlungen, die geborstene Erde scheint Flammen zu speien: denn überall meldet sich Rauch und Brand in den Ruinen.“

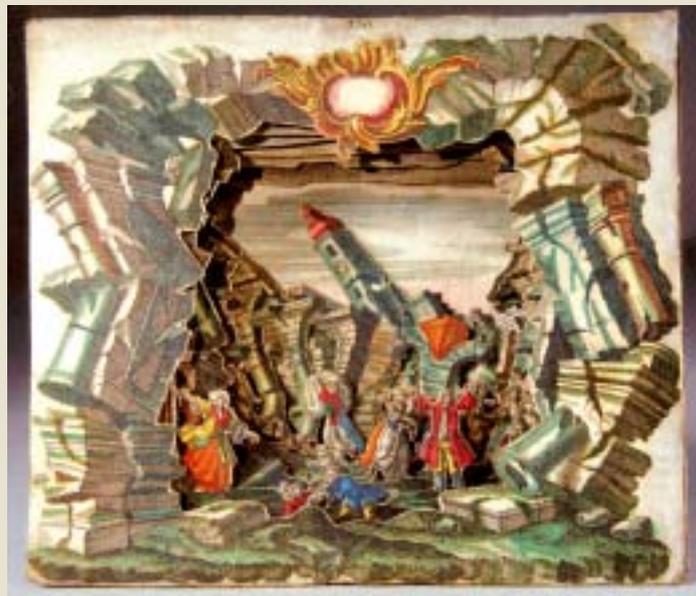
Aber hören wir Kleists ungleich dramatischer angelegte Beschreibung des Erdbebens von Santiago als literarisches Fugato und Staccato: „Hier stürzte noch ein Haus zusammen, und jagte ihn, die Trümmer weit umherschleudernd, in eine Nebenstraße; hier leckte die Flamme schon, in Dampfwolken blitzend, aus allen Giebeln, und trieb ihn schreckenvoll in eine andere, hier wälzte sich, aus seinem Gestade gehoben, der Mapochofluß an ihn heran, und riß ihn brüllend in eine dritte. Hier lag ein Haufen Erschlagener, hier ächzte noch eine Stimme unter dem Schutte, hier schrieten Leute von brennenden Dächern herab, hier kämpften Menschen und Tiere mit den Wellen, hier war ein mutiger Retter bemüht, zu helfen; hier stand ein anderer, bleich wie der Tod, und streckte sprachlos zitternde Hände zum Himmel [...] Die Leiche des Erzbischofs lag zerschmettert unter dem Schutt der Kathedrale. Der Palast des Vizekönigs war versunken, der Gerichtshof, in welchem das Urteil gesprochen worden war, stand in Flammen.“

Der hilflos Umhergetriebene ist Jeronimo Rugera, ein durch die Zerstörung des Gefängnisses, in welchem er eingekerkert war, frei gekommener Unschuldiger, dessen ganzes Verbrechen im katholischen Vizekönigreich Chili darin bestanden hatte, dass „er sich mit Donna Josephe, der einzigen Tochter von einem der reichsten Edelleute der Stadt, in einem zärtlichen Einverständnis befunden

den und in einer verschwiegenen Nacht den Klostergarten zum Schauplatze seines vollen Glückes gemacht hatte.“ Der unglücklichen Josephe, nachdem sie „bei dem Anklang der Glocken in Mutterwehen auf den Stufen der Kathedrale niedergesunken war, wurde, auf Befehl des Erzbischofs, der geschärfte Prozeß gemacht. Alles, was geschehen konnte, war, daß der Feuertod, zu dem sie verurteilt wurde, zur großen Entrüstung der Matronen und Jungfrauen von St. Jago [heute Santiago], in eine Enthauptung verwandelt ward. [...]

Um die Stunde von Josephens Enthauptung will sich Jeronimo den Tod geben: „Eben stand er an einem Wandpfeiler, und befestigte den Strick, der ihn dieser jammervollen Welt entreißen sollte, an eine Eisenklammer, die an dem Gesimse desselben eingefügt war; als plötzlich der größte Teil der Stadt, mit einem Gekrache, als ob das Firmament einstürzte, versank, und alles, was Leben atmete, unter seinen Trümmern begrub.“

Josephe wird ebenfalls durch das Erdbeben gerettet: „Josephe war, auf ihrem Gang zum Tode, dem Richtplatz schon ganz nahe gewesen, als durch den krachenden Einsturz der Gebäude plötzlich der ganze Hinrichtungszug aus einander gesprengt ward. Ihre ersten entsetzenvollen Schritte trugen sie hierauf dem nächsten Tor zu; doch die Besinnung kehrte ihr bald wieder, und sie wandte sich, um nach dem Kloster zu eilen, wo ihr kleiner hülfloser Knabe zurückgeblieben war.“ Sie rettet ihn aus den brennenden Trümmern.



Das Erdbeben in Chili, 1807

Befreit durch das Beben

Auch Goethe beschäftigt der Gedanke, dass bei einem solchen Ereignis die Insassen der Gefängnisse frei kommen, wie das jüngst auch aus Port-au-Prince berichtet wurde. „Die Flammen wüthen fort, und mit ihnen wüthet eine Schar sonst verborgener, oder durch dieses Ereignis in Freiheit gesetzter Verbrecher [...] Hierauf ließen es die Gottesfürchtigen nicht an Betrachtungen, an Strafpredigten die Geistlichkeit nicht fehlen.“ Der unerforschliche Ratschluss und die Güte Gottes befreit die Unschuldigen ebenso wie die Bösen; die Strafpredigt bekommt noch eine besondere Bedeutung in Kleists Dramaturgie des weiteren Geschehens.

Das unglückliche Liebespaar findet sich, an biblische Darstellungen erinnernd, die Maria und Joseph mit dem Jesuskind auf der Flucht zeigen, an einem Ort, das in Kleists dichterischer Beschreibung dem Garten Eden gleicht: „Sie fanden einen prachtvollen Granatapfelbaum, der seine Zweige, voll duftender Früch-

te, weit ausbreitete; und die Nachtigal flötete im Wipfel ihr wollüstiges Lied. Hier ließ sich Jeronimo am Stamme nieder, und Josephe in seinem, der kleine Philipp in Josephens Schoß, saßen sie, von seinem Mantel bedeckt, und ruhten; und waren sehr gerührt, wenn sie dachten, wieviel Elend über die Welt kommen mußte, damit sie glücklich würden!“ Kurz darauf treffen sie auf eine ihnen bekannte Familie: die verletzte Dona Elvire und Don Fernando mit ihrem Kinde. Auf Don Fernandos Bitte reicht Josephe diesem kleinen Juan „auf kurze Zeit ihre Brust.“

Kleists Erzählung endet nicht mit dieser Idylle. Er hegt, wie Goethe, Zweifel an der „Gerechtigkeit des Publikums“. Goethe kommt in *Dichtung und Wahrheit* nochmals auf das Erdbeben von Lissabon: „Dadurch war ich auf mich

selbst zurückgewiesen, und wie mir in meinem sechsten Jahre, nach dem Erdbeben von Lissabon, die Güte Gottes einigermaßen verdächtig geworden war, so fing ich nun die Gerechtigkeit des Publikums zu bezweifeln an.“

Unter denen durch Gottes Güte und Vorsehung noch einmal Davongekommenen verbreitet sich die Nachricht, dass „in der Dominikanerkirche, der einzigen, welche das Erdbeben verschont hatte, eine feierliche Messe von dem Prälaten des Klosters selbst gelesen würde, den Himmel um Verhütung ferneren Unglücks anzuflehen. Als sie in der Kirche der Dominikaner ankamen, ließ sich die Orgel schon mit musikalischer Pracht hören; und niemals schlug aus einem christlichen Dom eine solche Flamme der Inbrunst gen Himmel, wie heute aus dem Dominikanerdom zu St. Jago; und keine menschliche Brust gab wärmere Glut dazu her, als Jeronimos und Josephens!“ Dominikanerkirche, Kirche der Dominikaner und Dominikanerdom – dreimal innerhalb eines kurzen Absatzes hämmerte Kleist auf den Leser ein, denn

die päpstliche Inquisition wurde besonders von den Dominikanern ausgeübt (domini canes: Hunde des Herrn!). Der älteste Chorherr, mit dem Festschmuck angetan, kam „im Flusse priesterlicher Beredtsamkeit, auf das Sittenverderbnis der Stadt; Greuel, wie Sodom und Gomorra sie nicht sahen, straft der Allmächtige an ihr; und nur der unendlichen Langmut Gottes schrieb er es zu, daß sie noch nicht gänzlich vom Erdboden vertilgt worden sei.“

Göttliche Vorsehung

Josephe und Jeronimo werden von der inbrünstigen Christenheit erkannt und für das Unglück verantwortlich gemacht: „Weichet fern hinweg, ihr Bürger von St. Jago, hier stehen diese gottlosen Menschen! Er ist der Vater!“ schrie eine Stimme; und:

„Steinigt sie! Steinigt sie!“ die ganze im Tempel Jesu versammelte Christenheit. Doch kaum waren sie auf den von Menschen erfüllten Vorplatz getreten, als eine Stimme rief: „Dies ist Jeronimo Rugera, denn ich bin sein eigener Vater!“ und ihn mit einem ungeheuren Keulenschlag zu Boden streckte.“ Josephe stürzt sich freiwillig unter die Menge, um dem Kampf ein Ende zu machen: „Hier mordet mich, ihr blutdürstenden Tiger!“

Darauf wird auch Josephe mit der Keule niedergeschlagen. Die ungesättigte Mordlust gibt keine Ruhe, denn es fehlt die Frucht „des verschwiegenen Einverständnisses und vollen Glückes.“ Einer aus der Menge, Meister Pedrillo schrie: „Schickt ihr den Bastard

zur Hölle nach!“ Und er ruhte nicht eher, „als bis er der Kinder eines bei den Beinen gegriffen, und, hochher im Kreise geschwungen, an eines Kirchenpfeilers Ecke zerschmettert hatte.“ Jedoch, von den beiden Kindern aus Don Fernandos Armen hat der Mordlüstige den kleinen Juan gerissen und nicht Philipp. Jetzt findet Kleist eine Wendung, die einen vollends an der göttlichen Vorsehung zweifeln lässt. „Don Fernando und Donna Elvire nahmen hierauf den kleinen Fremdling zum Pflegesohn an; und wenn Don Fernando Philippen mit Juan verglich, und wie er beide erworben hatte, so war es ihm fast, als müßt' er sich freuen.“

PS: In meiner Ausgabe schließt sich unmittelbar angrenzend auf der anschließenden Seite Kleists Erzählung *Die Verlobung in St. Domingo* an. Und die beginnt merkwürdigerweise wie folgt: „Zu Port-au-Prince, auf dem französischen Anteil der Insel St. Domingo, lebte zu Anfang dieses Jahrhunderts, [...]“

Dr. Hans Melderis ist Facharzt für Innere Medizin in Hamburg.

Der besondere Fall

The Long and Winding Road

Hypertonie Eine 33-jährige Frau leidet seit vier Monaten vermehrt unter Kopfschmerzen Schwitzen und Herzrasen bei erniedrigtem Serumkalium.

Von Dr. Ingo Krenz

An einem arbeitsreichen Samstag rief eine ehemalige Mitarbeiterin an und schilderte die Odyssee einer Freundin, bei der seit Kurzem erhöhte Blutdruckwerte festgestellt wurden. Die 33-jährige Frau hätte seit vier Monaten vermehrt Kopfschmerzen bemerkt, darüber hinaus Schwitzen, Herzrasen und morgendlich geschwollene Lider.

Da sie im medizinischen Umfeld arbeitete, wurde der Blutdruck mehrfach gemessen und Werte bis 220/120 mmHg festgestellt. Mehrere Arztbesuche hatten nicht dazu geführt, dass eine Abklärung dieser neu aufgetretenen Hypertonie eingeleitet worden wäre. Der appellative Unterton des Anrufs wurde erhört, die junge Frau rasch einstellt.

Keine wesentlichen Vorerkrankungen

Die Anamnese ergab keine wesentlichen Vorerkrankungen. Außer den bereits genannten hochdruckassoziierten Beschwerden fanden sich keine weiteren wegweisenden Befunde.

Die Differenzialdiagnose blieb zunächst sehr breit, es kamen sowohl eine Erstmanifestation eines primären Hochdruckes wie aber auch sekundäre Hochdruckursachen in Frage. Die Basisuntersuchungen bei Abklärung einer Hypertonie sind nicht sehr umfangreich, sollten aber Serum-Kreatinin, Urinstix und Serum-Kalium einschließen. Kreatinin und Urinstix waren unauffällig, das Serum-Kalium mit 2.7 mmol/l deutlich erniedrigt.

Nun ließ sich die Differenzialdiagnose deutlich einschränken. Die Syndrom-Diagnose musste „hypokaliämische Hypertonie“ lauten und den Weg der weiteren diagnos-

Differenzialdiagnose der hypokaliämischen Hypertonie

- Hyperaldosteronismus
- Nierenarterienstenose
- Diuretikatherapie
- Cushing-Syndrom
- Pseudohyperaldosteronismus (durch Lakritz)
- Liddle-Syndrom
- Renin-produzierende Tumoren

tischen Notwendigkeiten weisen. Die „großen Drei“ in dieser Gruppe sind: 1. Hyperaldosteronismus, 2. Nierenarterienstenose und 3. Diuretikatherapie, alle anderen Differenzialdiagnosen stellen Seltenheiten dar (s. Tab. 1).

Die farbkodierte Duplexsonographie ist in geübten Händen ein sehr gutes Screening-Instrument auf eine Nierenarterienstenose (NASt) und ist den Schnittbildverfahren (CT und MR) überlegen. Insbesondere die MR-Angiographie der Nierenarterien neigt zum Überschätzen von Nierenarterienstenosen. Die Differenzialdiagnose der NASt umfasst im Wesentlichen zwei Entitäten:

1. Die arteriosklerotische meist ostial gelegene Stenose bei älteren Patienten und
2. die fibromuskuläre Dysplasie bei jungen Leuten, insbesondere jungen asthenischen Frauen.

Die farbkodierte Duplexsonographie ergab einen unauffälligen Befund. Diuretika hatte die Patientin noch nie eingenommen.

Renin und Aldosteron

Blieb also ein Hyperaldosteronismus nachzuweisen oder auszuschließen. Die aktuell propagierte Screening-Laboruntersuchung ist der Aldosteron-Renin-Quotient. Der Vorteil dieser gleichzeitigen Bestimmung von Renin (Reninkonzentration, die meisten Labore bieten den anfälligen Essay auf Reninaktivität nicht mehr an) und Aldosteron liegt in seiner weitgehenden Unabhängigkeit von Medikamenteneinflüssen und von der Lage des Patienten. Während ein Patient früher eine Stunde ruhig liegen musste, dürfen Sie heute Renin und Aldosteron nach zehn Minuten Sitzen abnehmen. Insbesondere die Aldosteronantagonisten (z. B. Spironolacton) müssen auch heute noch mindestens vier Wochen vor der Untersuchung abgesetzt werden, ansonsten müssen die meisten übrigen Antihypertensiva nicht oder nur kurzfristig abgesetzt werden.

Der Aldosteron-Renin-Quotient war bei unserer Patientin mit 62 deutlich über dem Grenzwert von 50 erhöht und wies auf Hyperaldosteronismus hin. Nun haben uns die Endokrinologen gelehrt, dass ein positives Ergebnis in einem Screening-Test noch lange nicht bedeutet, dass das Ziel der Diagnosestellung erreicht ist. Erst ein Bestätigungstest kann die Diagnose festzurren.

Kochsalzinfusionstest

Bestätigungstests gibt es für den Hyperaldosteronismus einige (Kochsalzinfusionstest, 18-Aldosteron-Glucuronid im 24-h-Sammelurin, Fludrocortisonstest). Der gebräuchlichste und am einfachsten durchführbare Test ist der Kochsalzinfusionstest. Dabei werden 2 l einer 0,9%igen NaCl-Lö-



Operationspräparat mit Nebennierenadenom

sung über vier Stunden infundiert und Aldosteron vor und nach Infusion bestimmt. Im Normalfall lässt sich Aldosteron durch Infusion von Flüssigkeit supprimieren, nicht so bei einer autonomen Produktion. Bei unserer Patientin war das Aldosteron vor Infusion 180 ng/l und ließ sich nur unwesentlich auf 128 ng/l drücken (Grenzwert nach Infusion 50 – 100 ng/l). Wieder einen Schritt weiter, der Hyperaldosteronismus hatte sich bestätigt.

Nächste Frage: Einseitiges (Conn-)Adenom oder bilaterale Hyperplasie? Früher, als zur Diagnose des Hyperaldosteronismus noch die Hypokaliämie dazugehörte, überwogen die einseitigen Adenome. Seit unsere diagnostischen Mittel sich verfeinert haben und wir den Hyperaldosteronismus häufiger diagnostizieren, müssen wir lernen, dass der überwiegende Teil (60 % – 90 %) mit norma-

len Kaliumwerten einhergeht und die bilaterale Hyperplasie mit 60:40 % überwiegt.

Nebennieren-Tumore lassen sich mit Schnittbildverfahren sicher finden, bilaterale Hyperplasien mit CT und MR nicht sicher nachweisen. Die Sonographie versagt bereits bei klassischen Adenomen.

Der Radiologe kann mit großer Sensitivität eine Vergrößerung der Nebenniere

nachweisen, sagt jedoch wenig zu deren Genese (Conn-Adenom, Inzidentalom, Phäochromozytom, NN-Karzinom). Deswegen gilt nach wie vor bei der Abklärung einer endokrinen Hypertonie der Satz: Vor der Bildgebung muss die Abnormalität biochemisch gesichert sein. Der erste Schritt bei Verdacht auf eine endokrine Hypertonie sollte nicht die Schnittbildgebung sein.

In unserem Fall fand sich im CT eine 2,5 cm messende Raumforderung im Bereich der linken Nebenniere.

Jetzt war klar, der Fall wird chirurgisch. Was, wenn die Patientin eine bilaterale Hyperplasie hat und der abgebildete Tumor ein hormoninaktives Inzidentalom (häufigste Raumforderung der Nebenniere) ist?!

In der leblosen Welt der Empfehlungen von Fachgesellschaften käme jetzt der Auftritt der seitengetrenten Aldosteronbestimmung

durch direkte Katheterisierung der Nebennierenvenen. Klingt schwierig, ist schwierig, nur wenige interventionelle Radiologen können dies zuverlässig gut.

Rettung durch Augenmaß und Erfahrung

Augenmaß in Kombination mit einer üppigen Portion Erfahrung rettete unsere Patientin. Ein Telefonat mit Prof. Dr. Frank-Ulrich Beil, UKE, das eigentlich die Anmeldung zur genannten Untersuchung zum Ziel hatte, endete in einem für alle äußerst befriedigenden Kompromiss. Inzidentalome seien bei unter 30-Jährigen so selten, dass man sie als Differenzialdiagnose streichen könne. Höflich wie wir sind, haben wir unsere Patientin um drei Jahre jünger gemacht und sie in diese Gruppe einbezogen. Also schritten wir direkt zur Operation. Im Israelitischen Krankenhaus wurde in einer laparoskopischen Operation die linke Nebenniere mit einem 2,5 cm messenden Tumor entfernt, der sich histologisch als typisches Conn-Adenom erwies (s. Bild, von Dr. Alice Emmermann zur Verfügung gestellt). Der Blutdruck betrug postoperativ 120/80 mmHg. Das Spironolacton wurde nur bis zur Operation gegeben, es verblieb eine geringe Dosis Lisinopril, die wir einige Wochen später absetzen konnten.

Die Patientin war von ihrer Hypertonie in gut vier Wochen geheilt.

Dr. Ingo Krenz

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

Tel.: 0 40 / 42 31 03 – 0

E-Mail: ingo.krenz@dialyse-hamburg.de

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

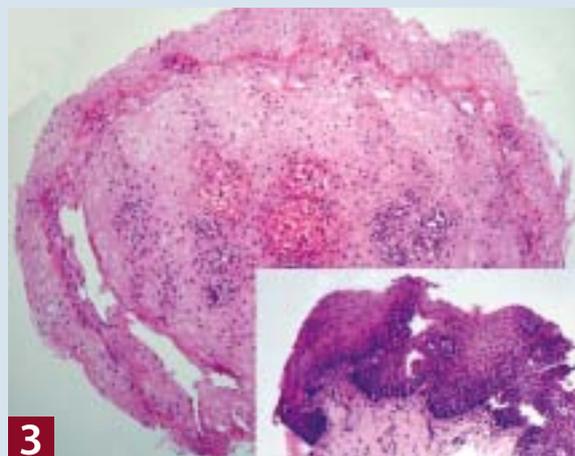
Lösung Quiz von Seite 25

Glykogenakanthose des Ösophagus

Histologie (HE-Färbung): Im Vergleich zum Normalbefund (Inset) massive plaqueartige Verdickung des aus voluminösen, nur blass angefärbten, da aus glykogenreichen Keratinozyten aufgebauten Plattenepithels.

(Prof. Dr. Sören Schröder, Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Lademannbogen)

Dem Befund kommt in der Regel kein Krankheitswert zu. (Anm. Dr. Hanno Scherf)



Aus der Schlichtungsstelle

Kopfschmerzen mit Todesfolge

Sinusthrombose Mangelhafte Befunderhebung bei stationärer Einweisung wegen Kopfschmerzen unklarer Genese.

Von Prof. Dr. Günter Haferkamp

Stationäre Einweisungen wegen anhaltender Kopfschmerzen gehören zum Alltag neurologischer Notaufnahmen. Nicht selten stellt sich in der Folge als Ursache eine schwerwiegende neurologische Erkrankung, zum Beispiel eine Sinusthrombose, heraus.

Die 42-jährige Patientin wurde am Sonntag, dem 3. Februar 2002, 15.22 Uhr, als Notfall mit den Angaben „Kopfschmerzen, Erbrechen seit vier Tagen trotz Therapie“ vom Hausarzt zur stationären Behandlung in eine neurologische Klinik eingewiesen. In der Ambulanzkarte dieser Klinik ist handschriftlich festgehalten, dass seit fünf Tagen Arbeitsunfähigkeit wegen eines fieberhaften Harnwegsinfektes bestehe und eine Antibiose laufe. Weiter ist vermerkt: „Bekannte Migränepatientin, deswegen in neurologischer Behandlung, bifrontal, heute morgen einmal erbrochen, etwas Phono- und Photophobie seit drei Tagen, fast dauerhaft“.

Aufgrund der Anamnese und eines unauffälligen neurologischen Befundes (ohne Dokumentation einer Untersuchung des Augenhintergrundes) wurde eine Migräne angenommen und die Patientin nach Gabe je einer Ampulle Aspisol u. MCP i.v. und einer Bedarfsmedikation von 2x5 mg Diazepam zur Nacht gegen 16.15 Uhr nach Hause entlassen.

Tod nach langem Wachkoma

Am Morgen des folgenden Tages, also am 4. Februar, wurde die Patientin mit einem Status epilepticus notfallmäßig eingewiesen und dieser auf der Intensivstation mittels einer Thiopental-Narkose unterbrochen. Die weitere Diagnostik ergab im MRT eine Thrombose des Sinus sagittalis superior, Sinus rectus und der Venae cerebri interna. Eine Vollheparinisierung führte in der Folge zur weitgehenden Wiedereröffnung der thrombosierten Sinus, wie eine MRT-Kontrolle am 8. Februar zeigte. Trotzdem bestanden weiterhin therapieresistente epileptische Anfälle und Myoklonien, es kam zu typischen

Komplikationen eines intensivmedizinischen Langzeitverlaufs mit Sepsis, pulmonalen Infektionen, Ileus, der mit Coecumfistel am 14. Februar versorgt werden musste, und Pneumothorax nach rechtsseitiger Punktion der Vena subclavia am 5. April. Die Prognose und der ungünstige Verlauf wurden jedoch letztendlich durch einen schweren hypoxischen Hirnschaden im Rahmen des Status epilepticus als Folge der Sinusvenenthrombose bestimmt. Nach einer langen Phase des Wachkomas verstarb die Patientin am 17. Oktober 2003.

Die Angehörigen warfen der in Anspruch genommenen neurologischen Klinik vor, sie hätte bei der ambulanten Untersuchung am 3. Februar 2002 differenzialdiagnostische Untersuchungen unterlassen. Bemängelt wurde auch, die Behandlung sei lediglich durch eine Ausbildungsassistentin erfolgt. Es wäre zudem zweifelhaft, ob diese Ärztin über die notwendigen Kenntnisse in einer Notfallsituation verfügt habe.

Die Klinikärzte machten geltend, dass bei Tätigkeit einer Assistenzärztin in der Notaufnahme immer ein Facharzt im Hintergrund in Bereitschaft stehe. Wegen des Vorwurfs unzureichender Diagnostik verwiesen sie darauf, dass die Assistenzärztin mit dem behandelnden Neurologen telefonisch Rücksprache genommen habe, wobei ihr bestätigt worden sei, dass die bei Einlieferung beobachtete Symptomatik komplett den anamnestisch bekannten Kopfschmerzen entspreche. Insbesondere wäre es auch teilweise zu Auren gekommen. Insofern habe es keinen Zweifel gegeben, dass auch die aktuelle Kopfschmerzattacke auf Migräne schließen ließ. Mit der entsprechenden Therapie(-empfehlung) sei die Patientin dann entlassen worden.

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte neurologische Gutachter führte aus, dass im vorliegenden Fall zwei Umstände hätten dazu führen müssen, sich mit einer symptomatischen Therapie nicht zufrieden zu geben:

- das Fieber, wenn vielleicht auch durch einen Harnwegsinfekt erklärt,

- die seit vier Tagen bestehenden Kopfschmerzen von einer Heftigkeit, die den Hausarzt zur stationären Einweisung veranlasst habe. Kopfschmerzen in Verbindung mit Fieber sollten immer, auch wenn keine Nackensteife vorliege, an eine entzündliche Genese denken lassen und entweder Klärung durch eine Liquoruntersuchung oder 24-stündige Beobachtung auslösen.

Vier Tage anhaltende bifrontale Kopfschmerzen seien nicht migränetypisch und bedürften daher differenzialdiagnostischer Klärung. Entweder liege ein Status migrainosus, also eine chronifizierte Migräneattacke, vor, die stationärer Therapie bedürfe, oder es handle sich nicht um Migränekopfschmerzen.

Standard der neurologischen Untersuchung

Eine Computertomographie hätte zu diesem Zeitpunkt bereits eine Dichteanhebung des Sinus rectus als Hinweis auf eine Sinusthrombose zeigen können. Zumindest sei ein solcher „hyperdenser Sinus rectus“ im CCT vom 4. Februar 2002, also einen Tag später, zu sehen. Insgesamt wäre das Unterlassen weiterer diagnostischer Maßnahmen (Liquoruntersuchung und CCT) als fehlerhaft zu bewerten. Da ein CCT gegebenenfalls bereits am 3. Februar 2002 eine Diagnose ermöglicht hätte, wäre frühere Therapie möglich gewesen.

Bezüglich der in der Notaufnahme tätigen Assistenzärztin machte der Gutachter deutlich, dass auch von einem in Weiterbildung befindlichen Assistenzarzt der Neurologie zu erwarten sei, dass die Kopfschmerzstärke dokumentiert werde und eine Untersuchung des Augenhintergrundes erfolge. Hier wäre im konkreten Fall zu erwarten gewesen, dass im Gegensatz zum Befund bei Status migrainosus (Normalbefund) eine Stauungspupille nachweisbar gewesen wäre. Es könne davon ausgegangen werden, dass dies zum Standard einer neurologischen Untersuchung gehöre. Zum Hinweis der neurologischen Klinik, dass ein Kontakt mit dem behandelnden niederge-

lassenen Neurologen ergeben habe, dass die Symptomatik identisch mit der zur Aufnahme führenden gewesen sei, stellte der Gutachter fest, das eine diesbezügliche Gesprächsnotiz das Datum vom 4. Februar 2002 trage.

Außergewöhnlich am vorliegenden Fall sei nach Gutachtermeinung, dass es innerhalb weniger Stunden zu einer derart foudroyanten Verschlechterung gekommen ist. Aus einem zunächst monosymptomatischen Stadium der Sinusthrombose (lediglich Kopfschmerzen) entwickelte sich rasch ein Status epilepticus mit resultierendem hypoxischen Hirnschaden. Wie dieser Verlauf beeinflusst worden wäre, wenn bereits am 3. Februar 2002 eine Blutverdünnung mit Heparin erfolgt wäre, könne nicht vorhergesagt werden. Sowohl eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs als auch ein fehlender Effekt seien möglich. Mit Sicherheit hätte jedoch die Chance bestanden, den Status epilepticus rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die zusätzlich allein fehlerbedingt aufgetreten seien, kam der Gutachter zu der Feststellung, dass bei richtigem Handeln die Erkrankung weniger schwerwiegend verlaufen wäre und eventuell der hypoxische Hirnschaden hätte vermieden werden können. Die Sinusthrombose gehe mit einer Letalität von etwa 8 Prozent der Fälle einher. Der Tod der Patientin sei

letztlich nach einer langen Phase des Wachkomas erfolgt. Der letale Ausgang stehe hier zwar am Ende einer Kette unglücklicher Umstände, sei jedoch nicht unmittelbare Folge des Behandlungsfehlers.

Der neuroradiologische Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass man durch ein CCT, nativ und nach intravenöser Kontrastmittelgabe, mit hoher Wahrscheinlichkeit die Sinusvenenthrombose bereits am 3. Februar 2002, also 20 Stunden früher als am 4. Februar 2002 hätte feststellen können, wodurch dann die zeitgerechte Einleitung einer gezielten Therapie möglich gewesen wäre.

Mängel in der Befunderhebung

Die Schlichtungsstelle folgte den gutachterlichen Erwägungen dahingehend, dass im vorliegenden Fall deutliche Mängel in der Befunderhebung festzustellen waren. Fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verknennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstel-

len würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff). Diese Voraussetzungen waren im vorliegenden Fall erfüllt. Es war unverständlich, dass nicht bereits bei der primären Untersuchung weiterführende, dem Standard genügende Untersuchungen erfolgten. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wäre es möglich gewesen, durch die CCT-Untersuchung bereits zu einem früheren Zeitpunkt die Sinusthrombose zu diagnostizieren und medikamentös zu behandeln. Die Beweislastumkehr bezog sich im vorliegenden Fall auf den primären Gesundheitsschaden – die Nichtauflösung der Sinusthrombose. Die Beweislastumkehr bezog sich dagegen nicht auf die sekundären Gesundheitsschäden schwere hypoxische Hirnschädigung, epileptische Anfälle, Tod (vgl. BGH VersR 1994,52), die aus dem durch den Behandlungsfehler primär verursachten Gesundheitsschaden hervorgegangen sein sollen. Hier gilt das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gem. § 287 ZPO. Es reicht also aus, dass mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht. Das war hier der Fall. Die Schlichtungsstelle hielt somit Schadensersatzansprüche für begründet und empfahl daher, die Frage einer außergerichtlichen Regulierung zu prüfen.

Prof. Dr. Günter Haferkamp ist Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

The advertisement features a grid of magazine covers from 'Hamburger Ärzteblatt'. The covers include:

- Herzversagen (Heart failure)
- Die postmortale Hornhautspende (The post-mortem cornea donation)
- Häusliche Gewalt (Domestic violence)
- Kaufsucht (Compulsive buying)
- German Doctors im Einsatz (German Doctors in action)

 A prominent red box contains the following text:

Media-Informationen 2010
 Bitte anfordern unter info@wels-verlag.de
 Als download verfügbar unter www.wels-verlag.de

 At the bottom, the text reads:

Media Media-Informationen Anzeigenpreisliste Nr. 40, gültig ab 1. Januar 2010
Hamburger Ärzteblatt

Beruf und Familie Am 18. und 19. Februar zeigte die Fachtagung „Wissenschaft und Geschlecht“ an der Universität Hamburg, dass nach wie vor nur wenige Frauen Karriere in der Medizin machen.

Von Inga Pabst

Ärztin + Kind = *Karriereknick*

Die Fachtagung „Wissenschaft und Geschlecht“, die an der Universität Hamburg im Rahmen des vom Bundesforschungsministerium und vom Europäischen Sozialfonds geförderten Forschungsprojektes „Frauen in der Spitzenforschung“ stattfand, brachte es ans Licht: Für Medizinerinnen in der Facharztweiterbildung ist es nach wie vor schwierig, Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren. Jede dritte Hochschulabsolventin läuft Gefahr, nach sieben Jahren nicht den Facharztabschluss zu haben, berichtete

Diplom-Soziologin Kathrin Kromark, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), das im Verbund mit der Universität Leipzig eine Studie über Karriereverläufe in der fachärztlichen Weiterbildung durchführt. Bei den Männern macht im gleichen Zeitraum nur etwa jeder Fünfte seinen Facharzt nicht.

Am Start mehr Frauen als Männer

Seit 1994 beginnen in Deutschland mehr Frauen ein Studium der Humanmedizin als Männer. Im Laufe der Facharztausbildung und der anschließenden Berufstätig-

keit kehrt sich das Geschlechterverhältnis jedoch um. Spitzenpositionen besetzen Frauen nach wie vor nur in Ausnahmefällen.

Im Vergleich mit anderen wissenschaftlichen Fachrichtungen liegen die Medizinerinnen von der Anzahl her noch bis zur Promotion vor anderen Akademikerinnen, sagte Kromark. In anderen Fächern habilitieren jedoch mehr Frauen als in der Medizin. Nur jede zehnte Professorenstelle bekleidet eine Frau (11,8 Prozent).

Je höher die Karrierestufe, desto mehr schmilzt der Anteil der Frauen zusammen. Bundesweit wird nur jeder zehnte Chefarztposten von einer Frau bekleidet, sagte die Soziologin. Im internationalen Vergleich steht Deutschland, was den Frauenanteil in der Wissenschaft betrifft, damit deutlich schlechter da als viele andere Nationen. Im globalen Wettbewerb um die besten Köpfe wird dieses Ungleichgewicht zunehmend als Standortnachteil angesehen.

Karrierehemmnisse für Medizinerinnen

Die so genannte karmed-Studie, die bis 2012 läuft, versucht die Karrierehemmnisse für Medizinerinnen in der Phase der Facharztausbildung zu ergründen. Denn vielen Frauen gelingt nach geglücktem Studium der nächste Abschluss nicht mehr: 2008 haben nur 64 Prozent der Medizinerinnen ihren Facharzt gemacht. Bei einer Befragung unter knapp 1.000 PJlern im Rahmen der karmed-Studie gaben jedoch 96 Prozent an, direkt nach ihrem Studium eine Facharztausbildung anschließen zu wollen.

Wieso kommt ein Drittel der Frauen nicht ans Ziel? Als wichtigste Karrierehindernisse nannte Kromark fehlende Vorbilder für junge



Ärztinnen sowie starre Hierarchien im Klinikumfeld, die die Regelung von Elternzeit ohne Nachteile oft nicht ermöglichen. Viele Ärztinnen führten zudem so genannte Doppelkarrierepartnerschaften mit Akademikern, in denen sie zurücksteckten.

Kliniken nicht auf Elternzeiten eingestellt

Darüber hinaus seien viele Kliniken weiterhin nicht ausreichend auf Elternzeiten eingestellt, hieß es. „In manchen Kliniken ist es inzwischen zwar selbstverständlich, in Elternzeit zu gehen und anschließend ohne Nachteile wieder einzusteigen. Es gibt aber immer noch viele Kliniken, die schwangere Ärztinnen direkt mit ihrem Karriereende konfrontieren“, betonte Katharina Rothe, Psychologin und Geschlechterforscherin an der Universität Leipzig. „Oft ist das vom Chefarzt abhängig.“

Gerade in den schneidenden Fächern beklagten Ärztinnen, dass ihnen langfristige Karriereperspektiven durch das Argument verwehrt werden, sie seien durch Familienverantwortung nicht jederzeit verfügbar. Bis heute sei es insbesondere für Chirurginnen ausgesprochen schwer, sich als Mutter in diesem Fach zu behaupten, sagte Rothe.

Dies könnte auch ein dafür Grund sein, warum angehende Ärztinnen vor allem die Chirurgie von vorne herein meiden und deshalb in diesem wichtigen Fach, genauso wie in der Inneren Medizin, unterrepräsentiert sind. Daran scheint auch das aktive Werben um Frauen durch die Berufsverbände der Chirurgen, die in den kommenden Jahren einen Ärztemangel in deutschen Kliniken erwarten, bisher nicht viel geändert zu haben.

Diffuse Vorstellungen

Aber auch an der Karriereplanung angehender Ärztinnen lässt sich noch feilen: Während Männer schon in der Ausbildung ihre Karriere pragmatisch verfolgen, bleiben die Karrierevorstellungen von Frauen häufig diffus. Nur wenige Frauen streben laut Kromark konsequent eine Führungsposition an; nur etwa zwei Prozent wollten Chefärztin werden. Zudem wolle eine Reihe von Ärztinnen nach der Elternzeit in Teilzeit weiterarbeiten. Schlechte Karriereaussichten und der Druck, sich zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen, wirken sich negativ auf den weiblichen Nachwuchs aus, sind die Wissenschaftlerinnen überzeugt. Rothe: „Während Männer selbstverständlich davon ausgehen, dass sie Karriere machen, gehen leider viele Frauen davon aus, dass es für sie nach der Facharzt-ausbildung keine Karriere geben wird.“

Mehr Informationen zur Studie sind unter http://sportfak.uni-leipzig.de/~K_Rothe/kar.med.html abrufbar.

Erdbeben



Voltaire (1694 - 1778)

Kaum haben sie die Stadt (Lissabon) betreten, als sie die Erde unter ihren Füßen beben fühlen; schäumend erhebt sich das Meer im Hafen und zerbricht die Schiffe, die vor Anker liegen. Wirbel von Flammen und Asche hüllen Straßen und Plätze ein; die Häuser stürzen zusammen, die Dächer werden von den Mauern gefegt, und die Mauern brechen auseinander; dreißigtausend Einwohner jeden Alters und Geschlechts werden unter den Trümmern erschlagen. [...] „Der Jüngste Tag ist gekommen!“ rief Candide aus. [...] Einige Steinsplitter hatten Candide verwundet; er lag, von Trümmern bedeckt, auf der Straße. Er sagt zu Pangloss: „Ach verschaff mir ein wenig Wein und Öl; ich sterbe“ – „Dieses Erdbeben stellt nichts neues dar“ erwiderte Pangloss, „die

Stadt Lima in Amerika war im letzten Jahr ebensolchen Erdstößen ausgesetzt; gleiche Ursachen, gleiche Wirkungen: sicherlich führt eine unterirdische Schwefelader von Lima nach Lissabon.“ – „Nichts ist weniger wahrscheinlicher“, sagt Candide, „aber gib mir um Gottes willen ein wenig Öl und Wein“ – „Was heißt wahrscheinlich?“ entgegnete der Philosoph. „Ich behaupte, dass die Sache bewiesen ist.“ Candide verlor das Bewusstsein, und Pangloss brachte ihm ein bisschen Wasser aus einem nahe gelegenen Springbrunnen. Nachdem sie beim Durchsuchen von Ruinen einigen Mundvorrat gefunden hatten, kamen sie am nächsten Tag wieder etwas zu Kräften. Dann waren sie, wie auch die anderen, bemüht, Einwohnern, die dem Tode entkommen waren, ihr Los zu erleichtern. Ein paar Bürger, denen sie geholfen hatten, gaben ihnen ein so gutes Essen, wie es inmitten einer solchen Katastrophe nur sein konnte. Freilich war die Mahlzeit traurig; die Essenden begossen ihr Brot mit Tränen; aber Pangloss tröstete sie und versicherte ihnen, dass die Dinge gar nicht anders sein konnten. „Denn“, sagte er, „alles das ist nur zum Besten. Wenn es nämlich einen Vulkan in Lissabon gibt, konnte er nicht woanders sein, denn es ist unmöglich, dass die Dinge sich nicht dort befinden, wo sie sind. Alles nämlich ist gut wie es ist. [...]

Nach dem Erdbeben, das drei Viertel von Lissabon zerstört hatte, hatten die Weisen des Landes kein wirksameres Mittel gefunden, um den totalen Ruin der Stadt zu verhindern, als dem Volk ein schönes Autodafé vorzuführen; von der Universität von Coimbra war entschieden worden, das Schauspiel einiger auf kleinem Feuer und unter großen Zereemonien verbrannter Leute sei ein nie versagendes geheimes Mittel, die Erde am Beben zu hindern. So hatte man denn einen Mann aus der Provinz Biskaya ergriffen, der der Heirat mit seiner Gevatterin überführt war, sowie zwei Portugiesen, die ein Huhn gegessen und dabei den Speck weggeworfen hatten. Nun fesselte man nach dem Essen den Doktor Pangloss und seinen Schüler Candide, den einen, weil er gesprochen, den anderen, weil er mit dem Ausdruck der Billigung zugehört hatte; beide wurden gesondert in außerordentlich kühle Gemächer gebracht, in denen einen die Sonne nie belästigte. Acht Tage später kleidete man beide in einen Sanbenito und schmückte ihre Häupter mit Mitren aus Papier: die Mitra und der Sanbenito Candides waren mit abwärts gerichteten Flammen und Teufeln ohne Schwänze und Klauen bemalt; aber die Teufel von Pangloss besaßen Klauen und Schwänze, und die Flammen züngelten empor. So gekleidet, schritten sie in Prozession einher und hörten eine sehr pathetische Predigt an, auf die ein schöner, eintöniger Kirchengesang folgte.

Candide wurde im Takt auf den Hintern geschlagen, während man sang; der Mann von der Biskaya und die beiden Männer, die auf keinen Fall hatten Speck essen wollen, wurden verbrannt und Pangloss gehängt, obwohl das eigentlich nicht üblich ist. Am gleichen Tage bebete die Erde mit entsetzlichem Donner von neuem. Candide dachte voller Schrecken, sprachlos, außer sich, blutig und zitternd: „Wenn dies die beste aller möglichen Welten ist, wie müssen erst die anderen sein!“ (...) Er wollte gehen, während er sich mit Mühe aufrecht hielt, mit Predigt, Prügeln, Absolution und Segen wohl versehen ...

Hamburger Ärzteblatt 1/10, Seite 22

„Hausarzt am Scheideweg“

Der Wahlkampf naht – und so überrascht es nicht, dass die Führung der KV vorträgt, warum auch und gerade die Hausärzte mit dieser KV glücklich(er) sein sollen.

Zu unserem Glück soll da offenbar ganz besonders die „Einzelleistungsvergütung“ beitragen. Hierzu und hiergegen ist schon viel gesagt worden. Deshalb an dieser Stelle nur so viel:

- „Einzelleistungsvergütung“ ist eine Schimäre! In Zeiten „gedeckelter“ Honorare war und ist es regelmäßige Aufgabe der KV, Mengenbegrenzungen zu überlegen, zu verwalten, zu kontrollieren. Das hatten wir schon, das wollen wir nicht mehr – auch wenn ein großer Teil der KV daraus seine Existenzberechtigung ableitet.

- „Pauschalisierung“ unserer Honorare sei „leistungsfeindlich“?

Ja, waren wir denn schlechtere Ärzte, als wir im Krankenhaus noch voll-pauschalisiert (nämlich monatlich) bezahlt wurden? Oder engagieren Sie, Herr Plassmann, sich weniger in der Führung der KV Hamburg, weil Sie keine Einzelleistungen abrechnen können?? Und wenn ein Kollege meint, mit der Pauschale in der Tasche eine „ruhige Kugel“ schießen zu können, gibt es schließlich immer noch die Patienten und ihre Angehörigen, die sich einen engagierteren Hausarzt suchen können und werden!

- Entscheidend ist doch nicht, wie viele Ziffern ich „vorne“ aufschreiben kann oder muss! Entscheidend ist m.E. ausschließlich, wie viel „hinten“ rauskommt (in Euro!).

Ebenfalls wenig überrascht hat mich Ihr Hinweis, dass im Rahmen der „neuen“ HZV-Verträge (Hausarztzentrierte Versorgung nach §73 b) in Bayern 11% mehr Überweisungen getätigt worden seien als zuvor. Dies ist natürlich kein Zeichen dafür, dass sich die beteiligten Hausärzte weniger selber um ihre Patienten kümmern würden. Vielmehr ein Indiz dafür, wie viele Patienten „normalerweise“ ohne Überweisung direkt zum Spezialisten wandern. Von diesen erhält der HZV-Hausarzt jetzt vielleicht erstmals Kenntnis und erfährt vielleicht sogar von parallel verordneten Medikamenten, von denen er vorher noch nichts erfahren hatte!

Überrascht war ich allerdings von einem Thema in Ihrem Artikel: Sie schreiben „In Weiterbildungsverbänden muss angehenden Hausärzten eine effiziente und sichere Weiterbildung organisiert werden ...“ Super! Wo wären wir (und die KV Hamburg) hier ohne unsere engagierten Kollegen vom Hausärzterverband (insbes. Detlef Niemann), die ganz ohne Einzelleistungsvergütung und ehrenamtlich hier unermüdlich gebohrt, gedrängelt und verhandelt hätten!?! Und sich dabei so manchenmal von den Verantwortlichen in der KV eher gebremst als gefördert sahen ...

Dr. Michael Ippen, Arzt für Allgemeinmedizin

Hamburger Ärzteblatt 3/10, Seite 8

„Hamburger Hausärzte gegründet“

Eigentlich sollte es mich freuen, wenn ein prominenter Vertreter der KV Hamburg endlich zu einer wirklichkeitsnahen Einschätzung der Hausarztmedizin kommt. Wenn er dann auch noch die Probleme der hausärztlichen Medizin einigermaßen korrekt aufzeigt, die Fixierung auf die Honorarsituation als kurzfristig und die Weiter- und Ausbildung als dringend zu lösendes Problem bezeichnet, dann sollte ich eigentlich zufrieden sein mit Herrn Plassmann, dem stellvertretenden Vorsitzenden der KVH. Er vertritt ziemlich genau die Positionen – wenn auch etwas abstrakt – die der Hausärzterverband vertritt. Sinneswandel, bevorstehende Wahlen oder die Dynamik der Hausarztverträge?

Eigentlich könnte ich mich auch freuen über die Abspaltung einer Hausarztgruppe von der Hamburger Allianz. Diese Gruppe wird an herausragender Stelle im Hamburger Ärzteblatt vorgestellt und wirbt für sich mit dem Versprechen einer eigenständigen hausärztlichen Interessenvertretung „ohne Bevormundung durch Bundesverbände“. Wie will man sich in den hochkomplexen Verhältnissen der Gesundheitspolitik zurechtfinden ohne Informationen, ohne Unterstützung durch einen starken überregionalen Berufsverband? Und noch etwas zum Nachdenken: Was ist von dieser „Abspaltung“ zu halten, wenn der Vorsitzende der Allianz gezielt zu den Vorbereitungsgesprächen der Spaltergruppe einlädt?

Unter anderen zeitlichen und politischen Bedingungen würde ich mich auch über eine Fortbildung zur hausarztzentrierten Versorgung freuen. Wenn diese Fortbildung aber von einer gezielt zur KV-Wahl gegründeten Gruppe durchgeführt wird, dann sollte sie als Wahlveranstaltung deklariert werden. Wenn hochrangige KVH- und KBV-Vertreter dort auftreten, bekommt diese Veranstaltung ein leichtes „Geschmäckle“. Weder Veranstalter noch Referenten haben sich bislang durch dezidiertes Engagement für die hausarztzentrierte Versorgung hervorgetan. Soll hier Einfluss auf die KV-Wahl genommen werden? Die Wahl entscheidet über die Zusammensetzung der Vertreterversammlung. Die Vertreterversammlung entscheidet über die KV-Vorstände, sie ist ein Kontrollorgan. Wie es aussieht, wollen diejenigen, die kontrolliert werden müssen, Einfluss nehmen auf die Wahl der Kontrolleure. Als der Siemens-Konzern mit dem Betriebsrat unzufrieden war, gründete er eine eigene Gewerkschaft. Auf eine ähnlich glorreiche Idee kam die Firma ALDI; die U-Bahn-Bauer in Köln kontrollierten sich der Einfachheit halber auch selbst – alles endete im Desaster. Wir in Hamburg sollten klüger sein, auch bei weitaus kleineren Dimensionen. Das HÄB sollte wie bisher strikt unparteilich sein, der KV-Vorstand neutral, die Wahlverbände ehrlich.

Dr. Volker Lambert, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

310. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 310. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 19. April 2010 um 20 Uhr in den Räumen des Ärztehauses.

Auf der Tagesordnung stehen u. a. folgende Punkte:

Anpassung der Beitragsordnung, Nachwahl von ehrenamtlichen Richtern für das Hamburgische Berufsgericht für die Heilberufe, Vorbereitung auf den 113. Deutschen Ärztetag, Nachwahl von Fachbeisitzern/Prüfern und die Wiederberufung aller Mitglieder der Ethik-Kommission.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Augenheilkunde

Ein Facharzt für Augenheilkunde in 22143 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 24/10 AU

Hausärzte

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 22527 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 25/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 22041 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 26/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 21073 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 27/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 22115 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 28/10 HA

Eine Praktische Ärztin in 22763 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 29/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22335 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 30/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22457 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 31/10 HA

Eine Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 20539 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 32/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22307 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 33/10 HA

Innere Medizin

Ein Facharzt für Innere Medizin (Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie) in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 34/10 I

Orthopädie

Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in 22587 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 35/10 O

Radiologie

Eine Fachärztin für Diagnostische Radiologie in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 36/10 R

Urologie

Ein Facharzt für Urologie in 21029 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 37/10 U

Ärztliche Psychotherapeuten

Eine Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin in 20249 Hamburg hat mit Ablauf des 30.09.2010 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 38/10 ÄPSY

Psychologische Psychotherapeuten

Ein Psychologischer Psychotherapeut (Tiefenpsychologie) in 22149 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 39/10 PSY

Ein Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragspsychotherapeutensitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 40/10 PSY

Praxisnachfolge zum 01.10.2010

Ausschreibungen von Praxen, die zum **01.10.2010** an einen Nachfolger übergeben werden sollen, müssen spätestens in der Juni-Ausgabe des Hamburger Ärzteblattes erfolgen. Beachten Sie bitte, dass die Abgabefrist des Antrages auf Ausschreibung und der Verzichtserklärung somit am **10.05.2010** endet!

30.06.2010 auf seine vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 41/10 PSY

Eine Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in 22087 Hamburg hat mit Ablauf des 30.09.2010 auf ihre vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragspsychotherapeutensitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 40/10 PSY

Ein Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 41/10 PSY

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **30. April 2010** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

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

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Steinmann, Tel. 040 / 22 08 02-3 26.

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden

jeden ersten Dienstag im Monat um 20 Uhr in der Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus) statt.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Frau Flindt: 040 / 22 80 2-569

Mitteilungen

Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

(nachstehend als „KV Hamburg“ bezeichnet)

und der

Techniker Krankenkasse

Bramfelder Straße 140

22305 Hamburg

(nachstehend als „TK“ bezeichnet)

Präambel

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Mit diesem Vertrag verfolgen die TK und die KV Hamburg vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebsarten beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Ärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebsarten zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

§ 1

Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Hamburg.

§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

1. Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der TK versicherten Personen ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.

2. Die TK informiert ihre Versicherten hierüber in geeigneter Weise. Mit Inanspruchnahme dieser Leistung nimmt der Versicherte an dieser Vereinbarung teil. Einer gesonderten Teilnahmeerklärung bedarf es nicht. Eine weitergehende Verpflichtung im Sinne von § 73c Abs. 2 SGB V ist mit diesem Versorgungsangebot nicht verbunden.

§ 3

Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte

1. Zur Durchführung der Untersuchung gem. § 4 dieses Vertrages sind im Bereich der KV Hamburg zugelassene, in einer Praxis angestellte, in einem MVZ tätige Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnigt.

2. Zusätzlich muss der Arzt an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung teilgenommen haben.

3. Die KV Hamburg informiert alle betreffenden

Vertragsärzte über diesen Vertrag. Mit Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Leistung erklärt der Vertragsarzt zugleich seine Teilnahme an dieser Vereinbarung.

§ 4

Umfang des Leistungsanspruchs

1. Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages); diese umfasst

- a) Information der Versicherten zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung,
- b) die Anamnese,
- c) eine körperliche Untersuchung (ohne Aufflichtmikroskopie / Dermatoskopie; Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute - Gesamthautuntersuchung),
- d) die erstmalige Hauttypbestimmung,
- e) die vollständige Dokumentation.

2. Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen; dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.

3. Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.

4. Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

5. Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten - mit Einverständnis der Patientin / des Patienten - dem/den weiterverhandelnden Arzt/Ärztinnen zur Verfügung zu stellen.

§ 5

Abrechnung und Vergütung

1. Abrechnungs- und vergütungsfähig sind die in § 4 aufgeführten ärztlichen Leistungen, wenn sie im Rahmen dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden.

2. Für die Inanspruchnahme der Behandlungsmaßnahmen nach § 4 dieses Vertrages (Vorsorgeleistungen) wird die Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben.

3. Die erbrachten Leistungen gem. § 4 sind von den Vertragsärzten über die KV Hamburg abzurechnen. Dabei ist die Abr.-Nr. 94502 zu verwenden. Die Abrechnungsnummer ist alle zwei Jahre berechnungsfähig. Die KV Hamburg ist berechnigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

4. Eine Abrechnung der GOP 01745 EBM neben der Abr.-Nr. 94502 ist im gleichen Behandlungsfall ausgeschlossen.

5. Die im Rahmen dieser Vereinbarung abrechenbaren Leistungen werden über Pauschalvergütungen abgegolten. Die TK entrichtet zur Abgeltung der erbrachten ärztlichen Leistungen an die KV Hamburg jeweils eine Pauschale in Höhe von 23,00 € pro Fall (Abr.-Nr. 94502). Damit ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ausgeschlossen.

6. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.

7. Die KV Hamburg stellt der TK die Erstattung der nach Abs. 3 abgerechneten Vergütungen zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung. Das Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages wird detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern im Formblatt in der Kontenart 521 und 522 in Ebene 3, Kapitel 90 - Regionale Verträge, Ebene 4, Abschnitt 1 - Hautkrebscreening als Summe sowie in Ebene 6 je Abr.-Nr. ausgewiesen.

8. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungenstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KV Hamburg.

§ 6

Datenschutz

Die Einhaltung der Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes ist von den Vertragspartnern dieser Vereinbarung und den teilnehmenden Vertragsärzten zu gewährleisten.

§ 7

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

§ 8

Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt ab 1.3.2010 in Kraft.
2. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Quartalsende und ist frühestens zum 31.12.2010 möglich.

Hamburg, den 11.03.2010

Amtliche Veröffentlichung im Internet

Unter www.kvhh.de -> Amtliche Veröffentlichungen ist folgende Vereinbarung veröffentlicht:

1. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigung und der KBV.

Sollte die Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen den entsprechenden Ausdruck gern in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel.: 2 28 02 - 9 00

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung des AIDS-Arbeitskreises findet statt am

Montag, 26. April 2010, 19.30 Uhr, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, (Ärztelhaus), Hugo-Niemeyer-Saal (Zwischengeschoss)

Dr. med. Thomas Mertenskötter, IPM (International Partnership for Microbicides), wird referieren zum Thema: „Antiretrovirale HIV-Prävention“. Eigene Fälle aus der Praxis können wieder vorgestellt und diskutiert werden.

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

Mitteilungen

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. Hanno Scherf ist mit dem 31.12.2009 aus der Vertreterversammlung ausgeschieden. Für ihn rückt die Stellvertreterin Frau Dörte Collatz nach. Für Frau Collatz ist von den bisher nicht berücksichtigten Bewerbern mit Wirkung ab 01.01.2010 Herr Dr. med. Sven-Holger Kühn als Stellvertreter für Frau Dörte Collatz eingerückt.

Der Landeswahlausschuss, Dr. med. Rudolf Osieka, Landeswahlleiter

Beitritt der BKK Daimler zum 01.04.2010 zum Homöopathie-Vertrag mit der SECURVITA BKK vom 08.06.2009

Dem o. g. Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV ist mit Wirkung zum 01.04.2010 die BKK Daimler beigetreten.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel.: 2 28 02 – 9 00

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

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

	Ortsteil
Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Holger Butting	Bahrenfeld
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. Barbara Kortüm	Blankenese
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Helge Homann	Billstedt
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Cornelia Müller-Habich	Barmbek-Süd
Facharzt für Orthopädie Dr. Panagiotis Doukas	Barmbek-Nord
Facharzt für Diagnostische Radiologie Dr. Jens Peter Meinke	Bergedorf

	Ortsteil
Fachärztin für Pathologie Dr. Magdalena Krause-Pawilczus	Lokstedt
Zulassungen mit hälftigen Versorgungsauftrag	
Facharzt für Chirurgie Dr. Wolf-Jonas Tiefenbacher	Eidelstedt
Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie	
Fachärztin für Neurologie Dr. Alaleh Raji	Bergedorf

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
Asklepios Gesundheitszentrum Mitte Ärztlicher Leiter: Dr. med. Andreas Hinrichs	Lohmühlenstraße 5, Haus A 20099 Hamburg Tel. 040/ 28 40 98 90 FAX. 040/ 284 09 89 10	Innere Medizin mit der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung – Schwerpunkt Kardiologie Physikalische und Rehabilitative Medizin Psychotherapeutische Medizin Psychiatrie und Psychotherapie Neurologie und Psychiatrie
MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung Ärztliche Leiter: Dr. med. Torsten Döll Dr. med. Karl-Otmar Stenger	Schultwiete 2 • 21077 Hamburg Tel. 040/ 769 83 70 FAX: 040/ 76 98 37 48	Praktischer Arzt Innere Medizin mit der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung – Versorgungsauftrag Dialyse – Psychologische Psychotherapie
Labor Lademannbogen MVZ Ärztlicher Leiter: Dr. med. Andreas Lämmel	Lademannbogen 61 • 22339 Hamburg Tel.: 040/ 53 80 50 FAX: 040/ 53 80 51 26	Laboratoriumsmedizin Transfusionsmedizin Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Können Sie sich ein Hobby wirklich noch leisten?

Dr. med. Claus-Goth, Facharzt für Arbeitsmedizin, Zentrumsleiter:
»Nacht- und Wochenenddienste kenne ich nur aus meiner Vergangenheit. Dass sich alles nur um Krankheit dreht, ist auch vorbei. Jetzt geht es endlich um Gesundheit. Ich berate Unternehmen aus ganz verschiedenen Branchen, plane meine Termine selbst und gestalte so aktiv meine Zukunft. Und wer behauptet, man könnte als Arbeitsmediziner keine Karriere machen, sollte sich die B·A·D mal genauer ansehen. Das verstehe ich unter dem Erfolgsfaktor Mensch!«

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de



Wir bieten an unseren Standorten Elmshorn, Hamburg-Altona, Hamburg-Uhlenhorst, Leer und Lübeck

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

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:

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

Ihre Aufgaben:

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

Die B·A·D GmbH betreut mit mehr als 2.200 Experten europaweit 250.000 Betriebe mit über 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit. Allein in Deutschland betreiben wir 190 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen. Unsere Mitarbeiter sind dabei unser wertvollstes Kapital, denn ohne sie wären wir nicht so

Interessiert? Dann wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Ansprechpartnerin Claudia Feldner, Telefon 02 28/4 00 72-335. Wir freuen uns auf ein Gespräch mit Ihnen!

erfolgreich!
Gehören Sie bald auch zu uns?



B·A·D GmbH – Human Resources
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
bewerbung@bad-gmbh.de, www.bad-gmbh.de



Gynäkologie Jobsharing

20 Std.pro Woche in Gemeinschaftspraxis in Bergedorf gesucht.
Zuschr. erb. unter Z 6568 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Gynäkologie/WBÄ

20 Std.pro Woche in Gemeinschaftspraxis in Bergedorf gesucht.
Zuschr. erb. unter A 6569 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Assistent/in Innere/AM

gesucht für große hausärztlich-internist. GP im Osten Hamburgs, Tel.: (0 40) 66 99 83 42 od. 6 73 48 58

Suchen Allgemeinmediziner/in

od. hausärztl. Internisten/in für die Mitarbeit im Angestelltenverhältnis in einer Diabetesschwerpunktpraxis in Hamburg-Bramfeld, Telefon: (01 72) 4 55 84 48

Suche FA/FÄ für PRM

Biete geregelte Arbeitszeit, hervorragendes Betriebsklima, keine Dienste, exzellentes Einkommen.
Kontakt: info@reha-praxis-rothe.de

FÄ/FA Innere od. Allgmed.

gesucht für hausärztliche Praxis in Alsternähe. Voll- od. Teilzeit möglich, KV-Sitz vorhanden; ab sofort oder später, Tel.: (01 72) 4 11 80 20

WB-Assistent/in od. FÄ/FA

für **Psychiatrie u. Psychotherapie** für Praxis 25 km südlich von HH zur Verstärkung gesucht. WBE 1 Jahr; Teilzeit gern möglich.
Zuschr. erb. unter R 6602 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Assistent/in

zum 01.05.10 f. Allgmed.Praxis in Ottensen gesucht, Tel.: 39 90 73 77



Wir suchen

Stationsärztin/Stationsarzt

Voll- oder Teilzeit zur Weiterbildung in Innerer Medizin/Allgemeinmedizin/Geriatrie

Wir bieten:

- volle Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Geriatrie.
- Weiterbildungsermächtigung über 24 Monate in der Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie über 24 Monate Innere Medizin.
- Sonografie, Echokardiografie, Duplexsonografie, Lungenfunktion, LZKEG, LZRR sowie Gastroskopie werden ebenso durchgeführt wie endoskopische Schluckdiagnostik.
- eine strukturierte interne Weiterbildung und fördern die externe Weiterbildung auch finanziell.
- geregelte Arbeitszeiten und ein gutes Klima im Team.
- Hilfe bei der Wohnungssuche.

Für weitere Informationen steht Ihnen unser Chefarzt Jens Leymann (Telefon 04541 133725) zur Verfügung.

Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH

Wir sind:

Die Klinik für Geriatrie verfügt über 52 stationäre Betten, 12 teilstationäre Plätze und nimmt an den Ambulanten Geriatriischen Versorgung (AGV) teil.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte schriftlich an die:

Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH
Röpersberg 47 · 23909 Ratzeburg
www.geriatrie-ratzeburg.de

Die Röpersberg-Gruppe.
Eine Welt voller Möglichkeiten.

„3 in 1“ - Akupunktur-Weiterbildung
Kurse unter südlicher Sonne, ÄK anerkt.
www.gsa-akupunktur.de
Infos: 09331-87400

Dermatologe/-in,

vorzugsweise mit Schwerpunkt Phlebologie und/oder WB-Assistent/in zum nächst möglichen Zeitpunkt für große GP in HH gesucht. Schriftliche Bewerbung erb. unter D 6575 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Anästhesist/-in Facharzt

für ambulant und stationär gesucht, kein Nachtdienst oder Wochenende.
Zuschr. erb. unter F 6577 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Online-Anzeigenannahme
www.wels-verlag.de



Die Praxis-Klinik Bergedorf ist ein Plankrankenhaus für die fachübergreifende Grund- und Regelversorgung des Bewegungs- und Stützapparates. Ein innovatives Konzept zur Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Bereich ist realisiert. Das Ärzte-, Pflege- und Therapeutenteam ist in der konservativen und operativen Behandlung des Bewegungs- und Stützapparates spezialisiert.

Für den Einsatz in unserem Hause suchen wir für folgende Bereiche zum nächstmöglichen Termin eine(n)

• **Allgemeinmediziner/in in Voll-/Teilzeit**

zur Betreuung unserer Bettenstation. Es erwartet Sie eine weitestgehend eigenverantwortliche Tätigkeit in der postoperativen Nachsorge gelenk- und wirbelsäulenoperierter Patienten

• **Ärzte/innen**

für Nacht- und Wochenenddienste auf Honorarbasis

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte an:

Praxis-Klinik Bergedorf GmbH · z. Hd. Tanja Hewelt
 Alte Holstenstraße 2 · 21031 Hamburg
 Telefon: 040 / 7 25 75-290
www.praxis-klinik-bergedorf.de
verwaltung@praxis-klinik-bergedorf.de



Ambulante Reha Einrichtung

sucht als Nachfolge für ihre
 Ärztliche Leitung

Orthopäden od.

**Facharzt für Physikalische und
 Rehabilitative Medizin (w/m)**

Unser traditionsreiches wie zukunftsorientiertes Rehabilitationszentrum in Hamburg arbeitet gemäß den BAR-Richtlinien. Die Bewerberin/der Bewerber sollte über Erfahrungen in der Rehabilitationsdiagnostik, Reha-planung und in interdisziplinärer Teamarbeit verfügen. Wünschenswert ist eine Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin. Teilzeitarbeit ist grundsätzlich möglich. Zudem bieten wir die Möglichkeit zur Privatliquidation.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte mit Angabe des möglichen Eintrittstermins an:

Dr. Eismann, Geschäftsführung
 Reha Hamburg – Centrum für Sportrehabilitation GmbH,
 Bebelallee 1, 22299 Hamburg

Das Albertinen-Diakoniewerk gehört mit 2.800 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von rund 190 Mio. Euro zu den großen diakonischen Gesundheitsdienstleistern in der Metropolregion Hamburg. In den Kliniken der Albertinen-Gruppe werden jährlich über 80.000 Patienten ambulant und stationär versorgt. Hinzu kommen mehrere Pflegeeinrichtungen und Seniorenanlagen, ein Hospiz sowie zahlreiche weitere Angebote an den Standorten Hamburg-Schnelsen und Hamburg-Volksdorf.

Für die Abteilung Radiologie der Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhaus gemeinnützigen GmbH suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Chefärztin/Chefarzt

Radiologie

Wir sind ein modernes Krankenhaus im Nordosten Hamburgs und versorgen ca. 12.000 stationäre und über 15.000 ambulante Patienten im Jahr. Wir nehmen uneingeschränkt an der Not- und Unfallaufnahme teil. Dem Krankenhaus angegliedert ist ein Medizinstützpunkt mit zahlreichen Arztpraxen. Wir sehen in der Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungsangeboten einen wichtigen Schwerpunkt. Im Rahmen einer Kooperation betreiben wir am Standort des Krankenhauses Großhansdorf, Klinik für Pneumologie und Thoraxchirurgie, ein weiteres Mehrzeilen-CT.

Die Radiologische Abteilung ist mit Mehrzeilen-CT, MRT, DAS und digitaler Radiographie einschließlich Mammographie ausgestattet. Der Bau eines neuen Diagnostikzentrums wird in diesem Jahr begonnen. Auf Ihre kompetente Mitarbeit in allen Planungs- und Bauphasen freuen wir uns.

Sie verfügen bereits über Erfahrungen im Management der Radiologie und haben Freude an der konzeptionellen Weiterentwicklung der Abteilung in fachlicher wie auch in struktureller Hinsicht. Als Diakonischer Gesundheitsdienstleister in Hamburg legen wir Wert auf den weiteren Ausbau unseres Qualitätsmanagements in Kombination mit der Erreichung nachweislicher Produktivitätssteigerungen. Erfahrungen im Change Management und Innovationsfreudigkeit sind für uns von hoher Bedeutung.

Als freikirchliches Diakoniewerk orientieren wir unser gemeinsames Handeln an unserem Leitbild (siehe www.albertinen.de) und erwarten von leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dass sie das in diesem Leitbild formulierte diakonische Selbstverständnis mittragen und ihre Leitungsaufgaben entsprechend der Führungsgrundsätze unseres Werkes gestalten.

Für Rückfragen stehen Ihnen der Geschäftsführer Herr Hans-Peter Beuthien unter 040 64411-221 und Herr Dr. Ekkehard May unter 040 64411-270 gern zur Verfügung.

Ihre aussagefähigen Unterlagen richten Sie bitte bis zum 21.04.2010 an:

Evangelisches Amalie
 Sieveking-Krankenhaus



in besten Händen

Albertinen-Zentrale Dienste GmbH

Geschäftsbereich Personal
 Haselkamp 33 · 22359 Hamburg · www.amalie.de



Freie und Hansestadt Hamburg
Bezirksamt Bergedorf

Psychiater/in

Sie reizt eine abwechslungsreiche und spannende Tätigkeit in einem multiprofessionellen Team der Sozialpsychiatrie? Dann sind Sie im Gesundheitsamt Bergedorf goldrichtig. Zum 1.5.2010 suchen wir einen Psychiater/eine Psychiaterin. Rufen Sie an unter 040-42891-2224 (Dr. Galle) oder schlagen Sie nach unter <http://www.hh-bergedorf.de>!



Kardiologie Dr. Matthias Riedl Augenheilkunde Fußambulanz

Mit Ihnen möchten wir unser Team erweitern!

Für die Erweiterung des medicum Konzeptes an unterschiedlichen Standorten in Hamburg suchen wir Ärzte- und Fachpersonal in Voll- und Teilzeit:

- 1 Allgemeinmediziner/in oder Internist/in für unsere hausärztliche Versorgung in Farmsen
- 1 Diabetologe/in
- 1 Study Nurse zur Begleitung unserer hausinternen Studien

Wir bieten Ihnen:
- einen attraktiven, interessanten Arbeitsplatz im Rahmen eines innovativen patientenorientierten Konzeptes
- flexible Arbeitszeiten, sowie die Möglichkeit, eigenverantwortlich zu arbeiten

Wir erwarten von Ihnen:
- engagiertes und teamorientiertes Arbeiten
- Berufserfahrung in den jeweils angebotenen Bereichen

Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbungen!

medicum Hamburg • Beim Strohhause 2 • 20097 Hamburg

Endoprothetik - Hamburg

Orthopädisch/chirurgische Gemeinschaftspraxis mit modernem OP-Zentrum, ca. 6 000 Patienten im Quartal und ca. 150 Endoprothesen im Jahr, **sucht ausgewiesenen und erfahrenen Endoprothetiker**, der u. a. die stationäre Versorgung der Endoprothesenfälle (vorzugsweise Knie und Hüfte) übernimmt.

Die Haupteinstellung des/der Kollegen/in soll in einem der HHer Krankenhäuser erfolgen, in den drei Standorten der Gemeinschaftspraxis soll eine Endoprothesen-Sprechstunde eingerichtet werden. Optimale stationäre Bedingungen sind garantiert.

Bitte nur aussagekräftige Bewerbungen mit Lebenslauf und Darstellung der bisherigen Tätigkeiten auf dem Gebiet der Endoprothetik. Zuschriften erbeten unter Chiffre U 6606 an Hamburger Ärzteblatt, Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg.

WBA für Allgemeinmedizin
gesucht von großer, moderner GP, 36 Mon. Befugnis, engagiertes Team, breites Spektrum, NHV, Akupunktur, Sport- und Palliativmedizin. Mehr über uns unter Tel.: (0 41 91) 27 33 oder www.hausaerzte-kaltenkirchen.de

Diabetesschwerpunktpraxis
in Hamburg-Eppendorf sucht **Diabetologe/-in** zur Mitarbeit in Voll- oder Teilzeit ab sofort.
Zuschr. erb. unter E 6626 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Universitäres Herzzentrum Hamburg
Ein Unternehmen des UKE

Zertifikat Nr. QS-6568HH
Erste gesamt-zertifizierte Uni-Klinik Deutschlands!

Wissen – Forschen – Heilen durch vernetzte Kompetenz: Das UKE.

KOMMEN SIE MIT AN BORD DES MODERNSTEN KLINIKUMS EUROPAS
Besuchen Sie unsere Homepage:
WWW.UKE.DE

Die **Universitäre Herzzentrum Hamburg GmbH (UHZ)** – ein Unternehmen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sucht für die Klinik für Allgemeine und Interventionelle Kardiologie ab sofort eine

Lehrkraft für besondere Aufgaben (m/w)

Diese Position ist Teilzeit mit einer Arbeitszeit von 25 Wochenstunden vorerst für 1 Jahr befristet zu besetzen. Eine Verlängerung ist avisiert.

Ihr Aufgabengebiet: Zu Ihren Aufgaben gehört die Organisation des Blockpraktikums und der anderen Lehrveranstaltungen der Klinik inklusive der Vorbereitung der Leitsymptom-Vorlesung. Darüber hinaus sind Sie mit der Verbesserung der zur Verfügung stehenden Lehrhilfen der anderen Vorlesungen inklusive des EKG-Kurses beauftragt.

Ihr Profil: Sie haben ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Medizin und vertieftes Interesse an der universitären Lehre oder verfügen über vergleichbare Kenntnisse und Fähigkeiten. Wünschenswert sind eine pädagogische Qualifikation und Lehrerfahrung mit Interesse und Engagement für die Verbesserung der studentischen Lehre in unserer Klinik. Des Weiteren bringen Sie sehr gutes Fachwissen sowie Berufspraxis in der Umsetzung didaktischer Unterrichtskonzepte mit. Ihre PC-Kenntnisse (z. B. MS Office, Internetaanwendungen) und die Bereitschaft, sich in moderne Medien-Technik einzuarbeiten, setzen wir voraus. Wissenschaftliche Neugier, Flexibilität, Engagement und Teamfähigkeit runden Ihr Profil ab.

Ihr Kontakt für Rückfragen: Herr Prof. Dr. S. Baldus, Leitender Oberarzt unter der Tel.-Nr.: 040/7410-58206.

Unsere Personalentscheidungen treffen wir nach Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung. Schwerbehinderte Menschen werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Darüber hinaus fördern wir die Gleichstellung von Frauen.

Wir freuen uns über Ihre vollständige Bewerbung bis zum **26. April 2010** an die untenstehende Adresse:

UHZ, Herrn Prof. Dr. S. Baldus, Kzf.: 2010-03/98, Martinistr. 52, 20246 Hamburg oder per E-Mail an: baldus@uke.uni-hamburg.de (max. 2 MB in 1 pdf-Datei).

Technische Daten Hamburger Ärzteblatt

Druck- und Bindeverfahren:
Offsetdruck, Rückendrahtheftung
Druckunterlagen:
Druckoptimierte PDF-Dateien oder inkludierte EPS-Dateien nur mit eingebetteten Schriften.
Bildauffösung/Raster:
Bildauffösung muss für CMYK- und Graustufen-Bilder mindestens 300 dpi und bei Strichvorlagen 1200 dpi betragen.
Farbanzeigen:
Alle Farben sind im CMYK-Modus anzulegen. CMYK-Bilder sollten für den Offsetdruck eine Flächendeckung von maximal 320% aufweisen.

Angeschnittene Anzeigen:
Bei Angeschnittenen Anzeigen bitte unbedingt darauf achten, dass Textund/oder Gestaltungselemente mindestens 5 mm vor dem Papierrand enden müssen.
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
Telefax: (040) 29 80 03-90
E-Mail: info@wels-verlag.de
Internet: www.wels-verlag.de

Stellengesuche

Engag., erf. Kinderärztin

sucht Teilzeitmitarbeit in Kinderarztpraxis in HH ab Herbst 2010.
Zuschr. erb. unter B 6570 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxiserfahrener Kinderarzt

sucht Zusammenarbeit im Jobsharing o. andere Partnerschaft in Hamburg.
Zuschr. erb. unter I 6584 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ Anästhesie frei für

Narkosen. Festanstellung im netten Team gewünscht, mögl. ohne Nächte.
Zuschr. erb. unter C 6622 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA f. Innere Medizin (6J.)

sucht ab Anfang 2011 (ggf. auch früher) Mitarbeit/Einstieg (Vollzeit) in Praxis oder MVZ in oder um Hamburg, Notfallmed., Ernährungsmed., Sono, Lufu, Verkehrsmed., Ergo, EKG, Anfänge NHV.
Zuschr. erb. unter K 6590 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Ärztin im Vorruhestd. sucht

Tätigkeit auf 400-EURO-Basis, gerne auch Verwaltung, Beratung o. ä.
Zuschr. erb. unter L 6591 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ Innere/Gastroenterologie

sucht Mitarbeit in Praxis ab Ende April in Hamburg (Endoskopie, Sonografie) doctor.bullerbue@web.de

FÄ für Allgemeinmed. sucht

Teilzeitanstellung ab 08/2010, gern Hamburg-West, Tel.: (01 60) 2 35 67 17

Heilpraktiker-Anwärterin

sucht zur weiteren Ausbildung neuen Wirkungskreis in TLZ; ggf. spätere Ergänzung der Praxis, auch Schulmedizin. Einzugsbereich Hamburg-Nord (bis Bramfeld, Sasel, Volksdorf) bis einschl. Bad Segeberg.
Zuschr. erb. unter Q 6601 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Fachärztin Diagn.Radiologie

mit Schwerpunkt Mammadiagnostik, su. Anstellung/Mitarbeit im Raum Hamburg.
Zuschr. erb. unter B 6619 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Promov. Assistenzärztin,

frei ab sofort, sucht Stelle in Klinik oder Praxis, 4.WB-Jahr Innere/Allg. Zuschr. erb. unter G 6628 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Stelle in intern.

MVZ/Praxis gesucht, gerne Endokrinologie-SP. Ärztin 6. WBJ.-Innere, Tel.: (05 11) 5 33 46 53

Hausärztlicher Internist,

50 J., langj. Berufserfahrung, sucht Beteiligung an Gemeinschaftspraxis im Hamburger Nordwesten ab sofort.
Zuschr. erb. unter E 6576 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Große Intern. Hausarztpraxis

im Hamburger Osten sucht Kooperationspartner/-in ab 2010.
Zuschr. erb. unter G 6580 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA Ortho.-UCH

Erfahrener Wirbelsäulenchirurg su. n. berufl. Herausf. in Norddtl. Praxis und OP oder Klinik.
Zuschr. erb. unter H 6582 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ für Allgemeinmedizin

mit KV-Sitz sucht Mitarbeit/Kooperation in Hausarztpraxis in HH, gerne GMP. Tel. möglichst nach 20.00 Uhr (01 72) 5 33 86 47.

Für ein geplantes MVZ/GP

in HH, gute Lage (Spitalerstraße), suche ich Arztsitze verschiedener Fachrichtungen, auch Kooperation erwünscht, Tel.: (01 71) 4 70 47 57.

Teilzeitmitarbeiter/in FÄ/FA Allgemeinmedizin

für alteingeführte Allgemeinpraxis gesucht. KV-Sitz ist vorhanden.
Zuschr. erb. unter N 6596 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erfahrene Allgemeinärztin

sucht Praxis oder Beteiligung in einer Gemeinschaftspraxis in Hamburg od. nordwestlichem Umland,
Tel.: (01 76) 23 75 79 58 oder E-Mail: praxis321@arcor.de

Fachärztin für Nephrologie

mit mehrjähriger Erfahrung in BRD und USA sucht Nephrologie/Dialyse-Zentrum zur Mitarb. in HH und Umgebung ab Juni 2010.
Zuschr. erb. unter L 6638 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA f. Hämatologie/Onkologie

Große Internistische GP mit 4 FÄ, Metropolregion HH, Schwerpunkte Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie, gute Zusammenarbeit mit örtlichem Krankenhaus, sucht zweiten FA für Hämato-Onkologie.
Zuschr. erb. unter C 6574 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausarzt mit KV-Sitz

zur Assoziation in internistische Gemeinschaftspraxis gesucht.
Zuschr. erb. unter F 6510 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kardiologe zum Einstieg

in fachübergreif. Gemeinschaftspraxis in HH gesucht. Zulassung vorhanden. Absolute Diskretion zugesichert.
Zuschr. erb. unter G 6511 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Angiologe gesucht

für fachübergreifende Gemeinschaftspraxis in HH. Zulassung vorhanden. Absolute Diskretion zugesichert.
Zuschr. erb. unter H 6512 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation (Forts.)

Wir suchen zur Mitarbeit in einem MVZ in der Nähe von Hamburg Bergedorf eine/n

Fachärztin/arzt für Kinder- und Jugendmedizin für Voll- oder Teilzeittätigkeit.

Wir suchen eine/n Kollegin/Kollegen mit Einfühlungsvermögen, Engagement und der Bereitschaft das MVZ mitzugestalten.

Zuschriften erbeten unter Chiffre T 6605 an das Hamburger Ärzteblatt. Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg.

Hausärztin verlegt Praxisitz

Wer sucht Kooperation/Nachfolger? Gerne in HH-Nord/-Mitte, ab I/2011.
Kontakt: quantz@zettmann.de

Gynäkologin zur Mitarbeit,

auch stundenw., in einer gyn. Praxisgemeinschaft in Harvestehude gesucht. US-Kenntnisse (Pränatal- u. Mammadiagnostik) erforderlich. Spätere Assoziation nicht ausgeschlossen.
Zuschr. erb. unter S 6604 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Orthopädie

Partner f. expand. orthop. Praxis in Spitzenlage HH-Innenstadt gesucht. KV-Zul. und entspr. Profil erwünscht, evtl. Arzt für PRM.
Zuschr. erb. unter V 6607 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA Anästhesie

für Jobsharing in ambulantes OP-Zentrum in HH (halbtags) gesucht.
Zuschr. erb. unter W 6608 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Pädiatrische GMP in HH

sucht Nachfolger/in, gerne mit SP Allergologie ab 2011.
Zuschr. erb. unter X 6613 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausarztpraxis su. Kollegin

Trau Dich ins harmonische Team, ohne Risiko. Hohes Einkommen, Selbstständigkeit, 35 Std./Wo., 6 Wochen Urlaub od. mehr, Tel.: (01 75) 9 21 55 46 od. Zuschr. erb. unter Y 6614 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Partner/in

(auch Time-sharing) für hausärztl. Praxis in sehr guter Lage im Süden Hamburgs gesucht.
Zuschr. erb. unter Z 6616 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

HNO-Gemeinschaftspraxis

mit breitem Spektrum sucht 3. Partner/Partnerin, möglichst mit KV-Sitz.
Zuschr. erb. unter A 6617 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kinderärztin

mit homöopathischem Interesse gesucht zur Mitarbeit-Kooperation. Kinderärztl. Praxisgemeinschaft in Schenefeld.
Kontakt: Wannerseiler@web.de

Etablierte Allgemeinpraxis

HH-NO bietet gute Gelegenheit für Kooperation/GMP, chance75@gmx.de

Erfahrene Augenärztin sucht

mittelfristig Praxis zur Mitarbeit/Assoziation/Übernahme in Hamburg.
Zuschr. erb. unter F 6627 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hilfe, Hausarzt m/w gesucht!

Für meine ausscheidende Partnerin suche ich arbeitswütige und trotzdem gelassene schulmed. Partnerin für scheinstarke Praxis in Wandsbek, gern auch Teilzeit, Tel.: (0 40) 6 94 00 94.

WB-Assistent/in Allg.med./ Gemeinschaftspraxis

im NO HH z. 01.08.2010 für sympath. dynam. Prax. Team gesu., Sonographie, Ergometrie, Spirometrie usw. vorhanden, gute Bezhlg. Tel.: (01 71) 5 31 89 71

Medizinische Geräte

Ultraschall

- TOP-Service
- Neu- und Gebrauchtsysteme namenhafter Hersteller
- Ultraschalldiagnostik für alle Fachrichtungen inkl. 4-D Ultraschall
- Herz-Kreislauf-Diagnostik
- Finanzierung

AMT
Abken Medizintechnik

Abken Medizintechnik GmbH
Langenharmer Weg 219
22844 Norderstedt
Tel.: 0511 - 978 20 777
Fax: 0511 - 978 20 779

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

www.amt-abken.de info@amt-abken.de

KV-Sitz

Psychol. Psychotherapeut VT
sucht halben Kassensitz in Hamburg.
Zuschriften: KV-Sitz.Hamburg@gmx.de

MAMMAZENTRUM HAMBURG GYN.-KV SITZ GESUCHT!

Gerne auch ohne Patientenkartei!
Kontakt über Prof. Dr. E. Goepel,
Telefon: (0 40) 4 50 57 00, E-Mail:
goepel@mammazentrum.eu

Großes MVZ in HH sucht

KV-Sitz für Kinder- und Jugendpsycho-
therapie. Einfache u. schnelle Abwick-
lung. Kontakt über E-Mail:
MVZ-sucht-Kassensitz@live.de

Suche einen

KV-Sitz für Neurologie/ Psychiatrie

E-Mail: nervenarzt-hamburg@arcor.de

Hausärztlicher KV-Sitz

von internistischer Gemeinschafts-
praxis gesucht.
Zuschr. erb. unter E 6509 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausärztlicher KV-Sitz dringend gesucht

Zuschr. erb. unter M 6520 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Suche KV-Sitz Gyn o. Praxis

GMP Altonaer Straße Tel.: 30 68 36 64
oder: drmichel@ivf-hamburg.de

Praxisverkauf

Allgemeinmedizin Innenstadt Buchholz i.d.N.

Attraktive, gestaltungsfähige,
familienfreundliche Praxissitze in
Gemeinschaftspraxis mit kreativen
Übergangsoptionen ab sofort und
zeitnah zu verkaufen. Dr. Minnegard
Holtermann, Margit Husmann, Dr. Dörte
Malten. Kontakt: Tel.: (01 70) 9 92 87 92
oder: E-Mail: d.malten-stecker@web.de

Praxisabgabe

Hausärztliche Praxis, zentral gelegen im Hamburger Umland

Große Hausarztpraxis mit breitem hausärztlich-internistischem Lei-
stungsspektrum inkl. Naturheilverfahren sucht Nachfolger(in). Die Praxis
steht inkl. Immobilie zum Verkauf (ggf. auch Miete oder Mietkauf) und
kann auch von zwei Ärzten betrieben werden. Eine mehrmonatige Ein-
arbeitung (ggf. auch Weiterbildung Allgemeinmed./Naturheilverfahren)
durch den abgebenden Arzt ist auf Wunsch des Käufers möglich.

Kontakt: 01 73/2 46 32 33

Therapeutesitz Rotherbaum

Privatpraxis für Akupunktur, Homöo-
pathie und Psychotherapie abzuge-
ben. Beste Lage, Jugendstilhaus,
Hochparterre inkl. Wohnmöglichkeit,
Tel.: (0 40) 45 84 57

Internist. Hausarztpraxis

überdurchschnittlich, ausbaufähig
und citynah, Ende 2010 abzugeben.
Zuschr. erb. unter J 6588 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Gyn. Einzelpraxis

(westliches Hamburg) zum 1. Quartal
2011 abzugeben.
Zuschr. erb. unter O 6599 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kinderärztin

gibt Praxis im südlichen
Schleswig-Holstein ab.
Zuschr. erb. unter K 6637 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Intern. Hausarztpraxis

(HH-Nordost) überdurchschnittliche
Scheinzahl, Ende 2010 Anfang 2011
abzugeben.
Zuschr. erb. unter M 6595 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Allgemeinmedizin SH

deutlich überdurchschnittlich
ertragsstarker BAG-Anteil in modernem
Arztehaus abzugeben
www.promedis ag.de
Telefon 0 43 40-40 28 11

Internistische Hausarzt- praxis in HH-NW abzugeben

Langjährig ertragsstark geführt,
Räume für GP vorhanden; ab 2010.
Zuschr. erb. unter P 6600 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Online-Anzeigenannahme www.wels-verlag.de

Praxisübernahme

HNO-Praxis in Hamburg und

Umgebung von Oberarzt (37 J.) ge-
sucht. Zusatzbezeichnung plastische
Operationen und Schlafmedizin.
Zuschr. erb. unter D 6623 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA Orthopädie/Chirurgie

sucht Praxis in HH zur Übernahme.
Zuschr. erb. unter I 6635 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Internist (F) sucht Praxis oder KV-Sitz,

Höchstpreis.
Zuschr. erb. unter J 6636 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ Allgmed. sucht Hausarztpraxis

in Hamburg zur Übernahme.
Zuschr. erb. unter H 6634 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Vermietungen

Hamburg-Heimfeld

charm. 6-Zi-Haus im Grünen, ruhig,
wärmeisoliert, ab 01.05.2010 zu ver-
mieten, yvonne-zippert@bluewin.ch

**Therapieraum 27m² in Praxis
am Eppendorfer Baum** ab sofort zu
vermieten Tel.: (0 40) 47 76 17

Praxisräume

zwei Arztpraxen

mit Flächen von 150 m²
und 177 m², courtagefrei
in Hamburg-Hamm
ab sofort zu vermieten.
Telefon: (040) 398831-0

Praxisraum Zentrum (35 m²)

vollmöbliert, in orthopäd.-chirurg.
Privatpraxis zu mieten. Sonogerät,
Stoßwelle vorhanden Tel.: 43 09 55 18

Ärztehaus HH-Poppenbüttel

sucht Nachmieter zum 01.01.2011. Es
können Flächen von 120 bis 460 m²
angemietet werden. Eine Apotheke
ist im Haus. Nähere Informationen:
Herr Michels Tel.: (0 40) 20 00 15 25.

Ebenerdige Praxisräume HH-Meiendorf

160 m², im Einkaufszentrum Spitzber-
genweg 32, ab 01.07.2010 zu vermie-
ten; courtagefreie Räume, frei aufteil-
bar, Tel.: (01 51) 29 14 49 36.

Uhlenhorst

Raum (22 qm) in Psychotherap. PG zu
vermieten, Tel. 0170-214 23 01

Rotherbaum

Raum in Psychoth. PG 4 Tage/Wo. od.
weniger zu vermieten, Tel. 448 574

Facharzt Psychiatrie/ Psychotherapie sucht ab

01.04. bzw. 15.04.10 Raum für Psycho-
therapie in HH, Fax: 040/328 713 48

Lokstedt

Schöner Raum in psychoth. PG (TP) zu
vermieten, Tel. 040/557 790 11

Praxisraum Harvestehude

ab 1.5.frei in privater Allg.Arztpraxis
für PT, Arzt o.a. Tel.: (0 40) 41 49 63 27

Medizinischer Schreibdienst

11 Jahre Medizinischer Schreibdienst Nicole Kuschel

- Office Management – Mehr als nur Arztbriefschreibung -
Praxisberatung und Optimierung der Abläufe – inbound/outbound
• Fachbereiche aller Art • individuelle Lösungen

Telefon: 0 40/5 32 99-285 • E-Mail: nicole.kuschel@t-online.de

Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg 2010 – gültig bis Mitte 2011 –

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

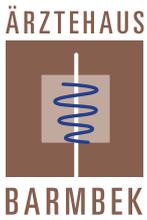
INHALT:

- 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

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



DAS **ÄRZTEHAUS BARMBEK** LÄDT EIN ZUM **TAG DER OFFENEN TÜR**
am **10. + 11.04.2010** um **10.00 - 18.00 Uhr**
FUHLSBÜTTLER STR. 417a, 22309 HAMBURG

Das denkmalgeschützte Gebäude am AK Barmbek zeigt sich nach einer Revitalisierung im neuem Gewand. Bereit um seinen neuen Betrieb als kooperatives Zentrum niedergelassener Ärzte verschiedener Fachrichtungen aufzunehmen. Ergänzt wird dieses Konzept durch eine Apotheke und ein Café im Erdgeschoss.



Bauherr:
Vermietung:

Entwicklung und Projektsteuerung:

BPI Barmbek Park Investment GmbH & Co. KG
Hansa Terra GmbH, Tel.: 040 / 20 20 111 0
E-Mail: info@hansa-terra.de
Hansa Terra GmbH, Frank Kutschera
www.hansa-terra.de

TAG DER OFFENEN TÜR

Fortbildung/Seminare

RADIOLOGIE FÜR NICHRADIOLOGEN

91. Deutscher Röntgenkongress
15. Mai 2010, Berlin Messe Süd

Auch in diesem Jahr bietet der Deutsche Röntgenkongress am Samstag, 15. Mai 2010 ein interessantes Programm für Zuweiser aus Klinik und Praxis. Themen:

Akutes Abdomen // Pneumonie // Lungenrundherde // Schlaganfall // Multiple Sklerose

Wissenschaft - Fortbildung - Industrieausstellung

Tageskarte für 70,00 Euro

Alle Kurse sind CME-zertifiziert!

Anmeldung unter www.roentgenkongress.de



www.westerland-seminar.de

Online-Anzeigenannahme
www.wels-verlag.de

Bitte beachten Sie!
Anzeigenschluss für Rubrikanzeigen
in der Mai-Ausgabe
ist der **20. April 2010**



Gesellschaft zum Studium der Akupunktur

Budgetfreies Geld **Neues 2tes Standbein**
Akupunktur-KOMPAKT-Kurse für Anfänger (Block A, B & C oder Block D, E & G – 72 UE) und Fortgeschrittene (Refresher/Hospitation, QZ – 60 UE)
Psychosomatische GV (50 UE), Spez. Schmerztherapie (80 UE)
Sonne, Meer, Sport & Spass, 24 h ALL INKLUSIVE!
Club MAGIC LIFE Fuerteventura Imperial, Spanien
Termin: 18.11. bis 27.11.2010

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

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

EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

Berufsbildungsstätte der
Ärztetkammer Schleswig-Holstein



AUFSTIEGSFORTBILDUNGEN MIT STAATLICHER ANERKENNUNG

- **Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen** (800 Ustd.), 14. Seminarreihe, Beginn: August 2010
- **Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung** (460 Ustd.), 31. Seminarreihe, Beginn: September 2010

WEITERBILDUNGEN

- **Strahlenschutzkurs für medizinisches Assistenzpersonal** (90 Ustd.), Beginn: April, Juni oder September 2010
- **Diabetesassistentin** (184 Ustd.), 3. Seminarreihe, Beginn: September 2010

Unser gesamtes Fortbildungsprogramm finden Sie unter: www.aeksh.de/ecs



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Professionelle zertifizierte Fort- und Weiterbildung
in unseren Kursen

AKUPUNKTUR • NEURALTHERAPIE
Regulationsmedizin

Aktuelle Termine in Rostock-Warnemünde

- **01. – 08.05.2010 – X. Warnemünder Woche**
Speziellseminare Akupunktur und Regulationsmedizin
Neuraltherapie-Grundkurse
- **26.09. – 03.10.2010 – Spezielle Schmerztherapie (80UE)**

29. Kongress der DGfAN

23. – 25.04.2010 in Jena – mit Präkongress am 22.04.2010

„Akupunktur und Neuraltherapie –
Methoden mit Zukunft“



Geschäftsstelle:
07356
Bad Lobenstein
Mühlgasse 18b

Tel.:
03 66 51/5 50 75
Fax:
03 66 51/5 50 74

E-Mail:
dgfan@t-online.de
Internet:
www.dgfan.de

Zum 4. Mal in Folge ausgezeichnet!



Die Steuer-berater für Ärzte

Krumbholz König & Partner

Steuerberater · Rechtsanwälte

Tel. 040/5549940 | info@krukoe.de | www.krukoe.de



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@etl.de · www.advimed-hamburg.de
Mitglied in der European Tax & Law

Unternehmensberatung

Hochallee 114 · 20149 Hamburg · Telefon 040/539 100 68
E-Mail: info@horstmann-praxisberatung.de



Praxisberatung
für Heilberufe

Sie möchten eine Praxis gründen, übernehmen oder Ihre Praxis neu positionieren? Echte Lösungen liefert Ihnen Claudia Horstmann – Praxisberatung für Heilberufe.

Weitere Informationen und Details finden Sie im Internet unter:

www.horstmann-praxisberatung.de

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

Steuerberatung für Ärzte
seit über 40 Jahren

Im Kohlhof 19
22397 Hamburg
Tel. 040 - 611 850 17

Hindenburgstraße 1
23795 Bad Segeberg
Tel. 0 45 51 - 8 80 80



Wirtschafts- und Finanzberatung

DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG FÜR ÄRZTE

ZUGEgeben, 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 | ZIESENSSTRASSE 27 | 22043 HAMBURG | +49 (0)40 48 61 93
WWW.DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE | DR-LANGE@DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE

DYAS Beratungsges. mbH
Finanzwirtschaftliche Beratung

Ihr Partner für eine bankenunabhängige Finanzierungs- und Anlageberatung mit Bafin-Zulassung.
www.dyas-gmbh.de
info@dyas-gmbh.de
Tel. 040-611 35 280

**Online-
Anzeigenannahme**
www.wels-verlag.de

Bitte beachten Sie unsere neuen Anzeigenschlusstermine

Textteilanzeigen: 15. des Vormonats – Rubrikanzeigen: 20. des Vormonats

Verlag Francis von Wels, Tel. 040 / 29 80 03-22 (Bernd Roloff)

E-Mail: info@wels-verlag.de

estimed
bewerten. bewegen

Unsere Leistungen:

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

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

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

Mail:
beratung@estimed.de

www.estimed.de

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 Großböling
Felix Ismar

kwm

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

Coaching

KARIN WEIST COACHING

professionelles
Einzelcoaching
für Ärzte

www.karinweistcoaching.de
Telefon: 040-422 84 62

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 • hamburg@praxisrecht.de

Rechtsanwälte • Fachanwälte für Medizinrecht • Fachanwälte für Steuerrecht

Schreibarbeiten

Statistik

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

Sonstiges

Praxis-Marketing

Wir haben die Kompetenz.
Ob Logo, Homepage...
bis zur Praxis-Optimierung.
www.ide-med.de
oder (040) 3 86 57 636

Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxismöbel

Schränke - Schreibtische - Tresen

- günstig, direkt vom Hersteller -
- www.interhansa.de -

Bürosysteme INTERHANSA Tel. 040-606 50 36, Fax 606 23 82

Praxiseinrichtungen

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

Klaus Jerosch GmbH
Info-Telefon (kostenfrei)
(0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com

Bestattungen

Ertel

Beerdigungs-Institut

20095 Hamburg
Alstertor 20, ☎ (0 40) 30 96 36-0

Filialen

Blankenese ☎ (0 40) 86 99 77
Nienstedten ☎ (0 40) 82 04 43

22111 Hamburg (Horn)
Horner Weg 222, ☎ (0 40) 6 51 80 68

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 14. April 2010, 18:45 bis 21:30 Uhr

Demenzdiagnostik und -therapie im Versorgungsnetz – Wer macht was? ③*

Vortrag mit Diskussion im Rahmen der neuen Gedächtnissprechstunde des Asklepios Westklinikums.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

Freitag, 16. April 2010, 11:00 bis 17:00 Uhr

Expertentag in der Augenklinik Barmbek ⑦*

Veranstaltung mit J.R.O. Collin und G. Rose vom Moorfields Eye Hospital, London. Okuloplastische Chirurgie und Orbitaerkrankungen.

Asklepios Klinik Barmbek, Augenklinik

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 28 39

Freitag, 16. bis Samstag, 17. April 2010

3. Workshop Airway-Management ⑮*

Überblick und praktische Anwendung der aktuellen Hilfsmittel und Verfahren zur Bewältigung des schwierigen Atemweges.

Asklepios Klinik Barmbek, Abt. für Anästhesiologie u. operative Intensivmedizin, Institut für Notfallmedizin der Asklepios Kliniken Hamburg, Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN)

Teilnahmegebühr: 80,- € inkl. Speisen und Getränke

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-4 (EG), Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-82 98 09

Mittwoch, 28. April 2010, 14:00 bis 17:30 Uhr

Der psychisch kranke Patient in der Praxis des somatischen Arztes ⑤*

Symposium mit Schwerpunktbeiträgen zu Demenz, Angst-erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarraum 3, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 23 45;

E-Mail: k.schuemann@asklepios.com

Mittwoch, 5. Mai 2010, 16:00 bis 19:30 Uhr

Neurovaskuläre Diagnostik und Therapie ④*

Schwerpunkte sind die Technik und die klinische Anwendung der neuen 2 Ebenen-Flachdetektor-Angiographie sowie der akute Schlaganfall. Mit klinischer Fallkonferenz.

Asklepios Klinik Altona, Abteilung für Radiologie, Neuro-radiologie und Nuklearmedizin

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 17

Mittwoch, 5. Mai 2010, 18:00 bis 20:00 Uhr

Fortbildung Gynäkologie und Geburtshilfe ③*

Thematische Schwerpunkte der Veranstaltung sind die Endometrie sowie das neue Gendiagnostikgesetz und dessen Implikationen für die Praxis.

Asklepios Klinik Wandsbek, Gynäkologie und Geburtshilfe

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek, Haus G, Raum 28/29, Alphonssstraße 14, 22043 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 33

Mittwoch, 5. Mai 2010, 14:30 bis 18:00 Uhr

Fortbildungsnachmittag Klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ④*

Vorträge mit Diskussion u.a. zur Psychosomatik, Depression und Mutter-Kind-Interaktionsdiagnostik.

Asklepios Klinik Harburg, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ort: Asklepios Klinik Harburg, Haus 6, 3. OG (Medienzentrum), Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg

Um Anmeldung bis 28.04.10 wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 27 34

Samstag, 8. Mai 2010, 9:00 bis 13:00 Uhr

3. Fortbildungsveranstaltung Pneumologie ④*

Wir bieten Ihnen ein Überblicksforum zu praxisrelevanten Themen und aktuellen Entwicklungen im diagnostischen und therapeutischen Spektrum der Pneumologie.

Asklepios Klinik Wandsbek, Innere Medizin (Kardiologie, Pneumologie, Onkologie u. Internist. Intensivmedizin)

Ort: Radisson Blu Hotel, Marseiller Straße 2, 20355 Hamburg

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

*Fortbildungspunkte