

11•12

10. November · 66. Jahrgang

# Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

**Gesundheitspolitik | 18**

*Interview*

Die Rolle der KV bei  
den Ärzteprotesten

**Forum Medizin | 28**

*Schwerpunktthema*

Neue Ansätze in der  
Leberchirurgie

**Forum Medizin | 36**

*Hufelands Kultbuch*

Über die Kunst, das  
Leben zu verlängern

**Das Thema | 12**

*Brustkrebs 2012/2013*

## Mammakarzinom *im Wandel*

Aktuelle Standards und die Entwicklung von  
neuen Sichtweisen und Therapieprinzipien



# Schon gewusst?



**9271** Ärzte

haben im vergangenen Jahr an den rund 200 Fortbildungsveranstaltungen der Asklepios Ärzteakademie Hamburg teilgenommen. Insgesamt wurden 2011 über 60.000 CME-Punkte vergeben. Die Asklepios Ärzteakademie Hamburg ist seit 2006 anerkannter Veranstalter der Ärztekammer Hamburg.

**270** hydraulische Betten

hat die Asklepios Klinik St. Georg in den vergangenen Monaten Krankenhäusern und Ambulanzen in Afghanistan, dem Südsudan und der Ukraine gespendet. Dazu noch medizinisches Gerät aus der HNO-Abteilung für Projekte von Hilfsorganisationen in Eritrea.



**8000** Flaschen Händedesinfektionsmittel

in unterschiedlichen Größen werden monatlich von den Mitarbeitern der Hamburger Asklepios Kliniken durchschnittlich verbraucht. Umgerechnet ergibt das eine Menge von 4200 Litern.



Sie wollen mehr über uns erfahren?

[www.asklepios.com](http://www.asklepios.com) oder  
[www.facebook.com/asklepioskliniken](https://www.facebook.com/asklepioskliniken)

Offizieller Hauptsponsor

**OLYMPIASTÜTZPUNKT**  
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



**ASKLEPIOS**

Gemeinsam für Gesundheit



**Walter Plassmann**  
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

*»Der Sicherstellungsauftrag  
muss vom Kopf wieder  
auf die Füße gestellt werden.«*

# Die Wut der weißen Haie

Die Überschrift zu diesem Editorial ist ein Zitat. Der damalige Vorsitzende des Hausärzteverbandes, Prof. Klaus-Dieter Kossow, erfand diesen einprägsamen Titel für ein Buch über die Honorarmisere der Vertragsärzte. Das ist über 20 Jahre her. Und das Traurige ist: Seine Klagen, seine Thesen, sind nach wie vor aktuell, ja, vielleicht aktueller als jemals zuvor.

In der ärztlichen, aber vor allem der nichtärztlichen Öffentlichkeit wird der Streit zwischen den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten auf der einen und den Krankenkassen auf der anderen Seite reduziert auf die Honorarfrage. Gewöhnt an die alljährlichen Tarif-Rituale konzentriert sich die Diskussion auf die „Prozent-Frage“. Aber der Konflikt geht nicht nur um Geld, er geht viel tiefer.

Seit mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung die Krankenkassen ein gewichtiges Wort in der medizinischen Versorgung der Versicherten mitzureden haben, wird die Freiheit der ärztlichen Kunst (sic!) immer weiter eingeschränkt, werden Ärzte tatsächlich immer mehr in die Rolle von Arbeitnehmern gedrängt. Gängelung in Klinik und Praxis, Kujonierung durch eine immer zynischere Ökonomisierung und Schüren von Sozialneid verleiden Ärzten nicht nur die Freude am Beruf, sondern unterminieren ein System, das auf „Checks and Balances“ ausgelegt ist und auf das Vertrauen zwischen Arzt und Patient.

Diese gefährliche Entwicklung zeigt sich um so krasser, je weiter die Akteure von der eigentlichen Versorgung entfernt sind: Multinational agierende Konzerne in Kliniken und mittlerweile auch in kapitalintensiven Großpraxen, der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen in

Berlin – überall finden sich Strategen, die viel von Ökonomie und Strategie verstehen mögen, denen aber eine effiziente und menschenwürdige Versorgung der Bevölkerung etwas sehr Fremdes zu sein scheint. Die brutalen Auswirkungen dieser Mechanismen bekommen diejenigen zu spüren, die am Ende der Kette sind: Ärzte in Kliniken und Praxis sowie die Patienten.

Aus diesem Grund sollte man die Initiative des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, den Sicherstellungsauftrag zu überprüfen, durchaus ernst nehmen. Das weltweit einzigartige Abkommen zwischen Staat, Krankenkassen und Ärzten, das seit knapp 100 Jahren eine ambulante medizinische Versorgung hat entstehen lassen, um die uns nahezu alle Länder beneiden, ist offenkundig zumindest von den Kassen heimlich gekündigt worden. Dies hat sich bei den Honorarauseinandersetzungen in Berlin ebenso gezeigt wie bei dem verantwortungslosen Umgang der Kassen mit dem Impfchaos in Hamburg. Kassenärztliche Vereinigungen und Ärzte sind nach wie vor bereit, den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen. Aber dann muss er wieder vom Kopf auf die Füße gestellt werden.



# Patientenberatung

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

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

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

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?  
**Rufen Sie uns an!**

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

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

Gerne informieren wir die Patienten auch über Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte.  
Bitte informieren Sie uns darüber!  
**Fax 040/ 20 22 99 490**

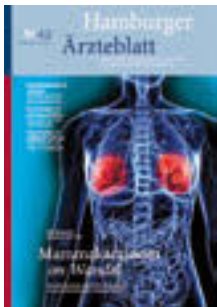
Damit Sie auch Ihre Patienten über die neue Nummer informieren können, geben wir Ihnen bei der nächsten Abrechnung Informationsmaterial für die Praxis mit.  
**patientenberatung@ekhh.de**  
**www.patientenberatung-hamburg.de**

11·12

# Hamburger Ärzteblatt



**Prof. Dr. Christoph Lindner**, Frauenklinik des Diakonieklinikums Hamburg, zeigt die aktuell spannende Entwicklung der häufigsten Krebserkrankung der Frau: die vielfältigen Formen des Brustkrebses (Seite 12). **Iris Hannig-Pasewald**, Fachärztin für Psychiatrie und Traumatherapeutin, setzt sich für Gewaltopfer ein. Sie informiert Ärzte über Beratungsangebote (Seite 26). **Prof. Dr. Karl J. Oldhafer**, Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Asklepios Klinik Barmbek, stellt vor, welche Verfahren in der Leberchirurgie in Hamburg derzeit angewendet werden (Seite 28).



## Das Thema

- 12 **Brustkrebs 2012 / 2013**  
Mammakarzinom im Wandel  
Von Prof. Dr. Christoph Lindner

## Service

- 6 Gratulation  
8 In memoriam  
9 Verlorene Arztausweise  
24 Terminkalender  
35 Sicher verordnen  
35 Sono Quiz  
38 Impressum

## Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Nachruf Dr. Klaus Wagner · Prof. Zeitz ist neuer Ärztlicher Direktor des UKE · Broschüre „Menschen in Not helfen!“ · Nachruf Prof. Dr. Rainer Laufs · Fortbildung: Wiedereinstieg in den ärztlichen Beruf · Modellstudiengang iMED Hamburg startet am UKE · Rezension des Kalenders „Zur Geschichte der Medizin“

## Gesundheitspolitik

- 18 **Ärzteproteste** · Interview mit Dr. Michael Späth. Von Jochen Kriens  
20 **Vertreterversammlung** · „Das soll stören“. Von Martin Niggeschmidt

## Forum Medizin

- 22 **Prävention** · „Hygiene gibt es nur, wenn alle mitmachen!“ Von Sandra Wilsdorf  
26 **Kampagne** · Gewalt kommt nicht in die Tüte! Von Iris Hannig-Pasewald  
28 **Schwerpunktthema „Leber“** · Neue Ansätze in der Leberchirurgie. Von Dr. Gregor A. Stavrou, Dr. Dr. Klaus J. Niehaus, Prof. Dr. Karl J. Oldhafer, Dr. Human Honarpisheh, PD Dr. Siegbert Faiss, Prof. Dr. Roland Brüning, Dr. Axel Stang, Dr. Sebastian Wirtz  
32 **Der besondere Fall** · Schnelle partielle Leberhypertrophie. Von Dr. Jun Li, Florian Ewald, Prof. Dr. Björn Nashang  
34 **Aus der Schlichtungsstelle** · Ganglion-OP – Pflicht zur Aufklärung. Von Johann Neu  
36 **Bild und Hintergrund** · Hufelands wichtigstes medizinisches Werk. Von Prof. Dr. Oswald Müller-Plathe  
38 **Der blaue Heinrich** · Sterben und Überleben bei Márquez. Ausgewählt von Dr. Hanno Scherf

## Mitteilungen

- 39 · 40 **Ärztchamber Hamburg** · Bericht des Vorsitzenden der Ethik-Kommission für das Jahr 2011 · Bericht des Vorsitzenden der „Kommission Lebendspende“ für das Jahr 2011  
40 · 41 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

**Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei:** Universitäres Herzzentrum Hamburg; Ärztekammer Hamburg (Menschen in Not helfen!) Teilbeilagen (niedergelassene Ärzte): AMT Abken Medizintechnik GmbH; Teilbeilagen (Krankenhausärzte): Institut für Weiterbildung e.V. an der Fakultät WiSo der Uni Hamburg

## Gratulation

### zum 85. Geburtstag

16.11. **Dr. Christos Delis**  
Arzt

### zum 80. Geburtstag

10.12. **Dr. med. Christoph-Henrich von Sethe**  
Facharzt für Innere Medizin  
11.12. **Dr. med. Gerhard Lieschke**  
Facharzt für Hals-Nasen-  
Ohrenheilkunde

### zum 75. Geburtstag

18.11. **Dr. med. Janos Olah**  
Facharzt für Innere Medizin  
18.11. **Dr. med. Jürgen Renzenbrink**  
Facharzt für Innere Medizin  
25.11. **Dr. med. Eva Kern**  
Fachärztin für Lungen-  
und Bronchialheilkunde  
01.12. **Dr. med. Ludger Hackethal**  
Facharzt für Innere Medizin  
04.12. **Sibylle Pressmar**  
Ärztin  
04.12. **Dr. med. Katrin Tarnowski**  
Ärztin  
10.12. **Dr. med. Rosmarie Forster**  
Fachärztin für Anästhesiologie

### zum 70. Geburtstag

16.11. **Dr. med. Barbara Strüven**  
Fachärztin für Augenheilkunde  
17.11. **Dr. med. Almuth Russell**  
Fachärztin für Chirurgie  
24.11. **Dr. med. Volker Friedrich**  
Facharzt für  
Psychotherapeutische Medizin  
Praktischer Arzt  
24.11. **Dr. med. Jörg Neckel**  
Facharzt für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
30.11. **Dr. med. Burkhard Mostler**  
Facharzt für Chirurgie  
Facharzt für Kinderchirurgie  
02.12. **Dr. med. Wolfgang Quehl**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
05.12. **Dr. med. Harald Postel**  
Facharzt für Orthopädie  
06.12. **Prof. Dr. med. Sieghard-Carsten Kampf**  
Facharzt für Laboratoriumsmedizin  
Facharzt für Mikrobiologie  
und Infektionsepidemiologie  
Facharzt für Transfusionsmedizin  
06.12. **Dr. med. Thomas Krieg**  
Facharzt für Anästhesiologie  
09.12. **Dr. med. Michael Michalik**  
Facharzt für Nervenheilkunde  
12.12. **Dr. med. Rüdiger Schwartz**  
Facharzt für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
12.12. **Dr. med. Heinrich von Bodelschwingh**  
Facharzt für Innere Medizin  
13.12. **Dr. Rudolf Biergiesser**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Nachruf** Der Allgemeinmediziner Dr. Klaus Wagner ist im Alter von 77 Jahren gestorben. Sein Engagement zeichnete ihn aus.

## Standespolitiker und leidenschaftlicher Arzt

Dr. Klaus Wagner wurde 1935 in Petershagen bei Kolberg geboren. Nach seinem Medizinstudium in Hamburg und Berlin erlangte er 1962 sein Staatsexamen und seine Approbation. Von 1966 bis 1967 leistete Klaus Wagner einen freiwilligen humanitären Hilfseinsatz auf dem Hospitalschiff „Helgoland“ des Deutschen Roten Kreuzes in Vietnam. Hier arbeitete er als verantwortlicher Leitender Arzt der Inneren Abteilung und des Labors. Für seine humanitäre Arbeit in Vietnam wurde ihm 1967 der Verdienstorden 2. Klasse (zivile Dienste) der Republik Vietnam verliehen. Die Bundesrepublik Deutschland würdigte sein Engagement 1986 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande.

Während seines Aufenthalts in Vietnam lernte er auch seine Ehefrau Angèle Min-Duc kennen, die ihn nach Deutschland begleitete und ihm half, 1968 in Hamburg seine allgemeinmedizinische Praxis im Stadtteil Uhlenhorst aufzubauen. Klaus Wagner ist den meisten Hamburger Ärzten aber vor allem als aktiver und unermüdlicher Standespolitiker ein Begriff. Er gestaltete über Jahrzehnte hinweg das berufspolitische Leben in Hamburg mit: Seit 1977 war Klaus Wagner Mitglied der Vertreterversammlung, bis 1995 gehörte er dem Vorstand der Kas-



Dr. Klaus Wagner

senärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) an, von 1986 bis 1994 und von 1998 bis 2002 war er zudem als Vertreter in der Kammerversammlung der Hamburger Ärztekammer aktiv. In beiden Gremien arbeitete er intensiv in verschiedenen Ausschüssen mit. Seit 1974 fungierte Klaus Wagner auch als Genossenschaftsvertreter in der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Zwischen 1981 und 2003 war er Vorsitzender des Landesverbands Hamburg des Hartmannbundes, der ihn für seine erfolgreiche und unermüdliche berufsständische Arbeit und vorbildliche ärztliche Haltung mit der Hartmann-Thieding-Plakette ehrte.

Klaus Wagner war zudem Autor unzähliger Publikationen, darunter Werke über Vietnam, Ratgeberbücher sowie zahlreiche berufspolitisch orientierte Artikel im Hamburger Ärzteblatt und anderen ärztlichen Fachpublikationen. Er war Arzt aus Leidenschaft, dabei ein oft unbequemer und streitbarer Geist. Vehement kritisierte er die unzureichende Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung, gepaart mit Überforderung und Überlastung im ärztlichen Arbeitsalltag. Gleichzeitig wandte er sich öffentlich gegen die stetige Kommerzialisierung des Medizinbetriebs, die alte Menschen und sozial Schwache ausgrenzt. „Auch sozial schwache Kranke über 75 brauchen adäquate medizinische Betreuung. Es wäre ein Zeichen absoluter sozialer Kälte, wenn Geld zum alleinigen Mittelpunkt des neuen Haushaltsdenkens würde“, lautete sein Credo.

Klaus Wagners Engagement für die Kranken und Schwachen bewahrte ihn nicht davor, selbst krank und hilfsbedürftig zu werden. Nach einem akuten Herzstillstand im November 2011 lag er im Wachkoma, bevor er am 12. September friedlich einschlafen durfte. Sein Wirken wird uns allen stets Vorbild sein. Seiner Familie gilt unser tiefes Mitgefühl.

Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVH

# Prof. Zeitz tritt sein Amt als *Ärztlicher Direktor des UKE an*

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat einen neuen Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden. Am 1. Oktober hat Prof. Dr. Martin Zeitz sein Amt angetreten. Ein Jahr war der Posten unbesetzt. Auf Zeitz warten einige Herausforderungen: „Das UKE soll sich in Forschung, Lehre und Krankenversorgung weiter profilieren und dauerhaft unter den besten Universitätskliniken in Deutschland positionieren. Mit Prof. Zeitz konnten wir eine hervorragend qualifizierte Persönlichkeit finden, die in der Lage ist, das Klinikum strategisch und wirtschaftlich voranzubringen“, sagte Wissenschaftssenatorin Dorothee Stapelfeldt bei Bekanntgabe der Entscheidung in Juni.

Zeitz erwarb 1977 die Approbation, war mehrere Jahre Gastwissenschaftler in den USA und habilitierte 1989 an der Freien Universität Berlin. Seitdem war er durchgängig in leitenden Funktionen tätig, u. a. als Klinikdirektor und Geschäftsführer an den Universitätskliniken des Saarlandes und seit 2006 als Ärztlicher Leiter eines der 17 Centren der Charité Berlin. Darüber hinaus war er langjähriger Sprecher des Fachkollegiums Medizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und 2008 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Er ist Sprecher einer Klinischen Forschergruppe und eines Sonderforschungsbereichs der DFG. | *háb*



Prof. Dr. Martin Zeitz

## Behandlung von Menschen ohne *gesicherten Aufenthaltsstatus*



Die Ärztekammer Hamburg hat die Broschüre „Menschen in Not helfen!“ neu aufgelegt – sie ist als Beilage im Ärzteblatt zu finden. Das 12-seitige schmale Heft enthält Informationen zur Rechtslage bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Die wichtigsten Änderungen betreffen den sogenannten verlängerten Geheimnisschutz und die Clearingstelle.

In Hamburg stehen einmalig für einen Zeitraum von drei Jahren 500.000 Euro zur medizinischen Versorgung von Ausländern, die keinen Krankenversicherungsschutz haben, zur Verfügung. Die Geldmittel sind auf Quartale verteilt, so dass pro Quartal nur eine begrenzte Summe eingesetzt werden kann. Voraussetzung für die Vergabe von Fondsmitteln ist, dass der Patient den so genannten Clearingprozess im Flüchtlingszentrum durchlaufen hat. Desweiteren wird bei der Clearingstelle ein Adresspool von Ärzten geführt, in den sich Ärzte aufnehmen lassen können.

Bei Interesse: Clearingstelle (Flüchtlingszentrum), Adenauerallee 10, 20097 Hamburg, Tel. 28 40 79-123, Andrea Niethammer, Mo. 9 bis 13, Do. 9 bis 13, 15 bis 17 Uhr, [www.fluechtlingszentrum-hamburg.de](http://www.fluechtlingszentrum-hamburg.de). | *dk*

## Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 17.11. Dr. med. Klaus Paterna  
Arzt
- 22.11. Josef Schild  
Arzt
- 24.11. Dr. med. Boje Rittich  
Facharzt für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe
- 24.11. Dr. med. Werner Tenschert  
Facharzt für Innere Medizin
- 28.11. Manuel Humburg  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 28.11. Dr. med. Regina von Glasenapp  
Fachärztin für Innere Medizin
- 30.11. Axel Jessen  
Facharzt für Chirurgie
- 30.11. Dr. med. Christa Kollin  
Praktische Ärztin  
Fachärztin für  
Psychotherapeutische Medizin  
Fachärztin für Anästhesiologie
- 02.12. Dr. med. Reinhardt Trampe  
Facharzt für Innere Medizin
- 09.12. Dr. med. Kirsten Meyer-Estorf  
Ärztin

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

## Berufsbegleitend studieren

Im Sommersemester 2013 startet der berufsbegleitende Masterstudiengang Gesundheitsmanagement (MBA) der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Hamburg, der seit 2005 angeboten wird, erneut. Er vermittelt Kenntnisse in den Bereichen Betriebswirtschaftslehre, Recht, Personalführung, strategisches und operatives Management und qualifiziert Teilnehmende für Leitungspositionen. Die Regelstudienzeit beträgt eineinhalb Jahre, die Lehrveranstaltungen laufen am Abend und an Wochenenden. Eine kostenlose Informationsveranstaltung findet am 5. Dezember 2012 um 18.30 Uhr an der Universität Hamburg, Von-Melle-Park 9, statt. Bewerbungsschluss ist der 14. Januar 2013. Informationen zum Studiengang unter [www.mba-gesundheitsmanagement-hamburg.de](http://www.mba-gesundheitsmanagement-hamburg.de). | *háb*

## In memoriam

**Dr. med. Inge Maria von Borcke**  
 Fachärztin für Pathologie  
 Fachärztin für Innere Medizin  
 \*09.07.1939 † 12.08.2012

**Dr. med. Bärbel Kycia**  
 Fachärztin für Anästhesiologie  
 \*27.04.1943 † 22.08.2012

**Prof. Dr. med. Dr. hc. mult.  
 Hans-Joachim Lindemann**  
 Facharzt für Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe  
 \*11.06.1920 † 07.09.2012

**Dr. med. Klaus Wagner**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 \*07.07.1935 † 12.09.2012

**Dr. med. Eberhard Postel**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Facharzt für Innere Medizin  
 \*28.01.1914 † 16.09.2012

**Prof. Dr. med. Dieter Buck-Gramcko**  
 Facharzt für Chirurgie  
 \*28.10.1927 † 03.10.2012

**Dr. med. Harald Elsner**  
 Facharzt für Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe  
 \*22.08.1931 † 04.10.2012

## Fünf Jahre Babylotsen

2007 hat die Stiftung SeeYou des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift das Programm „Babylotse“ ins Leben gerufen. Die Babylotsen unterstützen belastete Familien und motivieren sie, Hilfs- und Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen, die den Alltag mit Baby erleichtern. Die Forschungsergebnisse des UKE während der dreijährigen Pilotphase zeigen eine große Akzeptanz bei Familien und Mitarbeitern sowie eine gute Wirksamkeit des Projekts. Seit 2011 gibt es das Programm Babylotse auch in der Asklepios Klinik Wandsbek. 2012 hat SeeYou zudem ein Projekt in der ambulanten geburtshilflichen Medizin gestartet. Mehr Informationen unter [www.seeyou-hamburg.de](http://www.seeyou-hamburg.de). | *hüb*



**Nachruf** Der Mikrobiologe und Virologe Prof. Dr. Rainer Laufs ist im Alter von 73 Jahren verstorben.

# Forscher und Lehrer *aus Begeisterung*

Am 23. Juli 2012 verstarb Prof. Dr. Rainer Laufs, emeritierter Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), nur vier Tage nach Vollendung seines 73. Lebensjahres. Geboren in Trossingen studierte Rainer Laufs nach dem Abitur 1958 Medizin in Freiburg, München und Wien und erhielt 1965 die Approbation als Arzt. Schon seine Promotion widmete sich der Mikrobiologie, und zwar dem Poliomyelitisvirus. Nach seinen Stationen als wissenschaftlicher Assistent, u. a. am Hygiene-Institut



Prof. Dr. Rainer Laufs

der Universität Freiburg und dem Department of Microbiology der University of Illinois, Chicago, kam er schließlich an das Hygiene-Institut der Universität Göttingen, wo er 1970 unter Prof. Dr. Rainer Thomssen habilitierte und die Venia legendi für das Fach Medizinische Mikrobiologie und Hygiene erhielt.

Rainer Laufs erwarb die Facharztanerkennungen als Arzt für Laboratoriumsmedizin, für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie für Hygiene. Er wurde Oberarzt in Göttingen und Leiter der selbstständigen Abteilung für Medizinische Mikrobiologie. Im Dezember 1978 folgte er der Berufung als Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Immunologie der Universität Hamburg, ab 1980 war er hier zusätzlich kommissarischer Direktor der Abteilung Krankenhaus-

hygiene. Seine Forschung widmete sich zunächst schon damals der Antibiotikaresistenz von Bakterien; ein Thema, das

heute aktueller ist denn je. Später kam die Erforschung der Hepatitisviren sowie des HIV hinzu. Neben zahlreichen Forschungsförderungen, u. a. durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, wurde das Projekt der vertikalen Transmission des Hepatitis-C-Virus im Rahmen des Kompetenznetzes Hepatitis durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt. Während seiner Zeit als Leiter unseres Instituts wurden zahlreiche Doktoranden in den verschiedenen Arbeitsgruppen betreut, und zwölf seiner wissenschaftlichen Mitarbeiter habilitierten sich und erhielten die Venia legendi.

Rainer Laufs war mit Begeisterung Lehrer, und diese Wertschätzung den Studenten gegenüber hat er stets seinen Mitarbeitern übermittelt. Ungewöhnlich war sein Plan, aus Platzmangel den Kurs der Medizinischen Mikrobiologie für die Studenten in ein großes Zelt zu verlegen. Soweit musste es nicht kommen, denn schließlich wurde der bei seiner Berufung nach Hamburg bewilligte Neubau mit ausreichend großem Saal Ort der Lehre.

Durch seine Struktur des Kurses sowie die eingeführten Prüfungen zum Ende eines jeden Semesters belegten die Hamburger Studenten im Bereich Mikrobiologie in den zentralen Examina immer einen Spitzenplatz.

Seine Saat, die Liebe zur Lehre, geht auch heute noch auf, denn regelmäßig schließen die aktuell im noch immer ungeteilten Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene tätigen Dozenten, die zum großen Teil ihre Laufbahn noch unter Rainer Laufs begannen, bei den Wahlen zum „teacher of the year“ an vorderster Position ab. Rainer Laufs hinterlässt seine Frau und drei Söhne mit ihren Familien – und eine große Zahl an wissenschaftlichen Kindern und Enkeln.

*PD Dr. Susanne Polywka, Fachärztin für Mikrobiologie am Ambulanzzentrum des UKE*





Die Teilnehmerinnen zusammen mit den Organisatorinnen

## Fortbildung: Wiedereinstieg in den Arztberuf

„Ich bin froh, dass es diesen Kurs gab, danke für die Möglichkeit.“ Einhelliges Lob gab es von den Teilnehmerinnen für die gute Organisation und Betreuung des Fortbildungskurses „Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit“ und für die fachlichen Qualitäten der Referentinnen und Referenten aus Klinik und Praxis. Der Kurs, organisiert von der Fortbildungsakademie und vom Ausschuss „Ärztinnen“ der Ärztekammer Hamburg, richtete sich an Ärztinnen und Ärzte, die nach einer Pause wieder in ihrem Beruf arbeiten wollen. Von August bis September wurde innerhalb von sechs Wochen halbtags in einem 120-stündigen Kurs unter der Leitung von Dr. Annemarie Jungbluth ein Überblick über 24 Fachgebiete geboten. Außerdem wurden Reanimationstraining und Techniken der Literaturrecherche vermittelt – Rüstzeug für einen Neubeginn. 18 Ärztinnen konnten testen, wie viel Wissen sie doch noch zur Verfügung hatten und wo ihre Lücken liegen. Für manche Ärztin mit Kindern war es ein Probelauf, wie sich Beruf und Familie vereinbaren lassen. Der intensive Austausch mit Kolleginnen in gleicher Situation war Hilfe und Ermutigung. Die Einladung der Fortbildungsakademie, sich nach einem Jahr wieder zu treffen, wurde dankbar angenommen. Interessenten können sich für den im nächsten Jahr geplanten Kurs bei Frau Harff unter Tel. 20 22 99-302 vormerken lassen.

Dr. Angelika Kofsmann, Vorsitzende des Ausschusses „Ärztinnen“, Ärztekammer Hamburg



## Verloren

Ausweis von

B 7814 Dr. med. GUS Ljudmilla Jakobs  
11.05.2009

25713 Dr. med. Nora Klemm, geb. Schäfer  
Ärztekammer Schleswig-Holstein

B 9379 Isabell AA-Yung Ollmann  
27.12.2005

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

## Gefunden

... Wie sich mit Jojo  
Geld verdienen ließe ...

Die CSU hat vorgeschlagen, dass weniger Krankenkassenbeiträge zahlen soll, wer abnimmt. Eine super Idee! Da ließe sich doch abwechselnd ein Jahr hemmungslos völlen (Kassenbeitrag normal) und ein Jahr Diät halten (Gewicht und Beitrag sinken), dann – der Jojo-Effekt läßt grüßen – wieder völlen und so weiter und so weiter. Ergänzen ließe sich das noch ums Rauchen: Belohnt wird ja bei vielen Kassen schon heute nicht, wer niemals raucht, sondern wer sich das Rauchen abgewöhnt. Auch da böte sich ein Zwei-Jahres-Rhythmus an – am besten versetzt mit dem Rauf und Runter des Gewichts, weil Rauchen ja den Stoffwechsel ankurbelt und so im Abnehmjahr helfen könnte.

Und wer sich unbedingt bewegen will: Besser im Verein als allein – auch da ist Dokumentation alles. Eine Kartelleienschaft in einem Sportverein wird bei vielen Kassen mit einem Bonus belohnt, das einsame Ziehen gesunder Runden nicht. So ist auch mit dem Radfahren: Wer im Konvoi mit dem Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Club (ADFC) auf Tour geht, bekommt Pluspunkte, wer täglich zur Arbeit radelt, nicht. Aber klar, ist ja auch ein Problem der Nachweisbarkeit – deshalb also lieber Beiträge sparen mit Jojo-Effekt und Rauchen-Eingewöhnung zum Abgewöhnen. Ach ja, und vor dem Buchen eines Wellnesshotels lohnt sich auch erstmal der Blick in das Bonusprogramm der Krankenkasse. Die Knappschaft beispielsweise sponsert „Aktivtage“ oder auch „wohntferne Kompaktangebote“: Vier Tage im Vier-Sterne-Hotel mit Halbpension auf Rügen gibt es schon ab 89 Euro. | san

## Spendenaufwurf der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Seit mehr als einem halben Jahrhundert kümmert sich die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um in Not geratene Arztfamilien. Heute bekommen vor allem Arztkinder Unterstützung, deren Eltern sich aufgrund von Schicksalsschlägen oder anderen Notsituationen in prekärer finanzieller Lage befinden. Mit einer Ausbildungsförderung soll dem Nachwuchs ein Weg in die berufliche Existenz ermöglicht werden. Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Unterstützung in Notsituationen sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit. Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrechtzuerhalten und auszubauen. Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

**Spendenkonto der Stiftung:**  
**Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG**  
**Stuttgart, Konto-Nr. 0001486942,**  
**BLZ 30060601. | h**ä**b**

## Achtung! Geänderter Anzeigen- und Redaktionsschluss im Dezember

Aufgrund der Weihnachtsferien liegt der Anzeigenschluss für das Januarheft 2013 im Dezember wie folgt:

Textteilanzeigen: **7. Dezember 2012**  
Stellenanzeigen: **14. Dezember 2012**

Der Redaktionsschluss ist ebenfalls der **7. Dezember 2012. | h**ä**b**

## Korrektur Heft 10/12

Bei der Rezension (Seite 11) im Hamburger Ärzteblatt 10/12 sind Fehler in der Schreibweise unterlaufen. Die Buchvorstellung muss richtig heißen:

**Michael Goerig, Jochen Schulte am Esch:**  
**Die Entwicklung des Narkosewesens in**  
**Deutschland von 1890 – 1930.**  
**Steintor Verlag 2012, 59 Euro. | h**ä**b**

## Modellstudiengang iMED Hamburg *startet am UKE*

Erstmals wurde im Wintersemester 2012/2013 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) der neue integrierte Modellstudiengang Medizin (iMED) Hamburg eingeführt. Kernelemente des Studiums nach dem neuen Curriculum sind eine frühe und enge Vernetzung von theoretischen und praktisch-klinischen Ausbildungsinhalten sowie eine wissenschaftliche und praxisorientierte Ausbildung von Anfang an. „Damit wollen wir die Trennung zwischen Theorie und Praxis, die es bislang in den ersten vier Semestern gab, aufheben. Zudem steht das fachübergreifende Lernen künftig im Vordergrund“, so Prof. Dr. Dr. Andreas Guse, Prodekan für Lehre an der Medizinischen Fakultät des UKE. Das heißt: Die theoretischen Inhalte werden nicht nach einer Fächersystematik vermittelt, sondern übergreifend, auf die einzelnen Krankheiten bezogen. Die wissenschaftliche Ausrichtung des Medizinstudiums wird durch die Einführung von Wahlpflichtbereichen und einer für alle Medizinstudierenden verpflichtenden Studienarbeit noch vertieft.

Eine Folge des neuen Modellstudiengangs: Das klassische Physikikum nach vier Semestern wird es künftig nicht mehr geben. Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät: „Wir führen eine vergleichbare Prüfung bereits nach dem dritten Halbjahr ein. Diese legt auch einen ersten Schwerpunkt auf die praktischen Fähigkeiten der Studierenden.“

Die enge Vernetzung von Theorie und Praxis zieht sich vom ersten Semester an durch den gesamten Studienverlauf. „Besonders am Herzen liegt uns die Vermittlung ärztlicher Fertigkeiten und psychosozialer Kompetenzen“, so Prof. Guse. Das betrifft auch den Umgang mit den Patienten. In allen fünf Studienjahren bis zum Praktischen Jahr trainieren die Studierenden die Verbindung von klinischer Untersuchung und der Kommunikation mit dem Patienten – das ist an medizinischen Fakultäten bundesweit einmalig. | h**ä**b

## R E Z E N S I O N

### Facettenreiche Augenweide

Im Kalender „Zur Geschichte der Medizin“ aus dem Vitalis Verlag wird Woche für Woche ein Stück Medizingeschichte sichtbar – in historischen Bildern, Porträtaufnahmen und kurzen Texten zu Mediziner-Persönlichkeiten und den neuen Entwicklungen damaliger Zeit. So lassen sich viele berühmte Ärzte wie Albert Schweitzer, Wilhelm Conrad Röntgen oder Philippus Theophrastus Bombastus Paracelsus von Hohenheim finden. Aber auch weniger



bekanntere wie der mexikanische Arzt Mariano Azuela Gonzáles (1873–1952), der genauso gut mit der Pinzette wie mit der Pistole umgehen konnte. Er schloss sich nach dem Sturz des Madero-Regime den Revolutionstruppen unter Pancho Villa als Feldarzt an und verfasste im Exil ein großes Revolutionspanorama. Im Vergleich zu unserer Rubrik »Bild und Hintergrund« im Hamburger Ärzteblatt sind die Texte eher kurz und es entsteht der Wunsch, doch mehr über das eine oder andere Thema zu erfahren. Aber die schönen Bilder und Zeichnungen sowie die ansprechende Gestaltung machen das allemal wett. | dk

Kalender „Zur Geschichte der Medizin“ 2013. Hrsg. von Harald Salfellner. Vitalis Verlag, Prag, 29,90 Euro. E-Mail: [bestellung@vitalis-verlag.com](mailto:bestellung@vitalis-verlag.com), Fax. 00420-25 71 81-670

# Bibliothek des Ärztlichen Vereins

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

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

Öffnungszeiten: **MO** 9-17 Uhr · **DI** 10-16 Uhr · **MI** 10-19 Uhr · **DO** 10-16 Uhr · **FR** 9-16 Uhr

## Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

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

## Neuerwerbungen

**C. Aspöck\***: MRSA und ESBL. 1. Auflage, 2012.

**V. E. Amelung\* / N. Bucholtz / A. Brümmer**: Sehen im Alter. Versorgungsstrukturen und –herausforderungen in der Augenheilkunde. 1. Auflage, 2012.

**K. M. Beier / K. Loewit**: Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. 2011.

**P. Berlit / M. Krämer / R. Weber**: Neurologie Fragen und Antworten: über 1000 Fakten für die Facharztprüfung. 2012.

**M. Bernateck (u. a.)**: Schmerzmedizin: 1000 Fragen. 1. Auflage, 2012.

**H. Eisenhut\***: Heilkunst und schöne Künste. Wechselwirkungen von Medizin, Literatur und bildender Kunst im 18. Jh., 2011.

**A. Gall-Peters\* / G. Zarbock\***: Praxisleitfaden Verhaltenstherapie. Störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung, Patienteninformationen. 2012.

**E. Hinkelthein / C. Zalpour**: Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie. 2. Auflage, 2012.

**E. Höfler / P. Sprengart**: Praktische Diätetik. Grundlagen, Ziele und Umsetzung der Ernährungstherapie. 1. Auflage, 2012.

**H. Kirchner**: Personalakquise im Krankenhaus: Ärzte gewinnen, binden, entwickeln. 2012.

**H. Kopp**: Checkliste Doppler- und Duplexsonografie. 4. Auflage, 2012.

**O. Menelao**: Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin. 2. Auflage, 2012.

**P. Meybohm (u. a.)**: Fehler und Irrtümer in der Anästhesie. 1. Auflage, 2012.

**D. Nowack**: Verdacht auf Berufskrankheit? Von der Diagnose zum Gutachten – darauf kommt es im Berufskrankheiten-Verfahren an! 1. Auflage, 2012.

**U. Paschen\***: Wörterbuch Qualitätsmanagement in der Medizin. Normgerechte Definitionen und Interpretationshilfen. 1. Auflage, 2012.

**G. Plewig (u. a.)**: Braun-Falcos Dermatologie, Venerologie und Allergologie. 6. Auflage, 2012, Bd. 1 und Bd. 2.

**S. Scheipl (u. a.)**: Gender-Unterschiede in der Orthopädie: ... bis an die Knochen. Eine Einführung, 2012.

**N. Schuster\* / S. Haun / W. Hiller**: Psychische Belastungen im Arbeitsalltag: Trainingsmanual zur Stärkung persönlicher Ressourcen. 1. Auflage, 2011.

**K.-D. Thill**: Marketing in der Arztpraxis: Analyse, Strategie, Instrumente. 1. Auflage, 2012.

**G. Walter (u. a.)**: Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 1. Auflage, 2012.

\* Geschenk des Verfassers / Herausgeber

Die komplette Neuerwerbungsliste finden Sie im Internet [www.aekbibl.de](http://www.aekbibl.de), **Neuerwerbungen**. Möchten Sie die Liste per E-Mail erhalten? Dann schicken Sie einfach eine E-Mail an die Bibliothek: [bibliothek@aekeh.de](mailto:bibliothek@aekeh.de) (im Betreff: »Neuerwerbungsliste« und Name) und wir nehmen Sie in unseren Verteiler auf.

## HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

Meßberg 1 • 20095 Hamburg  
Tel. 040 / 30 96 98 - 0 • Fax 040 / 30 96 98 - 50  
[info@hagenundkruse.de](mailto:info@hagenundkruse.de) • [www.hagenundkruse.de](http://www.hagenundkruse.de)



Verband  
Deutscher  
Versicherungsmakler e.V.

### Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

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

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

### Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

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

# Mammakarzinom *im Wandel*

## Brustkrebs 2012 / 2013

Aktuelle Standards und die Entwicklung von neuen Sichtweisen und Therapieprinzipien.\*

Von Prof. Dr. Christoph Lindner



Radikale Operation (18. Jahrhundert)

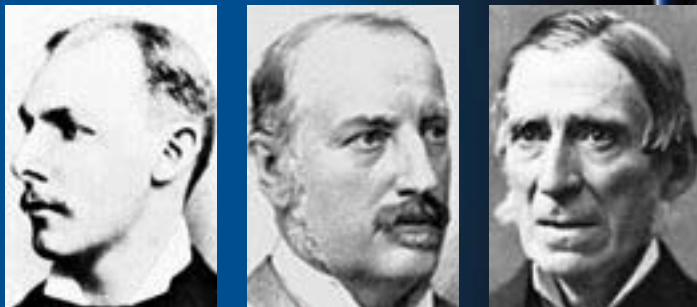


Abb. 1 bis 3: Pioniere der Brustkrebsbehandlung: William S. Halsted / USA (l.), George T. Beatson / Schottland (m.) und Stephen Paget / England (r.) (um 1895)

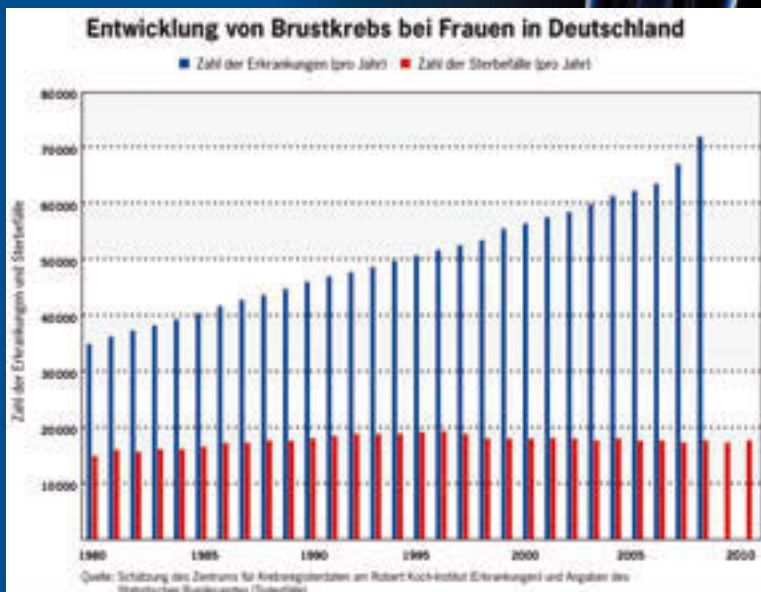
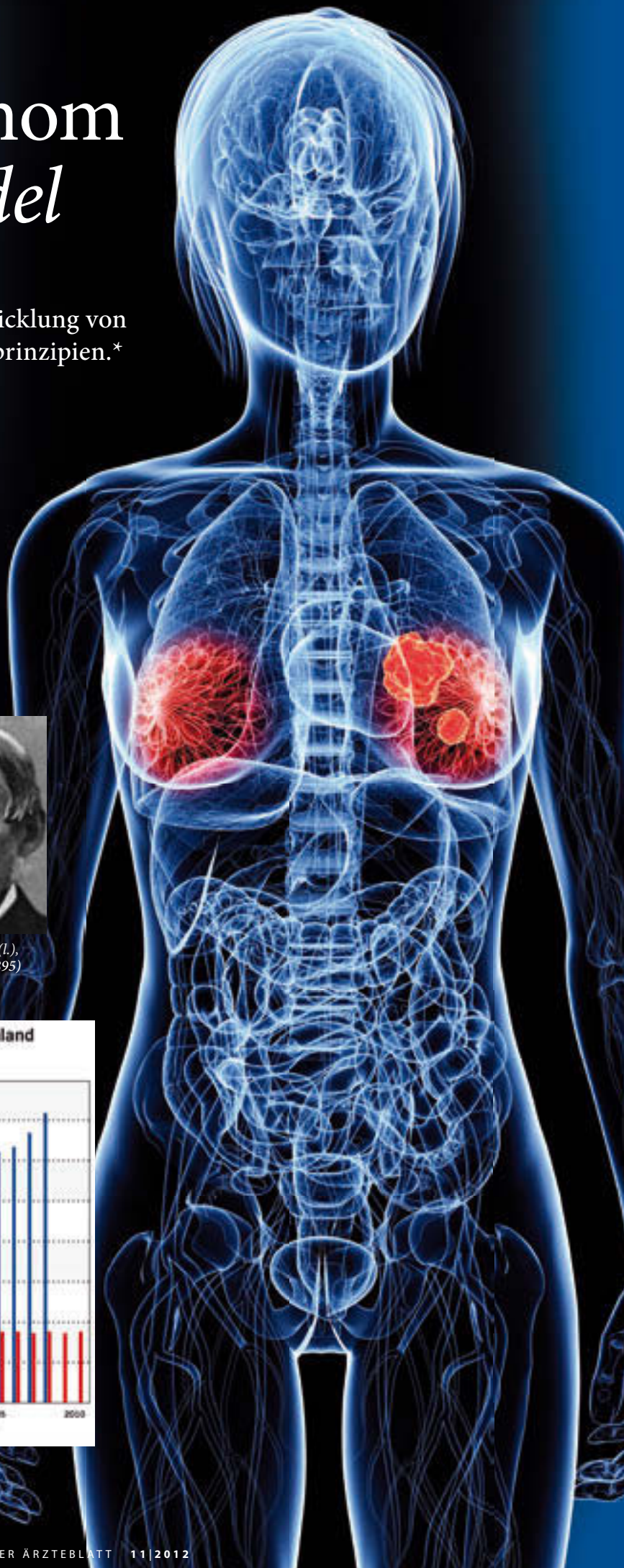


Abb. 4: Brustkrebsdiagnosen (Neuerkrankungen) in Deutschland in den letzten 30 Jahren (mit freundlicher Genehmigung der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, Sonderbeilage 2012)

Brustkrebs ist der häufigste maligne Tumor der Frau. Fortschritte in der Frühdiagnostik und ein erweitertes Spektrum adjuvanter therapeutischer Möglichkeiten haben die Heilungsrate signifikant verbessert. Im Fokus stehen heute Erkenntnisse über unterschiedliche Tumorbio- logien und Ansätze einer individualisierten Therapie, indem Charakteristika der einzelnen Tumorerkrankung zur Auswahl einer wirksamen Behandlung führen. Diese auch als „personalisiert“ bezeichnete Brustkrebstherapie 2012/2013 spiegelt die aktuelle Sichtweise der Onkologie und eine historische, mit Personen verknüpfte Entwicklung wider. Es soll dieser Bogen hin zu neuen Trends in Diagnostik und primärer Therapie des Mammakarzinoms in einem Überblick (und mit einem Seitenblick auf Hamburg) dargestellt werden.

## Rückblick: Pioniere der Brustkrebstherapie

Die Konzepte der Brustkrebstherapie werden seit jeher von drei Problemfeldern bestimmt:

1. Suche nach bestmöglicher Operation des Tumors mit dem Ziel der sicheren Sanierung und der geringen Traumatisierung der Patienten,
2. Überprüfung medikamentöser („adjuvanter“) Anschluss-therapien zur Verhinderung einer Metastasierung,
3. Kampf gegen die Unheilbarkeit einer Metastasierung.

Diese wesentlichen Fragestellungen lassen sich nahezu zeitgleich auf bestimmte Personen der Medizinhistorie des 19. Jahrhunderts zurückführen. Es ist frappierend, dass die Grundsätze der Thesen dieser Ärzte heute noch oder wieder aktuell sind.

Um 1890 entwickelte der amerikanische Chirurg William S. Halsted (geb. 1852), beeinflusst u. a. von dem deutschen Chirurgen Richard von Volkmann (geb. 1830) aus Halle, eine aggressivere Operationsmethode, um Brustkrebs zu heilen (Abb. 1). Weil häufig Tumorrezidive an gleicher Stelle der erkrankten Brust auftraten, führte Halsted die radikale Mastektomie ein, welche die Entfernung der Brustdrüse mit Brustmuskel und umgebenden Lymphknotenarealen beinhaltete (in Deutschland nach J. Rotter/Berlin auch als Rotter-Halsted-Mastektomie bezeichnet). Die Vorstellung, dass eine Tumorausbreitung zentrifugal fortschreitet und eine radikale operative Primärtherapie die Heilungschance erhöht, bestimmte als „Halsted-Doktrin“ fast 100 Jahre die onkologische Medizin.

1895 fand der schottische Chirurg George T. Beatson (geb. 1848) einen Zusammenhang zwischen operativer Entfernung der Eierstöcke und Remission von Brustkrebs und seiner Absiedlungen. Er legte (unbewusst) einen frühen Grundstein für das endokrine Therapiekonzept des hormonell abhängigen Mammakarzinoms (Abb. 2).

Zeitgleich entwickelte der Engländer Stephen Paget (geb. 1851), unter Beeinflussung des österreichischen Arztes Ernst Fuchs, eine Theorie zur Brustkrebsmetastasierung, die besagte, dass wandernde Tumorzellen sich wie Samen bestimmte Organe als Nährboden suchen. Er nannte dieses „seed and soil-Theorie“ (Abb. 3).

120 Jahre später spielt das Gedankengut dieser drei Pioniere in der aktuellen Theorie und Praxis der Brustkrebsbehandlung wieder eine wesentliche Rolle: Die Radikalität der primären Brustkrebsoperation, die anschließende (gezielte) Systemtherapie und das Verhindern bzw. das Verstehen der Brustkrebsmetastasierung stehen im Fokus der klinischen Forschung, die sich zudem der Erkenntnis widmet, dass es nicht DIE Brustkrebserkrankung, sondern verschiedene, unterschiedlich zu behandelnde Brustkrebsarten gibt.

## Epidemiologie: Jede neunte Frau ist betroffen

Brustkrebs ist die häufigste bösartige Erkrankung der Frau und nach Lungenkrebs die zweithäufigste Krebs-Todesursache. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es weltweit jährlich zirka 1,4 Million Brustkrebs-Neuerkrankungen und es versterben zirka 500.000 Frauen. Jede achte bis neunte junge Frau muss damit rechnen, ein Mammakarzinom zu entwickeln. Brustkrebs

tritt früher auf als die meisten onkologischen Erkrankungen des Erwachsenenalters: Die Hälfte der Betroffenen erkrankt vor dem 65. Lebensjahr und jede zehnte vor dem 45. Lebensjahr. Die Zahlen der Krebsregister zeigen für Deutschland zirka 72.000 neu diagnostizierte Fälle pro Jahr, die höchsten altersstandardisierten Erkrankungs-raten finden sich in Hamburg und Schleswig-Holstein, in der Hansestadt zirka 2.000 Neuerkrankungen. Seit es statistische Erfassungen der Erkrankungs-raten gibt, zeigt sich eine Zunahme der Brustkrebsfälle in den westlichen Industrienationen: In Deutschland werden aktuell etwa doppelt so viele Brustkrebsfälle erfasst als vor 30 Jahren (Abb. 4). Die Ursachen dieses Anstiegs sind vielfältig. Neuere Hypothesen sehen auch Umweltfaktoren involviert, z. B. Industriechemikalien und Pestizide, die als „endocrine disruptors“ hormonabhängige Organsysteme wie die weibliche Brustdrüse kanzerogen beeinflussen. Als etabliert (für die hormonabhängige Mehrzahl der Brustkrebs-erkrankungen) gelten ursächlich der Einfluss der demografischen Verschiebung (Alter als größter Risikofaktor für eine Krebserkrankung) sowie soziologische und gesellschaftliche Veränderungen.

Pathophysiologisch lassen sich diese Faktoren mehrheitlich durch einen östrogendominierten, proliferationsfördernden Hormoneffekt auf die Milchgangszellen der weiblichen Brustdrüse erklären, welcher einer mutationsbedingten Kanzerogenese Vorschub leistet. So sind niedrigere Geburtenrate, späterer Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft und verkürzte Stillzeit ebenso zu nennen wie (alimentär bedingt) früher einsetzende Pubertät und (natürlicherweise oder exogen bedingt) später einsetzende Menopause. Seit in der Studie der „women's health initiative“ (WHI) der Zusammenhang zwischen der postmenopausalen Hormonsubstitution und der Mammakarzinom-Inzidenz belegt wurde, fiel die unkritische Einnahme entsprechender Hormonpräparate in Europa und den USA drastisch ab, und es konnte eine Abnahme der Brustkrebshäufigkeit in der entsprechenden Altersgruppe gezeigt werden. In diese Kausalität passen auch Faktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel. Es wird geschätzt, dass in Europa zirka 30.000 Brustkrebsneuerkrankungen jährlich im Zusammenhang mit einer Adipositas auftreten.

Positiv ist die kontinuierlich ansteigende Heilungsrate nach Brustkrebserkrankung: Die Fünf-Jahres-Überlebensrate in Deutschland stieg zwischen 1980 und 2005 von 69 Prozent auf 81 Prozent, die altersstandardisierte Mortalitätsrate ist zwischen 2000 und 2010 um zirka zehn Prozent gefallen. Hierfür sind verbesserte therapeutische wie auch diagnostische Möglichkeiten entscheidend gewesen.

## Diagnostik: Früherkennung entscheidend

Die Mammografie wurde, nachdem vor 100 Jahren der Berliner Chirurg A. Salomon erstmals mittels Röntgenstrahlen Brustkrebstumoren an Mastektomiepräparaten darstellen konnte und dieser Untersuchung ihren Namen gab, als diagnostische Methode in den 1960er und 1970er Jahren eingeführt – und gilt auch heute noch als Goldstandard. Im Vergleich zur Strahlenexposition in den Anfangsjahren ist mit der digitalen Technik die Strahlendosis auf weniger als fünf Prozent der damaligen Größenordnung gesenkt worden. Dennoch ist medizinisch wie auch gesetzlich eine strenge Indikationsstellung notwendig – insbesondere bei jüngeren Frauen, bei welchen die Strahlenbelastung als risikoträchtiger und gleichzeitig die Aussagekraft der Mammografie aufgrund der höheren (bindegewebigen) Brustgewebsdichte als eingeschränkt anzusehen ist. Die Sonografie der Mamma ist eine hervorragende Ergänzung, zirka 80 Prozent aller Läsionen sind im Ultraschall erkennbar. Die Kernspintomografie der Brust (MR-Mammografie) gilt als das sensitivste Verfahren, hat jedoch Nachteile hinsichtlich der Kosten und Spezifität.

\* Prof. Dr. Hans-Joachim Frischbier zum 80. und Prof. Dr. Heinrich Maaß zum 85. Geburtstag gewidmet

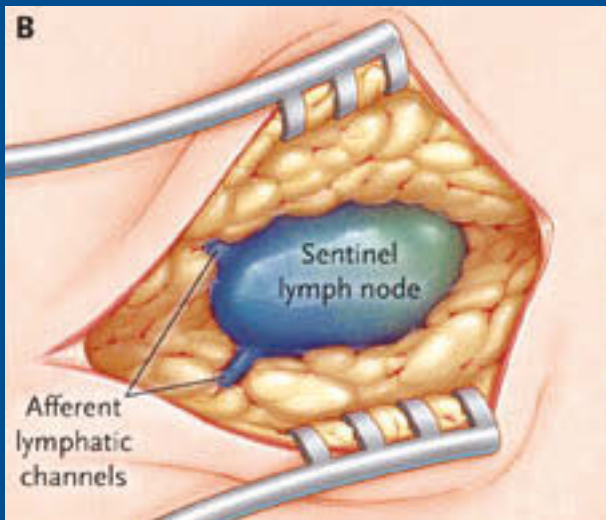


Abb. 5: Sentinel (Wächter) Lymphknoten axillär



Abb. 6: Chirurg Umberto Veronesi (Italien) führte die brusterhaltende Operation ein (1972–1981) und war später u. a. italienischer Gesundheitsminister



Abb. 7: Chirurg Bernhard Fisher (USA) verantwortete die NSABP-Studien (1972–2005) und postulierte eine „systemische Sichtweise“ des Brustkrebses



Abb. 8: Biochemiker Axel Ullrich (Deutschland) klonierte den Wachstumsfaktor-Rezeptor HER2 und entwickelte den HER2-Antikörper Trastuzumab (1988)



Abb. 9: Internist Dennis Slamon (USA) wies eine HER2-Überexpression beim Mammakarzinom nach und setzte Trastuzumab erstmals ein (1993)

Die Mammografie wird seit über 30 Jahren als Screeningverfahren evaluiert. Zahlreiche Studien in verschiedenen Ländern sind überwiegend an einem mangelhaften statistischen Konzept gescheitert. In Deutschland war mehrere Jahrzehnte das so genannte graue Screening ein Begriff, der den Einsatz der Mammografie bei symptomlosen Frauen zum Zwecke der Früherkennung meinte, deren Kostenübernahme, aber auch Verträglichkeit mit dem deutschen Strahlenschutzgesetz jedoch ungelöst war. In Hamburg sind u. a. als Vorreiter der Mammografie zu nennen: In der Klinik (z. B. mit einer Hamburger Mammografiestudie in den 1980er Jahren) H.-J. Frischbier und seine Mitarbeiterinnen I. Schreer, M. Bernauer und D. Schrader und in der Praxis W. Lammers mit T. Birtel und M. Schofer sowie A. Bittrich und J. Lübbering-Schmidt.

Seit 2005 ist in Deutschland das gesetzliche Mammografie-Screening eingeführt. Als Nachteil gilt, dass klinische und sonografische Untersuchungen nicht eingeschlossen sind (diese kommen erst bei Auffälligkeiten und nach erneuter Einladung zum Einsatz), und dass die Altersgruppen unter 50 Jahren sowie über 70 Jahren nicht berücksichtigt werden. Hierfür gibt es ökonomische und wissenschaftliche Begründungen (der größte diagnostische Effekt ist in der Altersgruppe 50 bis 70 Jahre nachgewiesen). Es bedeutet jedoch, dass ein wesentlicher Anteil von Brustkrebskrankungen durch das gesetzliche Screening nicht erfasst werden kann, da zirka 40 Prozent der Mammakarzinome vor dem 50. Lebensjahr oder nach dem 70. Lebensjahr auftreten. Trotz dieser Kritikpunkte zeigen Langzeitanalysen eine signifikante Verbesserung der Brustkrebsheilungsraten durch das Screening. In Deutschland werden entsprechende Daten nicht vor 2018 vorliegen. Es konnte bereits eine Halbierung des Anteiles größerer Tumoren (T2) von zirka 40 Prozent auf zirka 20 Prozent nachgewiesen werden. Die Empfehlungen zur bildgebenden Brustkrebsfrüherkennung werden sich weiterentwickeln. Neuere Studien zeigen, dass die Mammografie effektiver ist, wenn sie individualisiert, d. h. risikobezogen eingesetzt wird („personalized breast screening“).

## Operation: Weniger ist mehr

Zu 70 bis 80 Prozent kann bei einer Brustkrebskrankung die Brust erhalten bleiben, in 20 bis 30 Prozent ist dies nicht möglich (Tumorgroße, Multizentrität) oder wird von der Patientin nicht gewünscht. Unter Beachtung der Kontraindikationen ist es gesichert, dass die brusterhaltende Therapie inklusive der obligaten Nachbestrahlung keine Beeinträchtigung des Gesamtüberlebens im Vergleich zur radikalen Operation zeigt. So wurde die historische „Halsted-Doktrin“ klinisch-wissenschaftlich widerlegt. Verlaufsdaten über einen Zeitraum von 30 Jahren belegen die Sicherheit der Brusterhaltung. International waren entscheidend die Arbeitsgruppe um Umberto Veronesi (Mailand) (Abb. 6) sowie in Hamburg Klaus Thomsen, Hans-Joachim Frischbier und Hans-Egon Stegner an der klinischen Einführung der brusterhaltenden Therapie beteiligt.

Ein grundsätzliches Prinzip der onkologischen Chirurgie solider Tumoren ist die Mitentfernung der Lymphknoten des unmittelbaren Lymphabflussgebiets, beim invasiven Brustkrebs in der Achselhöhle. Ziel der Lymphonodektomie war bisher die prognostische Einstufung der Erkrankung (Lymphknoten tumorfrei versus befallen), aber auch die Hoffnung auf eine kurative Maßnahme. Die Tatsache, dass die Axilla-Operation einen Hauptteil der Morbidität der Primäroperation ausmacht und inzwischen durch Frühdiagnostik der überwiegende Teil der Patienten keine befallenen Lymphknoten aufweist (nodal-negativ), führte in Ableitung aus der Melanom-Chirurgie zur Einführung des Wächterlymphknoten-Konzeptes: der axillären Sentinelbiopsie. Diese ist heute bei präoperativ unverdächtigem Axillastatus (keine suspekten vergrößerten Lymphknoten = cN0) der Standard und ersetzt die radikale axilläre Lymphonodektomie bei histologisch negativen Wächterlymphknoten (pN0) (Abb. 5). Dies betrifft zirka 60 bis 70 Prozent der erkrankten Frauen. Eine jüngste spektakuläre Ent-

wicklung ergibt eine 2011 publizierte prospektive Studie, die zeigte, dass bei brusterhaltender OP und Nachbestrahlung der Verzicht auf eine systematische axilläre Lymphonodektomie auch im Falle von ein bis zwei befallenen Sentinellymphknoten keinen Überlebensnachteil und keine erhöhte Lokalrezidivrate erbrachte. Weitere 15 bis 20 Prozent aller Brustkrebspatientinnen könnten hiervon profitieren.

In den letzten Jahren wurde die operative Radikalität nochmals deutlich reduziert. Die Rate der Brusterhaltungen ist angestiegen, die geforderten Resektions-Sicherheitsabstände wurden abgesenkt und es zeigt sich ein schrittweiser Rückzug von der systematischen axillären Lymphonodektomie – auch weil der prognostische Wert des Lymphknotenstatus durch andere Parameter der Tumorbiologie ersetzt wird. Hieraus ergibt sich ein erheblicher Gewinn für unsere Patientinnen. Allerdings gilt weiterhin, dass die lokale Sanierung eines malignen Tumors Ziel jeder Primärtherapie sein muss. Zusätzlich wird meist eine adjuvante Nachbehandlung erforderlich.

## Adjuvante Therapie: Ungezielt und gezielt

Das fast ein Jahrhundert dominierende Halsted-Prinzip steigern der Heilungschancen durch radikalere Operationen wurde bereits in den 1920er Jahren durch den Engländer G. Keynes und in den 1950er Jahren durch den Amerikaner G. Crile angezweifelt. Die endgültige Abkehr fand erst in den 1980er Jahren statt: Bernhard Fisher (USA) stellte der „lokoregionären Ansicht“ eine „systemische Sichtweise“ gegenüber (Abb. 7). Er postulierte, dass in vielen Fällen Brustkrebs bei der Diagnosestellung bereits eine Erkrankung des gesamten Körpers ist und z. B. ein Lymphknotenbefall dieses signalisiert. Deswegen würde eine radikale Operation des Ursprungstumors nicht zur Heilungsverbesserung beitragen, vielmehr müsste eine Behandlung des Körpers erfolgen, d. h. der in den Blutkreislauf oder andere Organe abgewanderten Zellen. Diese Fisher-Hypothese war sowohl die Grundlage für die Einführung der brusterhaltenden Operation als auch der adjuvanten Chemotherapie, welche nun seit über 30 Jahren als Standard zur primären Brustkrebstherapie gehören. Beide epochalen Entwicklungen wurden maßgeblich durch die (zusätzlich auch die Ära der prospektiv-randomisierten Studien begründenden) National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project-Trials in den USA in den Jahren 1975 bis 2002, die von B. Fisher geleitet wurden, wissenschaftlich untermauert und haben die onkologische Medizin entscheidend beeinflusst.

Der aktuelle Standard der adjuvanten Brustkrebs-Chemotherapie besteht in einer Kombination aus Anthrazyklinen und Taxanen, ein favorisiertes Schema sind vier Zyklen Epirubicin/Cyclophosphamid (EC) in dreiwöchigem Abstand (q3w) gefolgt von zwölf Zyklen Paclitaxel in einwöchigem Abstand (q1w), welches eine gewisse Dosisdichte bei relativ guter Verträglichkeit aufweist. Bei Risikokonstellationen (hoher Lymphknotenbefall  $\geq 4$  und aggressive Tumorbiologie) sind dosisdichte und dosisintensivierte Protokolle wie das ETC-Schema (q2w) eine Option. Eine myeloablative Hochdosis-Chemotherapie hat keinen Stellenwert mehr. Meta-Analysen der adjuvanten Chemotherapie zeigen über alle Stadien und Altersgruppen hinweg eine Zehn-Jahres-Mortalitätsabsenkung von einem Drittel ( $\geq 30$  Prozent).

Das Problem der adjuvanten Chemotherapie besteht darin, dass keine zielgerichtete Behandlung von Tumorzellen möglich ist. Die Auswahl der Patienten, die für eine Chemotherapie in Frage kommen, ist bisher unsicher. Eine Indikation, die sich ausschließlich aus Prognosefaktoren ableitet (wenn jede Patientin mit einer ungünstigen Prognose behandelt wird), ist nicht optimal, da Prognose nicht gleichbedeutend ist mit Prädiktion, d. h. der Wirksamkeit einer Chemotherapie.

Ein historischer Meilenstein auf dem Weg zu einer gezielten onkologischen Therapie war die Einführung der endokrinen Behandlung des Mammakarzinoms. 1968 wurde durch den Amerikaner Elwood

Jensen (Abb. 10, S. 17) der nukleäre Östrogenrezeptor identifiziert und gezeigt, dass es rezeptor-positive und rezeptor-negative Tumoren gibt – wodurch die Beobachtung George T. Beatson 75 Jahre zuvor, dass in bestimmten Fällen eine Eierstockentfernung (Östrogenentzug) zur Teilremission führt, eine Erklärung fand. Nahezu gleichzeitig wurde das ursprünglich in der Kontrazeptionsforschung entwickelte Antiöstrogen Tamoxifen als hormonelle Therapieform gegen Brustkrebs erstmals durch die Engländerin M. Cole und den Amerikaner V. Jordan eingesetzt. Dies war ein entscheidendes neues Wirkungsprinzip: ein Medikament zur gezielten Brustkrebstherapie, das gesundes Gewebe nicht schädigt.

In Hamburg war die Arbeitsgruppe im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (H. Maass, G. Trams, W. Jonat) an der Umsetzung des endokrinen Konzepts beteiligt, u. a. auch in Kooperation mit E. Jensen. Die endokrine Therapie durch Tamoxifen und mittels der späteren Aromataseinhibitoren ist bis heute eine der wichtigsten Säulen der Behandlung. Während das Antiöstrogen Tamoxifen über die kompetitive Konkurrenz am Rezeptor die (endogenen) Östrogenmoleküle an ihrer Wirkung hindert, kommt es bei einer Inhibierung des Enzyms Aromatase zur Erniedrigung der Östrogenproduktion des Körpers – in beiden Fällen wird eine Hemmung der östrogen-induzierten Zellproliferation erreicht. Metaanalysen zeigen in der Gruppe der hormonrezeptor-positiven Mammakarzinome über 15 Jahre eine Sterblichkeitsabsenkung von zirka einem Drittel, nahezu identisch zu den Erfolgen der adjuvanten Chemotherapie – der Effekt einer chemoendokrinen Sequenztherapie ist noch deutlicher.

Ein weiterer Meilenstein für die adjuvante Brustkrebstherapie war 1985 die Identifizierung der zellulären Wachstumsfaktor-Rezeptoren (EGFR bzw. HER, human epidermal growth factor receptor). Es sind vier Typen (HER1-4) bekannt, die in verschiedenen Tumorarten mutiert vorliegen. Die klinische Translation erfolgte mit der Entwicklung eines monoklonalen Antikörpers (Trastuzumab), der sich gegen HER2 richtet. Dieser transmembranöse Rezeptor ist in 15 bis 20 Prozent der Mammakarzinome als Folge einer Mutation des auf Chromosom 17 lokalisierten Protoonkogens (Synonym c-erbB2) überexprimiert. HER2-positive Tumoren zeigen ein besonders aggressives Wachstum. Trastuzumab (Herceptin®) bindet an der zelloberflächigen Domäne des HER2-Rezeptors und verhindert dessen Dimerisierung und wachstumsfördernde Wirkung, es kommt zum Zelluntergang (Apoptose). An der Entwicklung dieses eine neue Ära eröffnenden „Target-Medikamentes“ waren der Amerikaner Dennis Slamon und der Deutsche Axel Ullrich (Abb. 8 und 9) entscheidend beteiligt. Nachdem zunächst bei Patientinnen mit Metastasen eine deutliche Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte, zeigte sich auch eine hochsignifikante Verbesserung des Gesamtüberlebens bei der adjuvanten Anwendung des Antikörpers in Kombination mit einer Chemotherapie bei HER2-positiven Mammakarzinomen. Die Bedeutung der Identifizierung tumorspezifischer Merkmale wie HER2 und der Entwicklung von Target-Therapeutika wie Trastuzumab wird daran verdeutlicht, dass die in vielen Studien gezeigte schlechte Prognose HER2-positiver Erkrankungen durch die Anti-HER2-Therapie nach Datenlage in eine bessere Prognose verwandelt zu werden scheint im Vergleich zu HER2-negativen Mammakarzinomen. Weitere Anti-HER-Medikamente sind vielversprechend: Lapatinib, das HER1 und 2 blockiert, Pertuzumab, gegen HER1, 2 und 3 gerichtet, und T-DM1, eine Kombination von Trastuzumab und einem Zytostatikum.

## Subtypologie und Prognoseparameter

Die Erkenntnis der Unterschiede von östrogenrezeptor(ER)positiven (zirka 70 Prozent) und -negativen (zirka 30 Prozent) Brustkrebstumoren und die jüngere Entdeckung der Eigenschaft HER2-positiv (zirka 15 Prozent) wurden in einer Publikation in „Nature“ im Jahre 2000 neu

interpretiert, als Charles Perou (Abb. 11) mit molekulargenetischen Methoden verschiedene Brustkrebs-Untergruppen definierte. Durch Gen-Expressionsanalysen wurden vier Subtypen unterschieden:

**Luminal-Typ A** (hormonrezeptor-positiv mit niedriger Proliferationsrate), **Luminal-Typ B** (hormonrezeptor-positiv mit hoher Proliferationsrate), **HER2-Typ** (hormonrezeptor-negativ u. HER2-positiv) und **Basal-like-Typ** (hormonrezeptor-negativ u. HER2-negativ = „triple negative“). Diese Differenzierung veränderte die Systematik. Die Umsetzung in den klinischen Alltag findet aktuell statt, es entwickelt sich ein neues „molekulares“ Konzept des Mammakarzinoms. Als Surrogatparameter für die genetischen Signaturen werden die immunohistochemischen Marker ER, PR, HER2 und Ki-67 akzeptiert (histologischer Phänotyp). Die Unterscheidung intrinsischer Tumortypen entspricht in einem anschaulichen Modell (Abb. 12) der hierarchischen Abfolge der normalen zellulären Brustdrüsen(gang)-Entwicklung: Ausgehend von einer (hormonrezeptor-negativen) omnipotenten Stammzelle über „basal-like“ und HER2-positiven Progenitorzellen zu ausgereiften (hormonrezeptor-positiven) Luminalzellen. Als deutliches Signal erklärte die internationale Tagung in St. Gallen 2011 diese subtypologische Klassifizierung zur Leitschiene der adjuvanten systemischen Therapie.

Eine wichtige Rolle wird seither dem Proliferationsprotein Ki-67 zugesprochen, welches in Kiel erstmals beschrieben wurde. Seine Expression während des Zellteilungszyklus und Abwesenheit in inaktiven Zellen ergibt eine enge Korrelation zur Tumorproliferationsrate, wobei der seit St. Gallen determinierte (und auf nur einer Studie basierende) Grenzwert von 14 Prozent nicht unumstritten ist. Hierdurch erfolgt aktuell die Unterscheidung zwischen Luminal A und B Typus und führt zu einem Paradigmenwandel. So kann in manchen Fällen einer Brustkrebserkrankung vom Typ Luminal A trotz metastatischen Lymphknotenbefalles (pN1) auf adjuvante Chemotherapie verzichtet werden (bis dahin undenkbar), weil ein deutlich hormonrezeptor-positiver und gut differenzierter (G1/2) Tumor als nur gering chemosensitiv gilt. Diese Vorgehensweise muss allerdings noch durch prospektive Studien validiert werden. Der Luminal B Typ bedarf einer gesonderten Risikoabschätzung (siehe unten) und zumeist einer adjuvanten Chemotherapie. Der HER2-positive Subtyp wird immer zusammen mit dem Antikörper Trastuzumab chemotherapeutisch nachbehandelt. Als prognostisch ungünstigstes Mammakarzinom gilt der „triple-negative“-Status (TNBC), der immer einer adjuvanten Chemotherapie bedarf. Neueste Genomanalysen zeigen eine noch größere Anzahl an Subtypen wie auch Differenzierungen in der TNBC-Gruppe, so dass wir uns wohl erst am Anfang dieser Entwicklung befinden. Eine technisch mögliche, sehr viel weitergehende Krebsgenom-Analyse, wie sie ganz aktuell („Nature“ 10/2012) in einer großen Studie des „Cancer Genome Atlas Network“ in den USA erfolgte, ist zurzeit noch in seiner klinischen Anwendung begrenzt, da die entsprechenden differenzierten „Behandlungswerkzeuge“ fehlen. Obgleich in der aktualisierten S3-Leitlinie 2012 noch nicht als eindeutige Empfehlung formuliert, ist davon auszugehen, dass die Subtypologie („intrinsic taxonomy“) des Mammakarzinoms einen besseren Ansatz zur prognostischen und prädiktiven Differenzierung darstellt, als es die traditionelle TNM-Klassifikation ermöglicht. Anstelle einer rein deskriptiven anatomischen Charakterisierung des Tumors nach Größe oder Lymphknotenstatus erfolgt die Einschätzung anhand von Biomarkern, also (tumor-)zellulären Produkten, die messbar sind – wie u. a. Östrogenrezeptor, HER2-Überexpression, Ki-67-Gehalt. Ein Problem ist, dass in großen onkologischen Therapiestudien diese Diversifizierung bisher nicht berücksichtigt wurde, und daher viele Therapiestandards hinsichtlich der nun erkannten biologischen Heterogenität des Mammakarzinoms neu geprüft werden müssten. Eine zunehmende Differenzierung macht aber den Anteil studiengeeigneter Patienten statistisch unzulässig klein. Ein anderes Problem liegt in der intratumoralen Heterogenität, d. h. auch die jetzige Sichtweise ist angesichts der unterschiedlichen Tumorzell-Klone innerhalb eines Krebstumors vermutlich zu simplifiziert.

Ein weiterer Ansatz der Brustkrebs-Prognoseeinschätzung ist die Erstellung eines diagnostischen Genexpressionsprofils (GEP) am Tumorgewebe, welches z. B. zur Differenzierung der Luminal-Typ B-Subklasse herangezogen werden kann. Der zurzeit gebräuchlichste kommerzielle Test ist Oncotype DX („21-gene recurrence assay“), der 16 Gene mit prognostischer Relevanz und fünf Referenzgene untersucht und im Ergebnis drei (Rückfall-)Risikogruppen klassifiziert. Der Test ist für hormonrezeptor-positive Mammakarzinome zugelassen. In den USA wird Oncotype DX bereits häufig in der Routine eingesetzt und führt in bis zu 20 Prozent zu Therapie-Umentscheidungen. Diese Beispiele zeigen, dass sich die klassische anatomische / deskriptive Pathologie zur prädiktiven Molekularpathologie erweitert hat, woraus ein Informationsgewinn resultiert und sich die Gewebeanalysen direkter auf die individuelle Therapieentscheidung auswirken. Gleichzeitig wird deutlich, dass auch in der Pathologie eine Subspezialisierung vorteilhaft und notwendig ist, um diesen Entwicklungen gerecht zu werden. Auch hierfür gab es in Hamburg Vorbilder: H. E. Stegner, heute T. Löning und A. Niendorf.

In der adjuvanten System-Therapie des Mammakarzinoms wird das Motto „one size fits all“ somit abgelöst von einer „tailored and targeted strategy“. Ein merklicher Effekt dieser neuen Sichtweise besteht in einem Rückgang des Einsatzes der Zytostatikabehandlung des primären Mammakarzinoms, nachdem noch vor fünf Jahren der Trend zu einer umfänglichen Anwendung der adjuvanten Chemotherapie bestand. Es muss jedoch festgestellt werden, dass die neuen zielgerichteten Medikamente („-mabs“ und „-nibs“) auch „non-targeted Nebenwirkungen“ aufweisen (Abb. 13). Die Entwicklung einer personalisierten (besser: stratifizierten) Medizin betrifft nicht nur die medikamentöse Therapie, sondern zukünftig alle Bereiche der onkologischen Behandlung, d. h. die Diagnostik, die Operation und die Strahlentherapie.

## Strahlentherapie: Fester Bestandteil

Die Strahlentherapie ist Bestandteil der primären Brustkrebstherapie und hat ihren Einsatz sowohl nach brusterhaltender Operation (Standard beim invasiven Ca. und DCIS) als auch nach Mastektomie (in Risikofällen beim invasiven Ca.). Die Rate intramammärer Rezidive nach Brusterhaltung konnte so auf unter acht Prozent gesenkt werden, wobei eine Altersabhängigkeit besteht (Rezidiv-Risikofaktor: junges Alter). Eine Neuentwicklung stellt die intraoperative Radiotherapie (IORT) dar. Während der Primäroperation wird nach Entfernung des Tumors eine Strahlenquelle in die Wundhöhle und für 20 bis 40 Minuten eine 50kV-Röntgenbestrahlung appliziert (Abb. 14). Eine internationale Studie (TARGIT A) zeigte, dass hierdurch der externe so genannte „Boost“ ersetzt werden kann, sich die Bestrahlungszeit postoperativ um eine Woche verringert und die Lokalrezidivrate gesenkt zu werden scheint (< 2 Prozent in fünf Jahren). Eine aktuelle Studie soll untersuchen, ob in geeigneten Fällen (risikoarmes Patientenkollektiv) auf die siebenwöchige Nachbestrahlung gänzlich verzichtet werden kann, wenn die intraoperative Bestrahlung angewendet wird. Diese TARGIT-E-Studie wird zurzeit auch in Hamburg am Diakonieklinikum Hamburg, am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und am Krankenhaus Jerusalem durchgeführt.

Um die zusätzliche Bestrahlung des Lymphabflussgebiets gibt es seit Jahrzehnten kontroverse Diskussionen. Aktuell wird eine großzügigere Indikation empfohlen, weil hierdurch nicht nur lokale und lokoregionäre Rezidive, sondern auch Todesfälle durch Metastasierung vermieden werden können. In Metaanalysen ergab sich, dass die durch Strahlentherapie erzielte Vermeidung von vier Lokalrezidiven einen metastasierten Todesfall verhindert. Eine tumorbiologische Interpretation dieser Daten liegt u. a. darin, dass Lokalrezidive Tumorzellen mit höherem metastatischen Potenzial enthalten. Dies ist ein Hinweis darauf, dass einer sicheren lokalen Sanierung der Brustkrebserkrankung doch eine Bedeutung für die Heilung zukommt, womit ein Teilaspekt der Halsted-Doktrin eine Renaissance erfährt.



Doch weder die historische Halsted-Theorie der vornehmlich lokalen Erkrankung noch die jüngere Fisher-Hypothese der primär systemischen Erkrankung sind in der Lage, schlüssig zu erklären, warum in bestimmten Fällen die lokale Kontrolle bzw. Verhinderung eines Lokalrezidives eine Bedeutung für die Heilung hat.

Eine Antwort könnte eine neue Interpretation von Pagets „seed and soil“-Theorie geben: Nach einem „self-seeding“-Modell sollen Tumorzellen bzw. „circulating tumor cells“ (CTCs) nicht nur die Eigenschaft haben, in distante Organe zu metastasieren, sondern auch multidirektional aus der Peripherie zurück das Ausgangsorgan zu besiedeln. Nach dieser Hypothese wären Lokalrezidive als (retrograde Fern-) Metastasen zu verstehen. Diese Theorie könnte die häufig veränderte Tumorbiologie eines Rezidivtumors (z. B. Rezeptorverlust) erklären, wie auch den Effekt einer Bestrahlung, die möglicherweise das „Tumor Microenvironment“ so verändert, dass eine Rekolonisation wandernder Tumorzellen gestört wird, und über die Verhinderung eines Rezidivs (In Brust-Metastase) ein positiver Effekt auf das Überleben resultiert.

## Ausblick: Prädiktion und Kooperation

In der Onkologie setzen sich neue Sichtweisen durch. Ausschließlich organbezogene Ansätze (Brustkrebs, Eierstockkrebs etc.) werden abgelöst von der Erkenntnis, dass weniger der primäre Krebs-Entstehungsort, sondern die tumorbiologischen Eigenschaften dominanter Tumorzell-Klone prognose- und therapieentscheidend sind. So lassen sich unterschiedliche Brustkrebskrankungen voneinander differenzieren. Die anatomisch orientierte TNM-Klassifikation gerät ins Hintertreffen angesichts der molekularen Techniken zur Bestimmung von Parametern, die eine individuelle Vorhersage des Krankheitsverlaufs, aber auch des Ansprechens auf bestimmte Therapieformen ermöglichen. Ungezielt wirkende Zytostatika werden von einer selektiveren Therapie ergänzt, wenn nicht abgelöst. Die Zeit der ausschließlich auf die DNA bzw. Zellteilung zielenden Chemotherapie scheint abzulaufen („old time cancer treatment“) und die Ära der auf die veränderte Tumorzellbiologie (Signaltransduktion, Proteinstoffwechsel) gerichteten Therapeutika angebrochen.

Prädiktion und Biomarker-stratifizierte Therapieverbesserungen sind das aktuelle Thema und zugleich die Erwartung an die Zukunft der Brustkrebsbehandlung. Zusammen mit einer möglicherweise noch optimierbaren Frühdiagnostik und mit der reduzierten Radikalität und Invasivität operativer Massnahmen führt das zu einer geringeren Patientenbelastung und zu einer wahrscheinlich noch steigbaren Heilungsrate. Die zunehmende Komplexität onkologischer Behandlungskonzepte erfordert eine neue Qualität der Versorgungsstrukturen, z. B. die noch engere Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen. In Deutschland hat sich mit der Senologie (Lehre von der weiblichen Brust, frz: le sein) ein fachlicher Spezialbereich entwickelt, der seinen Ausdruck in einer eigenen wissenschaftlichen Gesellschaft und in der flächendeckenden Gründung von Brustzentren, die überwiegend von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind, gefunden hat. Die Bezeichnung „personalisierte onkologische Therapie“, die international für diese differenzierten Ansätze steht, ist weniger gelungen: Wie in der Vergangenheit sollte auch in Zukunft eine personalisierte bzw. persönliche Medizin in der Onkologie im Vordergrund stehen, nämlich in Person der Patientin und „in persona“ der sie individuell betreuenden Ärzte.

Literatur beim Verfasser.

### Prof. Dr. Christoph Lindner

Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg (DKH)  
 Chefarzt Frauenklinik mit zertifiziertem Brustzentrum  
 u. Gynäkologischem Tumorzentrum  
 E-Mail: christoph.lindner@d-k-h.de



Abb. 10: Chemiker Elwood Jensen (USA) identifizierte den Östrogenrezeptor und legte den Grundstein für das endokrine Behandlungskonzept (1968)



Abb. 11: Genetiker Charles M. Perou (USA) definierte die Genexpressions-Subtypologie (2000)

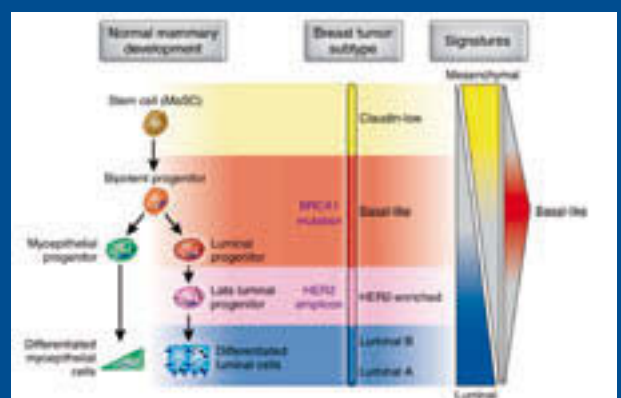


Abb. 12: Hierarchischer Stammbaum der Brustzell- bzw. Milchgang-Entwicklung und der korrelierenden malignen Entartung auf verschiedenen Differenzierungsstufen in unterschiedliche Brustkrebs-Subtypen mündend (Prat u. Perou, Nature Medicine, 2009)

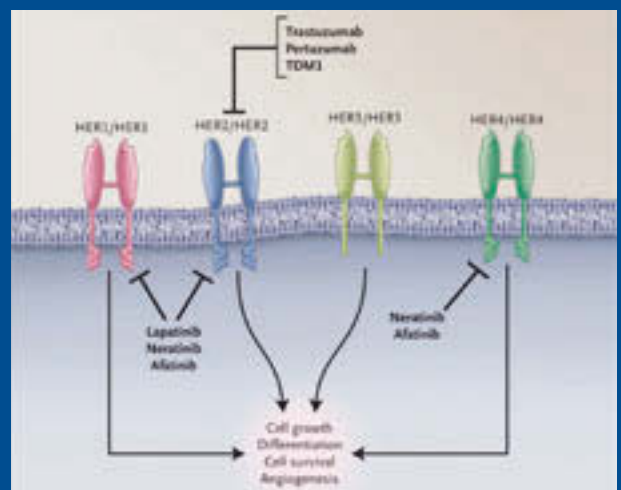


Abb. 13: Target-Onkologika gegen HER2-Rezeptoren: Monoclonal antibodies („-mabs“) und small molecules / tyrosinkinase inhibitors („-nibs“)

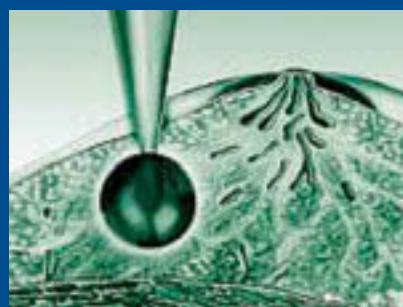


Abb. 14: Intraoperative Radiotherapie (IORT): Während der Primäroperation wird nach Entfernung des Tumors eine Strahlenquelle in die Wundhöhle und für 20 bis 40 Minuten eine 50kV-Röntgenbestrahlung appliziert

**Ärzteproteste** Das einheitliche Auftreten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten setzt Impulse für die Honorarverhandlungen. Welche Rolle spielt die KV dabei? Ein Gespräch mit Dr. Michael Späth, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung.

Von Jochen Kriens

# „Wenn wir die KV nicht hätten, müssten wir sie heute erschaffen ...“

Die Honorarverhandlungen der vergangenen Wochen sind von dem engagierten Protest vieler niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten begleitet worden. Und das nicht ohne Grund: Der fundamentale Dissens von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen scheint in eine neue Ära eingetreten zu sein. Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, sieht die Grundlage zur weiteren Erfüllung des Sicherstellungsauftrags auf Seiten der Ärzteschaft als stark erodiert. Ist die auf Bundesebene erfolgte Einigung ein erster Schritt zu einem neuen Konsens? Das Hamburger Ärzteblatt sprach mit Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, über den Honorarstreit, die Auswirkungen für Hamburg und die Bedeutung der KV in einer stürmischen Zeit.

**Herr Dr. Späth, in den Honorarverhandlungen auf Bundesebene ist eine Einigung erzielt worden: Eine bundesweite Honorarsteigerung zwischen 3,6 Prozent und 3,9 Prozent und der weitgehend extrabudgetäre Status der Psychotherapie, um zwei wesentliche Ergebnisse zu nennen. Können Ärzte damit zufrieden sein?**

Die Ärzte und Psychotherapeuten werden damit letztlich nicht zufrieden sein. Wenn ich hier im weiteren von Ärzten spreche, dann meine ich damit immer auch alle unsere Psychotherapeuten. Das ist einer von vielen Kompromissen, die wir in den letzten Jahren haben schließen müssen. Vor dem Hintergrund der ersten Verhandlungsrunde ist dies zwar ein deutlich besseres Ergebnis. Aber es sind nur Eckpunkte, die noch ausgefüllt werden müssen. Dann wird man sehen, wo die Probleme stecken und wie es mit der kompletten extrabudgetären Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen, einer unserer wichtigsten Forderungen, tatsächlich aussieht.

**Herr Dr. Köhler spricht in seiner Erläuterung der Ergebnisse davon, dass der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen deutlich mehr hat nachgeben müssen als die KBV. Sie behaupten, dass auch vor dem Hintergrund der Einigung viele zentrale Probleme ungelöst bleiben. Welche sind das?**

Das Hauptproblem ist der Punktwert für ärztliche Leistungen von 3,5 Cent. Wir vergessen nicht, dass der Punktwert ursprünglich unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten auf 5,11 Cent kalkuliert wurde. 30 Prozent Zwangsrabatt beim Preis sind allein schon ein Skandal. Unsere Kernforderung ist: Jede Leistung hat einen definierten betriebswirtschaftlichen Preis, und der muss auch bezahlt werden! Das heißt, es muss eine Einzelleistungsvergütung mit festen Preisen geben. Der zweite Schritt ist, dass nicht nur Kontingente, sondern alle Leistungen bezahlt werden müssen. Insofern stellt sich die Frage, ob die KBV tatsächlich weniger nachgegeben hat als die Kassen. Ich sehe das nicht so, denn wir haben seit 2008 eine Kostensteigerung von elf Prozent. Diese wird allerdings weitgehend außen vor gelassen.

**Der Protest der Ärzte hat den Verhandlungen einen deutlichen Impuls verliehen. Müssen sich Ärzte darauf einstellen, künftig jedes Mal so eine Tarifaueinandersetzung führen zu müssen?**

Das ist ja im Wesentlichen ein neues Phänomen. Wobei es schon eine skurrile Situation ist: Tarifaueinandersetzungen gibt es bei Angestellten. Und wir verhalten uns fast alle so, als wären Vertragsärzte und -psychotherapeuten Angestellte, weil wir immer noch darüber reden, dass der Arzt ein bestimmtes Durchschnittseinkommen hat. Doch Vertragsärzte sind selbstständige Unternehmer. Betriebswirtschaftlich betrachtet hat ein Arzt,

der 5.000 Euro netto im Monat verdient, letztlich ein Betriebsergebnis von Null. Er hat einen Betrieb, der ohne Gewinn arbeitet, den er somit nicht mehr verkaufen kann, weil er so keine Zukunft hat. Die 5.000 Euro sind der Arztlohn in einem Praxisbetrieb; der Betrieb muss aber auch ein positives Ergebnis, einen Gewinn erwirtschaften, damit der Arzt als Unternehmer Rücklagen bilden, langfristigen Verbindlichkeiten nachkommen und investieren kann. Viele können all das nicht mehr. Und das muss sich ändern.

**Wenn nun auf Bundesebene die groben Rahmenbedingungen vorgegeben worden sind, welche Möglichkeiten gibt es jetzt auf regionaler Ebene, diese Probleme einer Lösung zuzuführen?**

Wir müssen etwas ändern, weil der Zustand sonst auch für die Patienten nicht mehr hinnehmbar sein wird. Wir haben in Hamburg eine besondere Situation, der Name „Medizinmetropole“ ist ja nicht nur ein Schlagwort, sondern beschreibt, dass Hamburg als Schwerpunktregion den ganzen Norden versorgt. Gerade in der hochspezialisierten Versorgung kommen Patienten aus Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen nach Hamburg. Deshalb bedarf es hier besonderer Rahmenbedingungen, für welche die Politik sorgen muss – das ist überlebenswichtig für die betroffenen Patienten und ihre behandelnden Ärzte. Die Krankenkassen werden immer argumentieren, dass Hamburg teuer sei, das tun sie seit Jahrzehnten. Natürlich ist Hamburg teuer, es wäre merkwürdig, wenn es anders wäre, eben weil wir die anderen mitversorgen und das besonderes in den hoch kostenintensiven Bereichen. Wir leisten 30 Prozent Umlandversorgung. Das müssen die umliegenden Länder, deren Bürger und Patienten davon profitieren, stärker mitfi-

nanzieren. Das vor allem muss sich in den Verhandlungen und den Ergebnissen hier in Hamburg niederschlagen.

**In der jetzigen Situation wird die Bedeutung der KVen besonders deutlich. Trotzdem gibt es Stimmen, die deren Abschaffung fordern. Was macht die Relevanz der KV und ihre Existenzberechtigung heute aus?**

Wenn wir die KV nicht hätten, dann müssten wir sie heute erschaffen. Kein Arzt könnte zu so günstigen Bedingungen mit rund 200 Krankenkassen abrechnen. Die KV hat einen Verwaltungsbeitrag von rund 2,5 Prozent. Das ist konkurrenzlos, das wird auch kein anderer Anbieter hinkriegen. Aber das ist nur der eine Aspekt. Es gibt auch keine Institution, die das Verhandlungsgeschäft so gut kennt wie die KV. Ohne KVen gäbe es keine Verhandlungen auf Augenhöhe mit den Krankenkassen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts konnten sich Krankenkassen einzelne Ärzte herauspicken und mit ihnen

Verträge schließen. Sie nutzten die Situation schamlos aus. Wenn man damals einen Arzt mit Anzug, weißem Hemd und Krawatte gesehen hat, dann war er auf dem Weg zu einer Krankenkasse, um einen Vertrag zu bekommen. Hatte er keinen Erfolg, dann sah es für die Familie schlecht aus. Das hat die Ärzte so in Wut versetzt, dass sie auf die Straße gegangen sind. Es führte zur Entstehung der KV und des Sicherstellungsauftrags. Verglichen mit der damaligen Situation geht es uns heute deutlich besser. Die Grundlage dieses Wandels aber sind die KVen gewesen. Und dafür stehen wir ganz zu recht auch heute noch.

**Köhler hat in seiner Rede davon gesprochen, dass die Voraussetzungen für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags weggebrochen seien. Können die Ärzte den Sicherstellungsauftrag eigentlich zurückgeben?**

KVen oder KBV können den Sicherstellungsauftrag leider nicht zurückgeben. Das ist ja kein Gegenstand. Die KV und ihre Mitglieder können lediglich sagen: Wir können unter diesen Bedingungen nicht mehr arbeiten. Das könnte dazu führen, dass alle Ärzte und Psychotherapeuten ihre Zulassung abgeben. Denn mit dieser Zulassung haben sie sich verpflichtet, gesetzlich krankenversicherte Patienten zu behandeln, und zwar unter den Bedingungen dieses GKV-Systems. Wenn ihnen dieses System aber die wirtschaftliche Basis entzieht, dann ist diese Arbeit nicht mehr zu leisten. In dem Fall wäre der Sicherstellungsauftrag automatisch bei den Krankenkassen, wobei sich in letzter Konsequenz die Frage stellt, ob die Kassen in der Lage sind, diesen Auftrag zu erfüllen. Das darf wohl bezweifelt werden.

**Wo sehen Sie aus ihrer berufspolitischen Erfahrung das Hauptproblem bei den Ärzten?**

Was ich im Grunde nicht verstehe, ist, dass Ärzte sich immer noch so behandeln lassen. Es handelt sich bei ihnen um Menschen, die einen verantwortungsvollen Beruf ergriffen haben, die lange Jahre eine intensive Ausbildung durchlaufen haben, sechs Jahre Studium, in der Regel mindestens sechs Jahre Wei-



Der neue KVH-Pressesprecher Jochen Kriens (r.) im Gespräch mit Dr. Michael Späth

terbildung und Facharztanerkennung, dann viele Jahre Arbeit im Krankenhaus. Wenn sie sich niederlassen, haben sie im Schnitt zwölf bis 15 Jahre Aus- und Weiterbildung hinter sich, sehr anspruchsvoll, akademisch – und dann werden sie schlechter behandelt als Handwerker. Sie lassen es mit sich machen, weil sie altruistisch geprägt sind und immer nur das Wohl des Patienten im Auge haben, auch auf die Gefahr hin, dass ihr eigenes Leben und ihre eigene Existenz darunter leidet. Diese Erfahrungen haben Politiker über Jah-

re gemacht, und natürlich auch die Kassenvertreter. Und das nutzen sie aus.

**Welchen Weg schlagen Sie den Ärzten vor?**

Ich glaube, es ist an der Zeit, dass Ärzte auch wieder das Selbstvertrauen und ihre Würde in den Mittelpunkt stellen, um zu sagen: Wir haben einen hochverantwortungsvollen Beruf, Menschenleben hängen von unserer Arbeit ab, mehr noch als bei Piloten – und das jeden Tag zwölf Stunden. Die Ärzte und Psychotherapeuten müssen sich die Sorgen der Patienten anhören, ihren Kummer aufnehmen – das kann man mit Geld gar nicht bezahlen. Deswegen muss dieser Einsatz aber wenigstens mit Würde und Anerkennung belohnt werden.

**Wie sehen Sie die gesundheitspolitische Entwicklung in den nächsten fünf Jahren?**

Ein entscheidender Einflussfaktor auf die gesamte Entwicklung ist die Demografie. Wir haben eine hohe Lebenserwartung. Die Menschen brauchen medizinische Versorgung sehr viel länger auf immer höherem Niveau. Das heißt: Der Bedarf wird immer mehr steigen. So wie man mit den Ärzten in den letzten zehn Jahren umgegangen ist, werden nicht genügend zur Verfügung stehen, die dieses steigende Angebot befriedigen können. Das ist meine Sorge. Die Politik wäre klug beraten, sich frühzeitig darauf einzustellen und jetzt schon dafür zu sorgen, dass die Bedingungen sich für die Ärzte und Psychotherapeuten verbessern, damit es wieder genügend Jüngere gibt, die bereit sind, sich zu engagieren.

Praxis-Logo

Praxis-Flyer

Praxis-Homepage

Praxis-Fotos

Praxis-Schilder

Praxis-Raumdesign



Von DOCINSIDER empfohlen

PraxisPräsenz  
StudioSzczesny | KOMMUNIKATION



Individuelles Praxismarketing  
für Ärzte

Ein attraktiver Auftritt bindet Patienten und gewinnt neue. Wir setzen ihre Praxis oder Klinik ins rechte Licht – kompetent und verständlich.

StudioSzczesny · Inh. Natascha Hennings  
Kaiser-Wilhelm-Str. 93 · 20355 Hamburg · Tel. 040 552 48 12  
mail@praxispraesenz.com · [www.praxispraesenz.de](http://www.praxispraesenz.de)

## Vertreterversammlung

Für die Honorarverhandlungen auf regionaler Ebene hat die KV Hamburg eine harte Gangart angekündigt. Ärzte und Psychotherapeuten rüsten sich für Protestmaßnahmen.

Von Martin Niggeschmidt



Auch Praxisschließungen gehören zum Repertoire der Kampfmaßnahmen

# „Das soll stören!“

Die KV Hamburg (KVH) bereitet sich auf eine schwere Auseinandersetzung mit den Krankenkassen vor. „Wir sind an einem Wendepunkt angekommen“, sagte Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVH, zu Beginn der Sitzung des Gremiums am 20. September 2012. Angesichts eines Überschusses von 20 Milliarden Euro bei den Krankenkassen habe es in der Ärzteschaft selbstverständlich die Erwartung gegeben, dass die unnötigen Sparopfer von 2011 und 2012 ausgeglichen würden, so Späth. „Doch davon kann keine Rede sein.“

Für die Verhandlungen auf regionaler Ebene kündigte die KVH-Führungsspitze eine harte Gangart an. „Die Hamburger Krankenkassen sind derzeit überhaupt nicht auf partnerschaftliche Weise anzusprechen“, so Späth. „Wäre es nicht verantwortungslos gegenüber unseren Patienten, alles klaglos hinzunehmen? Heute sind Praxisschließungen noch ein Notsignal, das beendet werden kann. Geht die von den Kassen betriebene Austrocknung der ambulanten Versorgung so weiter, sind die dadurch bedingten Praxisschließungen endgültig. Dann lassen wir unsere Patienten tatsächlich im Stich.“

## Hamburger Forderungen

Der KVH-Chef Dieter Bollmann erläuterte die Grundforderungen der Ärzteseite: „Wir verlangen, dass die Kassen Strukturzuschläge für die Versorgerpraxen im haus- und kinderärztlichen Bereich bezahlen und dass sie förderungswürdige Leistungen bedienen“, so Bollmann. „Außerdem müssen die Haus- und Heimbefuche extrabudgetär honoriert werden.“ Eine Forderung, die bereits auf Bundesebene gestellt worden war, wird von der KVH nachdrücklich aufrechterhalten:

Die Psychotherapie müsse komplett extrabudgetär gestellt werden. Der Leistungskatalog der extrabudgetären Leistungen von 2008 solle mitsamt der damals gültigen Preise wiederhergestellt werden. Was die Steigerung des Honorarbudgets angehe, müsse die Morbidität zu 100 Prozent berücksichtigt werden. „Eine Berücksichtigung der Demografie nützt nichts“, so Bollmann. „Wir brauchen kein Geld dafür, dass die Menschen älter werden, sondern dafür, dass sie intensiver versorgt werden müssen.“

## Auf dem Prüfstand

Die Vertreterversammlung beschloss, am 7. November 2012 eine Vollversammlung aller Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Kongresszentrum CCH abzuhalten. Dort sollen die bis dahin vorgelegten Angebote der Krankenkassen diskutiert werden. „Auch konstitutive Elemente des KVH-Systems wie der Sicherstellungsauftrag müssen auf den Prüfstand gestellt werden“, so Bollmann. Der Sicherstellungsauftrag sei in den vergangenen Jahrzehnten immer weiter erodiert. „Der ambulante Sektor wurde geöffnet, es gibt integrierte und hochspezialisierte Versorgung sowie Hausarztmodelle ohne Beteiligung der KVH.“ Nun stelle sich die Frage, unter welchen finanziellen Bedingungen der Rest der vertragsärztlichen Versorgung überhaupt noch aufrechterhalten werden könne.

Um hierüber Klarheit zu erhalten, schlug die KVH-Führungsspitze die Erarbeitung eines Not-Honorar-Verteilungsmaßstabs (Not-HVM) vor. „Not-HVM, das bedeutet: Vom Geld, das zur Verfügung steht, wird der Kernbereich der Versorgung zum offiziellen Preis vergütet“, erläuterte Späth. „Wenn die

Grundpauschalen voll bezahlt werden, wird für den Rest nicht mehr viel übrig bleiben.“ Regelleistungsvolumina (RLV) und Qualitätsgebundene Zusatzvolumina (QZV) werde es in einem Not-HVM wohl nicht mehr geben. Die Details entwickeln und den Verteilungsschlüssel juristisch unangreifbar machen – diesen Auftrag erteilte die Vertreterversammlung dem KVH-Vorstand. „Der Not-HVM ist kein Droh-Szenario, sondern eine echte Option, um Transparenz darüber herzustellen, inwieweit die Versorgung ausfinanziert ist“, so Bollmann.

Vom Votum der ärztlichen und psychotherapeutischen Basis auf der Vollversammlung am 7. November wird es mit abhängen, ob der Not-HVM tatsächlich in Kraft gesetzt wird und welche Protestaktionen durchgeführt werden. „Unsere Chancen stehen diesmal gar nicht schlecht“, sagte Dr. Dirk Heinrich, der als Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes bundesweit die Proteste koordiniert. „Eine so große Einigkeit zwischen Berufsverbänden und Körperschaften gab es schon lange nicht mehr. Ich kann alle Berufsverbände nur bitten, ihre Partikularinteressen hintanzustellen.“

## Kronzeuge der Gegenseite?

Vor diesem Hintergrund kontrovers diskutiert wurden die Stellungnahmen, die Dr. Frank Stüven, Schriftführer des Hamburger Hausärztesverbandes, in verschiedenen Medien abgegeben hatte. „Jetzt gehen die Ärzte aufeinander los“, hatte die Hamburger Morgenpost am 14. September 2012 getitelt, weil Stüven die Frage der Honorarverteilung zwischen den Arztgruppen in den Vordergrund gerückt hatte, während die Honorarverhandlungen auf Bundesebene noch liefen.

„Der Morgenpost-Artikel war katastrophal für uns alle“, sagte die Bergedorfer Hausärztin Dr. Silke Lüder. Und Dr. Dirk Heinrich kritisierte: „Mit solchen Veröffentlichungen wird man zum Kronzeugen der Gegenseite.“ Wenn man während der Verhandlungen die Ansicht an die Öffentlichkeit trage, das Geld sei falsch verteilt, werde sofort der Rückschluss gezogen: Dann reicht das Geld ja! „Das ist natürlich Unsinn“, so Heinrich. „Sie können nicht 50.000 unterbezahlte Hausärzte und wohnortnahe Fachärzte mit dem Geld von 1.500 Radiologen bezahlen. Das funktioniert nicht, und das dürfte doch jedem klar sein.“

Verständnis für Stüvens eigentliches Anliegen zeigte Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverbandes deutscher Internisten (BDI). „Ich bin ganz bei Ihnen: Wir müssen eine finanzielle Besserstellung zwischen den Arztgruppen unterschiedlich gewichten. Doch zunächst mal müssen wir diese finanzielle Besserstellung erreichen.“

## Streiks sind adäquates Mittel

Dass auch Praxisschließungen zum Repertoire möglicher Kampfmaßnahmen gehören werden, war in der Vertreterversammlung unstrittig. „Natürlich ist es möglich, einen Notdienst zu organisieren und die Praxen mal ein paar Tage dicht zu machen“, sagte Dr. Michael Reusch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. „Wir sollten das alles nicht so überhöhen nach dem Motto: Bin ich noch Arzt oder streike ich schon?“ Eigentlich sei alles ganz einfach: „Mit solchen Aktionen werden in unserer Gesellschaft Konflikte ausgetragen und Interessen durchgesetzt. Man kann nicht erwarten, dass das Feuilleton begeistert rauscht, weil wir mehr Geld haben wollen. Ich bin auch nicht begeistert, wenn Piloten streiken. Das soll stören, das muss stören, denn das gehört zum Spiel. Wir sind Leistungsträger und haben das Recht und die Pflicht, dafür zu sorgen, dass unser Laden läuft.“

## Grippeimpfung: Chaos in Hamburg

**Der stellvertretende Vorsitzende** der Vertreterversammlung, Dr. Stephan Hofmeister, kam verspätet in die laufende Sitzung. Er hatte zuvor an einem Gespräch zwischen Vertretern der Krankenkassen, der Gesundheitsbehörde und der KV zur Grippeimpfsituation in Hamburg teilgenommen. Hofmeister berichtete, die Krankenkassen hätten in dieser Saison einen Rabattvertrag mit der Firma Novartis Vaccines abgeschlossen, die den bestellten Impfstoff (Begrival ohne Kanüle) aber nicht liefern könne.

**Als Ersatz dafür** hätten die Krankenkassen die ebenfalls von Novartis Vaccines hergestellten Produkte Fluad und Optaflu freigegeben. »Optaflu ist nur für Personen über 18 Jahren zugelassen, Fluad ist ein adjuvantierter Impfstoff für Personen ab 65 Jahren«, erläuterte Hofmeister. »Kinder sind davon also nicht abgedeckt, deshalb können Kinder- und Jugendärzte den Impfstoff im Rahmen der Wirtschaftlichkeit frei wählen.« Hofmeister berichtete, die Vertreter von Novartis Vaccine hätten den Beginn der Impfstoff-Auslieferung für die 39. Kalenderwoche zugesagt. Die Ärzteseite habe im Gespräch mit den Krankenkassen und Behördenvertretern auf die Probleme hingewiesen, die sich aus einer verspäteten Aufnahme der Impftätigkeit und dem möglichen Einsatz von Optaflu ergeben könnten. »Für die Durchimpfungsraten spielen immer auch emotionale Faktoren eine Rolle«, so Hofmeister. »Da wäre eine Diskussion um die Eignung von Impfstoffen kontraproduktiv.« **Schon jetzt sei absehbar**, dass der Grippe-Impfschutz der Bevölkerung absinken werde. Etwa zwei Millionen Euro

sparen die Krankenkassen nach Einschätzung Hofmeisters durch die Rabattvereinbarungen. »Und dafür fahren sie in dieser Saison die Grippeimpfung gegen die Wand. Das ist himmelschreiend.« Hofmeister berichtete, Teilnehmer der Gesprächsrunde hätten angeregt, eine gemeinsame Erklärung zur Sicherheit und Unbedenklichkeit von Optaflu vorzubereiten. »Ich denke nicht, dass wir uns daran beteiligen«, so Hofmeister. **Umstritten blieb** unter den Mitgliedern der Vertreterversammlung die Frage, ob sich die Ärzte auf die Position zurückziehen können, die Verantwortung für die Wahl des Grippeimpfstoffs liege bei den Krankenkassen. Optaflu sei ein zugelassener Impfstoff und die pharmakologische Diskussion nicht Sache der Ärzte, argumentierten die einen. Andere schlugen vor, man solle den Patienten zumindest mitteilen, dass Optaflu ein neuer Impfstoff sei, mit dem man selbst noch keine Erfahrung habe. Allerdings wurde betont: Mit einem von den Krankenkassen nicht freigegebenen Impfstoff könne ein Patient nur geimpft werden, wenn er eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung seiner Krankenkasse vorlege oder privat zahle.

### Anmerkung der Redaktion:

*Weil auch die in Aussicht gestellten Ersatz-Impfstoffe zu Beginn der Grippezeit nicht flächendeckend zur Verfügung standen, mussten die Krankenkassen die Wahl der Impfstoffe freigeben. Doch damit waren die Engpässe nicht beseitigt: Am 25. Oktober 2012 widerrief das Paul-Ehrlich-Institut wegen möglicher Nebenwirkungen die Freigabe einiger Chargen der Impfstoffe Begrival und Fluad, die auch in Hamburg eingesetzt wurden.*

## Zurück ins Leben

Hilfe bei Depressionen, Sucht, Burn-out und Angststörungen

Beratung und Infos (kostenfrei)

**0800 32 22 322**

  
**Oberberg**

Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

Schnelle und nachhaltige Hilfe durch hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte. Grundlage des Heilungsprozesses bildet das individuelle emotionale Profil und der achtsame Umgang mit den Ressourcen unserer Patienten. Eine Sofortaufnahme ist auch im akuten Krankheitsstadium möglich. Direktkontakt zu unseren Chefärzten finden Sie unter [www.oberbergkliniken.de](http://www.oberbergkliniken.de)

Die Standorte: Berlin/Brandenburg, Schwarzwald, Weserbergland



## Präventionsstrategien

Durch welche Maßnahmen lässt sich der Infektionsschutz verbessern? Fachleute referierten zu Beginn des Hamburger Gesundheitstages in der Ärztekammer.

Von Sandra Wilsdorf

# „Hygiene gibt es nur, wenn alle mitmachen!“

„Hygienestandards sind immer so lange zu hoch, bis etwas passiert. Dann aber sind sie meist nicht hoch genug.“ Mit diesen Worten beschrieb Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks bei der Eröffnung des 6. Hamburger Gesundheitstages am 10. Oktober 2012 die Ambivalenz des diesjährigen Mottos „Hamburg steht für Hygiene“.

Die sehr gut besuchte Auftaktveranstaltung im Ärztehaus richtete sich in erster Linie an Fachpublikum aus Medizin, Pflege und Öffentlichem Gesundheitsdienst. Senatorin Prüfer-Storcks verdeutlichte: Es ginge bei dem Thema um Extremsituationen wie im vergangenen Jahr die EHEC-Krise sowie ein Jahr zuvor die H1N1-Pandemie, aber auch um ständige Herausforderungen wie den Kampf gegen multiresistente Keime in Kliniken und Pflegeheimen: „Wir haben dazu in Hamburg eine Hygieneoffensive gestartet. Dazu gehören auch die verstärkten Aktivitäten zur Aus- und Fortbildung von Hygienefachkräften.“

## Management anpassen

Für den Vorstand der Ärztekammer Hamburg sagte Günther van Dyk in seinem Grußwort: „Hygiene ist Grundvoraussetzung einer guten Medizin. Das Problem ist nur: Sie gilt vielen als Selbstverständlichkeit, um die man sich nicht weiter kümmern muss. Wie falsch das ist, merken wir immer dann, wenn Hygiene irgendwo fehlt und uns das gewaltige Probleme bereitet.“

Dr. Andreas Gilsdorf, Abteilung für Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut, schilderte „Hygienemanagement in besonderen Infektionslagen“ und spannte dabei den Bogen von der Hamburger Choleraepidemie 1892 bis zum Norovirus, der vor einigen Wochen über 11.000 Menschen in den östlichen Bundesländern, überwiegend Kinder und Jugendliche, nach dem Verzehr tiefgefrorener Erdbeeren befallen hatte.

Ziele der Präventionsstrategie seien Zeit zu gewinnen, Verzögerung und Abflachung der epidemischen Kurve, Begrenzung von Morbidität und Mortalität sowie Reduzierung der Belastung des Gesundheitssystems. „Wie diese Ziele umgesetzt werden, hängt von der Art der Infektionslage ab. Das wird immer angepasst“, sagte Gilsdorf und erläuterte das am Beispiel der H1N1-Pandemie: In den ersten Tagen sei das Ziel die Eindämmung und Verzögerung gewesen. Dafür seien beispielsweise aktiv Fälle gesucht, jeder Verdachtsfall gemeldet und im Labor abgeklärt, jeder Betroffene isoliert worden.

In der mittleren Phase sei es vorwiegend um den Schutz besonders vulnerabler Gruppen gegangen, in der dritten Phase um das Senken der Morbidität. Dafür gab es allgemeine Hygieneempfehlungen, gezielte Labordiagnostik und Therapie sowie Impfungen. Die Suche nach dem Erreger dauert ganz unterschiedlich lange: „Bei EHEC war es extrem schwierig, weil die Sprossen oft nur Dekoration waren, an dessen Verzehr sich viele Men-

schen nicht mehr erinnert haben. Außerdem kannten wir die Inkubationszeit zunächst nicht.“ Bei dem Norovirus Anfang Oktober sei hingegen schnell klar gewesen, dass Betroffene in Schulen oder Kindergärten gegessen hätten. „Wir haben schon einiges von dem umgesetzt, was wir aus der EHEC-Krise gelernt haben“, so Gilsdorf. Beispielsweise Online-Befragungen. Auch das Meldewesen soll stärker als bisher online-gestützt sein.

## Infektionsschutz verbessern

Um „fachliche Hintergründe der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes“ ging es in einem Vortrag von Prof. Martin Mielke, Leiter der Abteilung Infektionskrankheiten am Robert Koch-Institut. Verbunden mit dem neuen Gesetz war vor allem das Ziel, nosokomiale Infektionen mit schwierig zu behandelnden Erregern besser begegnen zu können. Dabei geht es um Infektionen, die Patienten in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen erleiden. Anders als bei sich rasant entwickelnden Infektionslagen, „steht bei der nosokomialen Infektion die Disposition des Patienten im Mittelpunkt“, so der Wissenschaftler. Besonders gefährdet seien sehr junge (Frühgeborene), sehr alte und sehr kranke Menschen (auf Intensivstationen). Das Infektionsschutzgesetz sehe nun zwei Kommissionen beim Robert Koch-Institut vor, die für Krankenhäuser und Arztpraxen verbindliche Empfehlungen verabschieden sollen: Die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) sowie die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO).

Mielke verdeutlichte den Zusammenhang multiresistenter Keime und den Einsatz von Antibiotika: „Das zentrale Problem ist die Antibiotikaresistenz nosokomialer Erreger“, sagte er und forderte eine Optimierung der perioperativen Antibiotika-Prophylaxe.

Denn in deutschen Kliniken bekäme jeder vierte, auf Intensivstationen jeder zweite Patient Antibiotika – bei 30 Prozent prophylaktisch, bei knapp 30 Prozent ohne Dokumentation einer Indikation. Problematisch, weil kaum behandelbar, seien Patienten mit so genannten vierfachresistenten Erregern. Vergleicht man innerhalb Europas, so wird deutlich, dass die MRSA-Belastung von Land zu Land, Region zu Region, von Einrichtung zu Einrichtung und Station zu Station sehr unterschiedlich seien – eine Tatsache, aus der sich ein großes Präventionspotenzial ableiten lässt.

## Resistente Keime eindämmen

Über die MRE/MRSA-Netzwerkarbeit in Hamburg berichtete Dr. Kirsten Bollongino vom Fachamt Gesundheit Hamburg-Nord: Nach einer Befragung der Hamburger Kran-

kenhäuser zu resistenten Erregern habe sich eine Netzwerk-Arbeitsgruppe der Krankenhäuser gebildet. Um die Rate der Übertragungen resistenter Erreger zu reduzieren, sollten Standards, vergleichbare Dokumentation und externe Qualitätssicherung entwickelt werden. Die niedergelassenen Ärzte seien in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingebunden. Als nächstes kommen ambulante Pflegedienste und Krankentransportunternehmen hinzu. Denn, so die Ärztin: „Das Problem muss institutionenübergreifend angegangen werden.“ PD Dr. Heinz-Michael Just, Chefarzt des Instituts für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie am Klinikum Nürnberg und Mitglied der KRINKO, wies auf praktische Probleme bei der Infektionsprävention in Heimen und Pflegeeinrichtungen hin: „Oft sind es die Übergänge wie beispielsweise der Krankentransport oder der Übergang von der Klinik ins Pflegeheim – da darf ich als Arzt wegen der Schweigepflicht nicht einmal über eine MRSA-Besiedlung informieren.“ Das neue Infektionsschutzgesetz bürde dem behandelnden Arzt zusätzliche Ver-

antwortung und Dokumentationspflichten auf: „Er ist dafür verantwortlich, dass die Hygienestandards eingehalten werden und muss das dokumentieren, ebenso wie jede Abweichung.“

## Fortbildung Krankenhaushygieniker/in

Eine Fortbildung zum/zur Krankenhaushygieniker/in bietet die Ärztekammer Hamburg in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern Bremen und Schleswig-Holstein im kommenden Jahr. Voraussetzungen sind eine abgeschlossene klinische Facharztweiterbildung oder der Facharzt Öffentliches Gesundheitswesen. Ferner sollte das Modul I, das zur Qualifikation als »Hygienebeauftragter Arzt« führt, absolviert worden sein.

**Inhalte der Fortbildung:** Organisation der Hygiene, Grundlagen der Mikrobiologie, bauliche und technische Hygiene, gezielte Präventionsmaßnahmen, Qualitätssichernde Maßnahmen und Ausbruchmanagement. Die Fortbildung geht von April 2013 bis Mai 2014 in Modulen, immer montags bis donnerstags von 10 bis 17 Uhr, Veranstaltungsort ist Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14. Mehr Informationen unter Tel. 20 22 99-300.

Viele Menschen sind Träger von MRSA-Keimen, ohne es zu wissen. Dr. Hartmut Horst, MRSA- und Pandemiebeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg forderte ein Screening: Sinnvoll wäre es, wenn Kliniken Patienten bei Aufnahme auf multiresistente Keime untersuchen würden. Die Krankenkasse zahlt die Untersuchung aber nur unter bestimmten Voraussetzungen, so muss der Patient beispielsweise schon einmal positiv auf MRSA getestet worden sei. Horst berichtete, dass einige private Kliniken in einer Kooperation mit niedergelassenen Ärzten Patienten vor geplanten Eingriffen auf MRSA untersuchen ließen – auf Kosten der Klinik.

Alle Vortragenden waren sich einig: Multiresistente Keime sind als Problem erkannt, und es gibt auf verschiedenen Ebenen Aktivitäten, sie zu bekämpfen. Wie effektiv das ist, hängt von der Umsetzung vor Ort ab. Oder, wie Günther van Dyk sagte: Für eine saubere Umgebung zu sorgen, dafür brauche man Methoden, vor allem aber Menschen, die sie anwendeten. Denn: „Hygiene gibt es nur, wenn alle mitmachen!“

# Kolloquium

## 55. Kolloquium

22. November 2012 • 19:00 Uhr • Albertinen-Krankenhaus

## Interdisziplinäre Behandlung der Aortendissektion

MRT-Bildgebung bei Aortendissektionen • Chirurgische Techniken zur Behandlung von thorakalen Aortendissektionen • Therapieoptionen bei Aortenpathologien durch endovaskuläre und Hybrid-Verfahren

Ausführliche Information und Online-Anmeldung unter  
[www.albertinen-kolloquium.de](http://www.albertinen-kolloquium.de)

Seit dem 19. Januar 2006 findet in regelmäßigen Abständen das Albertinen-Kolloquium statt, auf dem wir über neue Entwicklungen im Bereich der verschiedenen Fachdisziplinen des Albertinen-Krankenhauses und des Ev. Amalie Sieveking-Krankenhauses informieren möchten. Die Veranstaltungen werden bei der Ärztekammer Hamburg zur Akkreditierung als Fortbildungsveranstaltungen angemeldet. Wir freuen uns auf Ihr Kommen.



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

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. Dezember, 18 – 19 Uhr	Montagskolloquium „Kommunikationstraining“	VDBW, Auskunft: Herr Stöcker, E-Mail: <a href="mailto:u.stoecker@amz-reinbek.de">u.stoecker@amz-reinbek.de</a>	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld, 14
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm.: Tel.: 18 18 81 – 0 oder E-Mail: <a href="mailto:info.altona@asklepios.com">info.altona@asklepios.com</a>	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus, Institut für Pathologie, Anm. unter Tel.: 25 46 – 27 02, <a href="http://www.marienkrankenhaus.org">www.marienkrankenhaus.org</a>	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. Montag im Monat, 18 s.t. – 19.30 Uhr	Montagskolloquium: „Prävention mit dem gesunden Maß an Medizin“	VDBW, Auskunft: Herr Stöcker, E-Mail: <a href="mailto:ulrich.stoecker@vdbw.de">ulrich.stoecker@vdbw.de</a>	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld, 14
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	AK Harburg, Chirurgie, Anm. unter Tel.: 18 18 86 – 0 oder <a href="mailto:info.harburg@asklepios.com">info.harburg@asklepios.com</a>	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel.: 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. Stock, Seminarraum
Dienstag, 4. Dezember, 20 – 22.30 Uhr	„Das Antiphospholipid-Syndrom – vom Antikörper zum komplexen Krankheitsbild: Aktuelle Einsichten aus der Immunologie und Hämostaseologie“	AescuLabor Hamburg, Auskunft: Herr Marcus Norden, Tel. 33 44 11 – 99 61, E-Mail: <a href="mailto:seminare@aesculabor-hamburg.de">seminare@aesculabor-hamburg.de</a>	Haferweg 40, Veranstaltungsräume 1. OG
Dienstags und donnerstags, 7.30 Uhr	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel.: 25 46 – 14 02, <a href="http://www.marienkrankenhaus.org">www.marienkrankenhaus.org</a>	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH Bergedorf, Anm. unter Tel.: 72 55 40	Glindersweg 80, Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel.: 18 18 86 – 23 41, E-Mail: <a href="mailto:v.maassen@asklepios.com">v.maassen@asklepios.com</a>	Konferenzraum Radiologie, Haus 8
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (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, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel.: 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Finkenstaedt/ Maas, Raboisen 40
Mittwoch, 14. November	„Mythos und Wirklichkeit – über den Stand der Wirksamkeitsforschung zur psychoanalytischen Psychotherapie“	DPG-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Tel. 44 49 81, <a href="http://www.dpg-institut-hamburg.de">www.dpg-institut-hamburg.de</a>	Uni-Hauptgebäude, Edmund-Siemers-Allee 1, Hörsaal C
Mittwoch, 14. November, 18 Uhr	„Zwischen Genialität und Wahnsinn – Bipolare Störungen“	Ev. KH Alsterdorf, Anm.: Frau Petra Wrabel, Tel. 50 77 – 34 17, E-Mail: <a href="mailto:m.lemke@alsterdorf.de">m.lemke@alsterdorf.de</a>	Psychiatrische Tagesklinik, Alsterdorfer Markt 8
Mittwoch, 28. November, 15 – 18 Uhr	Qualitätskonferenz „Nosokomiale Infektionen“	EQS Hamburg, Auskunft: Herr Hohnhold, Tel. 711 42 639, E-Mail: <a href="mailto:r.hohnhold@eqs.de">r.hohnhold@eqs.de</a> oder <a href="http://www.eqs.de">www.eqs.de</a>	Asklepios Klinik Harburg, Eißendorfer Pferdeweg 52, Medienzentrums Haus 6, 3. OG
Mittwoch, 28. November, 16 – 19 Uhr	Physikalische Gefäßtherapie in der ärztlichen Praxis „Verbesserung der Mikrozirkulation durch Stimulation der autonomen Vasomotion der Mikrogefäße“	Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren u. Regulationsmedizin (ZAEN) e. V., Anm. telefonisch unter 089/ 12 71 07 47 oder per E-Mail: <a href="mailto:pirllet-gottwald@t-online.de">pirllet-gottwald@t-online.de</a>	Wrage Seminarzentrum, Schlüterstr. 4
Mittwoch, 28. November, 19 Uhr	62. Sonografisches Kolloquium „Diffuse Lebererkrankungen einschließlich Elastographie“	Arbeitskreis Sonografie Hamburger Internisten, Kontakt: Herr Dr. Klinggräff, Radiologie AK Harburg, Tel. 18 18 – 86 46 11 (Di u. Do)	Asklepios Klinik Harburg, Eißendorfer Pferdeweg 52, Medienzentrums Haus 6, 3. OG
Mittwoch, 5. Dezember, 16 – 18 Uhr	Hamburger Schilddrüsenexpertengespräch „Resektionsausmaß bei benignem Knotenstruma“	UKE, Klinik für Nuklearmedizin, Kontakt: Frau Prof. Dr. Klutmann, Tel. 74 10 – 5 61 46	Martinistr. 52, Neues Klinikum, Seminarraum 411
Mittwoch – Freitag, 5. – 7. Dezember	12. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) „Das ganze Spektrum der Intensiv- und Notfallmedizin“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, D Dr. Klug u. K.I.T. Group GmbH, Auskunft: Tel. 030/ 246 03 – 239 oder <a href="http://www.divi2012.de">www.divi2012.de</a>	CCH – Congress Center Hamburg
Mittwoch, 12. Dezember, 18 Uhr	Gesundheitsökonomische Vortragsreihe im WS 2012/ 2013 „Neue Ansätze der rekonstruktiven Chirurgie – ein Blick auf die zukünftige Entwicklung“	Hochschule Fresenius, Auskunft: Herr Dr. Hartweg, Tel. 226 32 59 – 51, E-Mail: <a href="mailto:hartweg@hs-fresenius.de">hartweg@hs-fresenius.de</a> oder <a href="http://www.hs-fresenius.de">www.hs-fresenius.de</a>	Hochschule Fresenius, Audimax, Alte Rabenstr. 1
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61, <a href="http://www.marienkrankenhaus.org">www.marienkrankenhaus.org</a>	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anm. unter Tel.: 644 11 – 421, Fax: -312, <a href="http://www.amalie.de">www.amalie.de</a>	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. Etage
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	AKK Altonaer Kinderkrankenhaus, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Anm.: Prof. Riedel, Tel.: 8 89 08 – 202, <a href="http://www.kinderkrankenhaus.net">www.kinderkrankenhaus.net</a>	Bleickenalle 38
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel.: 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG



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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel.: 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 2 – 6
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen / malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46 – 1402)	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med., <a href="http://www.marienkrankehaus.org">www.marienkrankehaus.org</a>	Alfredstraße 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel.: 72 55 40	Glindersweg 80
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Schmerzambulanz, Anm.: Frau Falckenberg, Tel.: 5 40 40 60	Wördemannsweg 23
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	AK Altona, Infos und Anm.: Frau Schmidt-Zoricic, Tel.: 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 18 85 – 42 74	Haus CE, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“ Einladung zur öffentlichen Fallkonferenz und Vortrag zu aktuellen gefäßmedizinischen Themen	Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik f. Gefäßmedizin, Anm.: Fr. Hidalgo, Tel.: 74 10 – 5 38 76	Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 17 – 19.30 Uhr	28.11.: „Vorsorgevollmachten“ – Informations- und Präsentationsgrundlagen für Multiplikatoren	Bezirksamt Altona – Fachamt für Hilfen nach dem Betreuungsgesetz / Hamburger Betreuungsverein, Anm. unter Tel. 428 63 54 56	Betreuungsstelle Nord, Winterhuder Weg 31, 1. Etage
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch / gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchirurgie, Anm.: Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81 – 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	15.11.: NN – zur kurzfristigen Disposition (alternativ: Journal Club); 22.11.: Hirnmetastasierung bei Mammakarzinom; 29.11.: Journal Club; 6.12.: Leistungskennziffern und -bericht 1. – 3. Quartal 2012; 13.12.: Osteologische Aspekte der Frauengesundheit und der Mutter-Kind-Medizin	UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken und Polikliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel.: 7 41 05 – 35 06	Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10)
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 7 90 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurg. Abt., Tel.: 18 18 83 – 12 65	Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie / Neonatologie / Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel.: 6 73 77 – 282	Ärztbibliothek, Liliencronstr. 130
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel.: 18 18 81 – 0 oder <a href="mailto:info.altona@asklepios.com">info.altona@asklepios.com</a>	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
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, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi 15 Uhr, Tel. 55 88 – 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Jd. 2. Donnerstag, 16.15 – 18.30 Uhr	15.11.: „Ethische Fragen zur Beschneidung – religiöses Ritual und medizinische Regeln“; 29.11.: „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Wunsch und Wirklichkeit“; 13.12.: „Soziale Lage und Gesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 7 41 05 – 36 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N 55, Seminarraum 210/211 (2. OG)
Jd. letzten Donnerstag im Monat, 16.30 – 18 Uhr	„Interdisziplinäre Schmerzkonferenz“	Schön Klinik Hamburg Eilbek, Info und Anmeldung: Tel. 20 92 – 70 01 oder per E-Mail <a href="mailto:jseidler@Schoen-Kliniken.de">jseidler@Schoen-Kliniken.de</a>	Dehnhaiide 120
Freitag – Samstag, 16. – 17. November	„Emotionaler Missbrauch“	Fortbildungsbeirat der APH, Frau Harff, Tel. 20 22 99 – 302, Anmeldung erforderlich unter <a href="http://www.fortbildung.aekhh.de">www.fortbildung.aekhh.de</a>	Ärztelhaus, Humboldtstr. 56
Freitag – Sonntag, 16. – 18. November	Jahresseminar 2012 für Gynäkologen	amedes HH, Frau Daniel, Tel.: 0172 - 265 47 43, E-Mail: <a href="mailto:veranstaltungen@amedes-group.com">veranstaltungen@amedes-group.com</a>	amedes – Zentrum für Endokrinologie, Mönckebergstr. 10
Samstag, 8. Dezember	Komplikationsmanagement nach ophthalmo-chirurgischen Eingriffen	UKE, Klinik u. Poliklinik f. Augenheilkunde, Kontakt: Frau Schrage, Tel. 471 05 – 23 01 o. per E-Mail: <a href="mailto:augenklinik@uke.uni-hamburg.de">augenklinik@uke.uni-hamburg.de</a>	Martinistr. 52
<b>Auswärts</b>			
Mittwoch, 28. November, 16 – 19.30 Uhr	Telemedizin und Medizintechnik in der Zukunft 2012	MedComm, Auskunft unter Tel. 04551/895 1903 oder E-Mail: <a href="mailto:info@medcomm-sh.de">info@medcomm-sh.de</a> , Web: <a href="http://www.medcomm-sh.de/telemedizin2012">www.medcomm-sh.de/telemedizin2012</a>	Media Docks Lübeck, Willy-Brandt-Allee 31 23554 Lübeck

# Gewalt kommt nicht in die Tüte!

**Kampagne** Neunzigtausend Brötchentüten bringen Adressen und Notfallnummern von Hamburger Schutz- und Beratungseinrichtungen ins Haus. Eine Hilfe für betroffene Frauen und Mädchen.

Von Iris Hannig-Pasewald

## Wege aus der Gewaltspirale

Rund um den 25. November 2012, dem „Internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen und Mädchen“, organisieren der Arbeitskreis gegen Gewalt an Frauen und Mädchen und die Bäckerinnung Hamburg die Kampagne „Gewalt kommt nicht in die Tüte“. Ärztekammer Hamburg, Hausärzterverband Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Polizei Hamburg, Technikerkrankenkasse und andere sind Kooperationspartner. Schirmfrau ist Kirsten Fehrs, Bischöfin im Sprengel Hamburg und Lübeck.



Frauen brauchen Hilfsangebote, um sich gegen Gewalt zu wehren

Das Thema Gewalt ist angst- und schambesetzt und deshalb in der Öffentlichkeit kaum präsent. Dabei hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits im Jahr 2002 Gewalt, insbesondere häusliche Gewalt, als zentrales Risiko für die Gesundheit von Frauen und Kindern eingestuft. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurde 2004 eine repräsentative Untersuchung mit über 10.000 Frauen zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland durchgeführt. Sie kam zu alarmierenden Ergebnissen: Mehr als jede dritte Frau in Deutschland hat seit ihrem 16. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt. Jede vierte Frau hat körperliche oder sexuelle Übergriffe (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlitten. Zu wenige Betroffene wussten, wo sie sich Hilfe holen konnten. Jede dritte Frau kannte keine Beratungs- und Unterstützungsangebote, selbst wenn sie von schwerer und wiederholter Gewalt betroffen war, bei bildungsferner Sozialisation war es sogar jede zweite.

Körperliche und sexuelle Gewalt finden in einem komplexen System von Machtausübung statt, das den Betroffenen nicht nur Handlungsspielraum und Selbstvertrauen nimmt, sondern sie in ständiger Angst vor dem nächsten Gewaltausbruch leben lässt.

Gewalt wirkt sich neben den oft erheblichen Verletzungsfolgen in vielfältiger Weise auf die weitere Gesundheit und auch das Gesundheitsverhalten der Betroffenen aus. Chronische Schmerzsyndrome, gastrointestinale und gynäkologische Beschwerden, Substanzmissbrauch (Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen), Depression und andere psychische Erkrankungen können folgen.

Gewalt ist auch ein gesamtgesellschaftliches Problem: Die Folgekosten von häuslicher Gewalt wurden in Deutschland vor Jahren vom nieder-

sächsischen Ministerium für Soziales, Familie, Frauen und Integration auf etwa 14,5 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Darin enthalten sind Kosten für Justiz, Polizei, ärztliche Behandlung und Ausfallzeiten am Arbeitsplatz. Aktuelle Zahlen gibt es nicht.

## Auch Ärzte sollten Beratungsangebote kennen

Mit dem seit 2002 geltenden Gewaltschutzgesetz und dem Wegweisungsrecht der Polizei wird in Hamburg ein deutliches Zeichen gegen Gewalt gesetzt. Es gilt: „Wer schlägt muss gehen.“ Per „Wegweisung“ kann die Polizei die gewalttätige Person für zehn Tage der Wohnung verweisen.

Zivilrechtlich schützt das Kontakt- und Nährungsverbot vor Nachstellung und Belästigung, die befristete Wohnungszuweisung macht möglich, dass Betroffene auf Antrag die gemeinsame Wohnung für sechs Monate alleine nutzen können.

Als Ärztinnen und Ärzte haben wir alle Kontakt mit betroffenen Frauen und Männern, die wegen der gesundheitlichen Folgen in Praxen und Kliniken kommen. Professionelles und hilfreiches (Be-)Handeln heißt auch, die vermutete Ursache offen anzusprechen und Betroffene gezielt auf Schutz- und Beratungsstellen hinzuweisen. Kenntnis der regionalen Beratungsstellen ist dabei ein wichtiger Baustein.

*Literatur bei der Verfasserin.*

### Iris Hannig-Pasewald

Fachärztin für Psychiatrie, Ärztliche Psychotherapeutin, Traumatherapeutin

Opferhilfe Hamburg e.V. für den Arbeitskreis gegen Gewalt an Frauen und Mädchen Hamburg

E-Mail: [ak-gewalt-hamburg@web.de](mailto:ak-gewalt-hamburg@web.de), [mail@opferhilfe-hamburg.de](mailto:mail@opferhilfe-hamburg.de)

## Internationaler Tag gegen Gewalt an Frauen und Mädchen

Dieser Gedenktag geht zurück auf den Tod der drei Schwestern Mirabal, die am 25. November 1960 in der Dominikanischen Republik vom militärischen Geheimdienst gefoltert, vergewaltigt und ermordet wurden. Sie beteiligten sich an Aktivitäten gegen Diktator Trujillo. Lateinamerikanische und karibische Frauen haben deshalb 1981 den 25. November als internationalen Gedenktag für die Opfer von Gewalt an Frauen und Mädchen ausgerufen. Der Arbeitskreis gegen Gewalt an Frauen und Mädchen Hamburg initiierte 2009 die ersten Aktionen. Heute mit dabei sind: Dolle Deerns, 2. und 5. Hamburger Frauenhaus, Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen, Opferhilfe Hamburg, Patchwork, Pro-aktiv Hamburg, Soziale Dienste Frauenhäuser, Wen-Do-Gruppe, Wohnhaus für Frauen des Sozialdienstes katholischer Frauen.

Unter [www.gewaltkommtnichtindietuete-hamburg.de](http://www.gewaltkommtnichtindietuete-hamburg.de) finden sich Informationen zur Brötchentüten-Kampagne, Notfallnummern und Adressen aller Beteiligten Beratungseinrichtungen, als Download der Kampagnenflyer sowie der sogenannte »grüne Flyer«, der die Kontaktdaten fast aller Hamburger Beratungs- und Schutzeinrichtungen für Frauen und Mädchen enthält. [www.gewaltschutz.info](http://www.gewaltschutz.info) (des BMFSFJ) bietet in acht Sprachen Informationen über Gewaltschutz und Hilfeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet.



## 1 Jahr Fachzentrum für Stressmedizin in Blankenese

Wir laden Sie herzlich ein

am **Mittwoch, den 28.11.2012 um 18.00 Uhr** zu einer Vortragsreihe aus Anlass unseres ersten Geburtstages:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ■ <b>Herzeleid - Möglichkeiten und Grenzen der Psychokardiologie</b><br>Prof. Dr. Dr. S. Ahrens | ■ <b>Psycho-physiologische Stressmessung in der Burnoutbehandlung</b><br>Prof. Dr. M. Sadre-Chirazi-Stark | ■ <b>Stressmedizin und Psychotherapie - Was ist das Besondere?</b><br>B. Hankh |
|---|---|--|

Wir freuen uns darauf, Ihnen anschließend unsere Einrichtung mit allen Angeboten vorstellen zu können. Selbstverständlich ist für Ihr leibliches Wohl gesorgt.

Wir bitten um Ihre **Anmeldung bis zum 20.11.2012** unter Tel (040) 8669366-0 oder

E-Mail: [blankenese@stressmedizin-hamburg.de](mailto:blankenese@stressmedizin-hamburg.de). Eine Akkreditierung durch die Ärztekammer ist beantragt.



### FACHZENTRUM FÜR STRESSMEDIZIN

Privatambulanz Blankenese · Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Leitung: Berthold Hankh

Sülldorfer Kirchenweg 1a · Goßlers Park · 22587 Hamburg · Tel.: (040) 8669366-0

[blankenese@stressmedizin-hamburg.de](mailto:blankenese@stressmedizin-hamburg.de) · [www.stressmedizin-hamburg.de](http://www.stressmedizin-hamburg.de)

# Neue Ansätze in der Leberchirurgie

## Schwerpunktthema „Leber“

Die Resektion von Tumoren der Leber haben die Überlebens- und Heilungschancen von Patienten deutlich verbessert. Verfahren, die in Hamburg derzeit angewendet werden.

Von Dr. Gregor A. Stavrou<sup>1</sup>, Dr. Dr. Klaus J. Niehaus<sup>1</sup>, Prof. Dr. Karl J. Oldhafer<sup>1</sup>, Dr. Human Honarpisheh<sup>1</sup>, PD Dr. Siegbert Faiss<sup>2</sup>, Prof. Dr. Roland Brüning<sup>3</sup>, Dr. Axel Stang<sup>4</sup>, Dr. Sebastian Wirtz<sup>5</sup>



**Abb. 1:** Sicht vom Kopfende auf den Operationssitus. Die Vena cava ist suprahepatisch durchtrennt, deshalb kann die Leber vor die Bauchhöhle geklappt werden, um die Resektion zu ermöglichen (Ante-situm-Position). Auf der rechten Bildseite der rechte, auf der linken der linke Leberlappen. Die ungewöhnliche Parenchymfarbe resultiert aus der Operation in Blutleere und Perfusion mit gekühlter Perfusionslösung



**Abb. 2:** Die Resektionsphase ist abgeschlossen. Hier wird die Vena cava mit einer GoreTex-Prothese ersetzt. Die craniale Anastomose ist beendet, aktuell wird die infrahepatische Vena cava anastomosiert. Sichtbar auch die Resektionsfläche der Leber und die noch im Hilus eingebrachten Perfusionskanülen für Perfusion und Bypass

Die chirurgische und interventionelle Therapie primärer oder sekundärer Lebertumoren ist, eingebettet in ein onkologisches Gesamtkonzept, für die betroffenen Patienten die einzige Chance auf Heilung und zur Verbesserung ihrer Prognose. In den 1980er und 1990er Jahren wurde die moderne Leberchirurgie in Deutschland maßgeblich durch Prof. Dr. Rudolf Pichlmayr an der Medizinischen Hochschule Hannover begründet. Hier wurden aus den Erfahrungen der Transplantationschirurgie neue Strategien zur Resektion von Lebertumoren entwickelt und erfolgreich komplexe Leberresektionen an gekühlten und von der Durchblutung getrennten Lebern durchgeführt.

## Heilungschancen verbessern

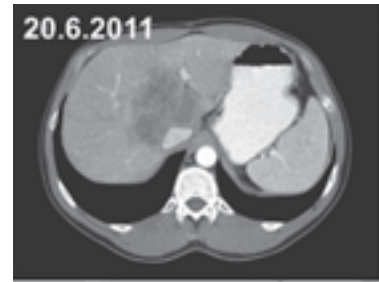
Voraussetzung für den Erfolg der Leberchirurgie waren ein besseres Verständnis der segmentalen Anatomie und ihrer Konsequenz für das operative Vorgehen sowie die technische Weiterentwicklung der Dissektionsmethoden, um den Blutverlust während der Operation zu minimieren. Auch die Fortschritte im anästhesiologischen Management und der postoperativen intensivmedizinischen Betreuung waren ein wichtiger Beitrag für eine Leberchirurgie mit geringen Morbiditäts- und Mortalitätsraten. Noch bis in die 1990er Jahre galten Patienten mit primären oder sekundären Lebertumoren im Allgemeinen als „verloren“. In den wenigen Zentren, in denen dennoch eine Resektion, z. B. bei Lebermetastasen, durchgeführt wurde, erkannte man jedoch bald, dass die Patienten davon in ihrem Überleben erheblich profitierten, bei etwa einem Drittel konnte sogar eine Heilung erzielt werden.

Die technische Weiterentwicklung der Leberchirurgie hat sich seitdem an der entscheidenden Bedeutung der Resektabilität von Tumoren orientiert. In spezialisierten Zentren ist die Steigerung der Resektabilität durch moderne Operationstechniken, Kombination mit interventionellen Verfahren und multimodaler Therapie ein wichtiger Aspekt in der Behandlung der Patienten.

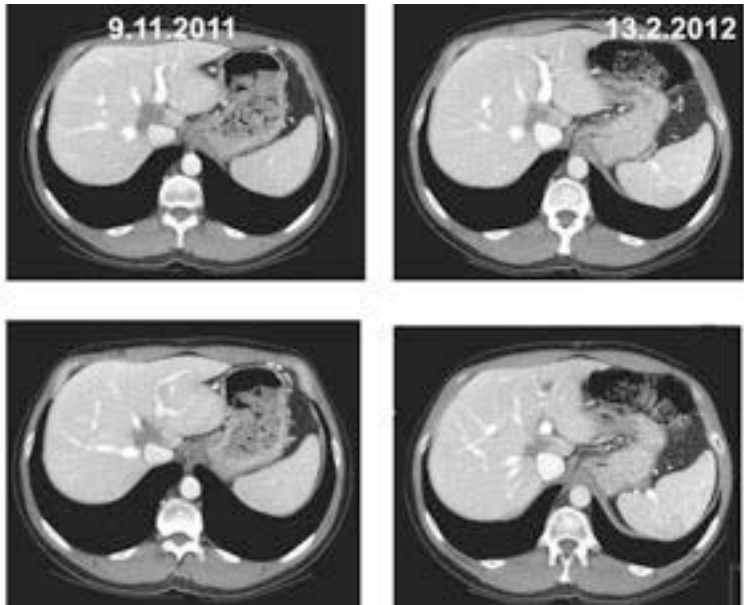
Die chirurgisch-technischen Ansätze reichen dabei von einfachen atypischen Resektionen über anatomische Resektionen bis zu erweiterten Resektionen und Extremformen der Chirurgie, wie z. B. der Ante-situm-Resektion in Kühlperfusion im extrakorporalen Bypass. An Fallbeispielen lässt sich die für eine erfolgreiche Therapie notwendige interdisziplinäre Expertise eines Zentrums nachvollziehen:

**Eine 28-jährige Patientin** wurde mit einer zentralen Lungenembolie in einem auswärtigen Haus aufgenommen und lysiert. In der weiterführenden Diagnostik ergab sich der Verdacht auf einen zentralen Lebertumor, die Computertomografie ergab kein verwertbares Ergebnis, da der Patientin als Kind wegen einer Skolioseoperation ein über vier Etagen reichender Fixateur interne implantiert worden war. Die Patientin wurde in unserer leberchirurgischen Sprechstunde vorgestellt – klinisch hatte sie sich von der Lungenembolie vollständig erholt. Für die Diagnose wurde einer Kontrastmittelsonografie durchgeführt. Hier zeigte sich ein maligner Tumor zentral im Bereich des Lebervenensterns mit Infiltration aller Lebervenen und der Vena cava. Nach interdisziplinärer Absprache erfolgte die sonografisch gesteuerte Probeentnahme,

(Asklepios Klinik Barmbek: <sup>1</sup>Allgemein- und Viszeralchirurgie, <sup>2</sup>Gastroenterologie und Hepatologie, <sup>3</sup>Röntgeninstitut, <sup>4</sup>Onkologie und Palliativmedizin <sup>5</sup>Anästhesiologie)

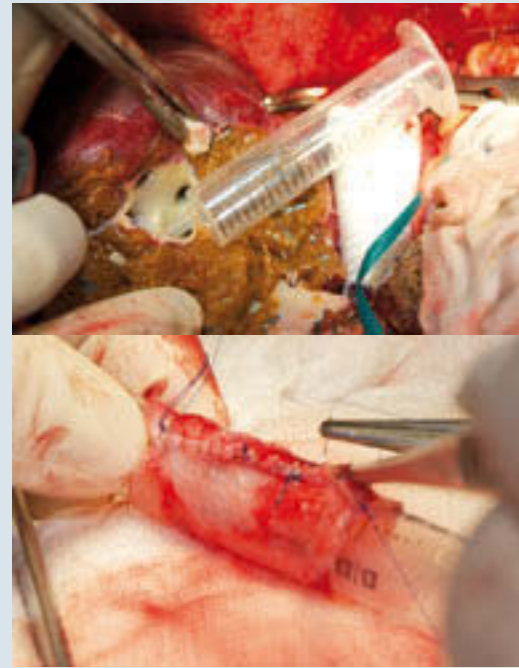


**Abb. 3:** Visualisierung des Effekts der „neoadjuvanten Downsizing Chemotherapie“



an je zwei CT-Schnitten im Verlauf von acht Monaten. Zum Zeitpunkt der Aufnahmen rechts entschieden wir uns zur Resektion in der Ante-situm-Technik

**Abb. 4 a und b:**  
Der in situ befindliche Spritzenkörper visualisiert die mit dem Patch zu überbrückende Distanz zwischen Stumpf der rechten Lebervene und der GoreTex-Prothese, die die Vena cava ersetzt. Die Lebervenen werden durch einen Perikardpatch rekonstruiert, der auf der selben Spritze geformt wird, um ein entsprechendes Lumen zu generieren



deren Untersuchung ein cholangiozelluläres Karzinom ergab. Aufgrund der Lage und Infiltration aller Lebervenen handelte es sich um einen formal irresektablen Befund. Wir sahen jedoch eine Resektionschance in Form einer erweiterten rechtsseitigen Hemihepatektomie mit en bloc-Resektion der betroffenen intrahepatischen Vena cava und des Lebervenensterns. Hierzu musste die Vena cava oberhalb der Leber durchtrennt und die Leber selbst vor die Bauchhöhle (Ante-situm-Position) geklappt werden (Abb. 1).

Für diese Extremform der Chirurgie war das Kühlen der Leber mit Eis und Konservierungslösung bei gleichzeitiger Ausschaltung der Leberdurchblutung und venösen Drainage des Intestinums und der unteren Extremitäten über einen veno-porto-venösen Bypass notwendig. Hierdurch erhielt das Chirurgenteam genug Zeit für die Rekonstruktion der Vena cava mit einer GoreTex-Prothese und die Reimplantation der linken Lebervene nach deren Rekonstruktion in die Prothese (Abb. 2). Die Ante-situm-Resektion wurde erfolgreich im Januar 2012 durchgeführt, die Patientin konnte das Krankenhaus in gutem Allgemeinzustand nach 16 Tagen verlassen und befindet sich aktuell in einer adjuvanten Chemotherapie (Einzelfallentscheidung bei T2N1M0G2 R0).

**Ein 39-jähriger Patient** war 2009 wegen eines Rektumkarzinoms (T2N0M0) operiert worden, zwei Jahre später wurde eine große irresektable Lebermetastase im Lebervenenstern diagnostiziert. Unter zwölf Kursen Chemotherapie mit FOLFOXIRI und Bevacizumab konnte eine erhebliche Verkleinerung erreicht werden (Abb. 3), so dass auch hier eine Ante-situm-Resektion in gleicher Technik wie im vorigen Fall in Frage kam. Bei nicht ausreichendem Volumen des klei-

nen links-lateralen Leberlappens wurde im Februar 2012 eine zentrale Leberresektion (Mesohepatektomie) mit Vena-cava-Resektion und Resektion des Lebervenensterns durchgeführt. Sowohl linke als auch rechte Lebervene wurden mit einem Perikardpatch rekonstruiert (Abb. 4 a und b) und in die GoreTex-Prothese reimplantiert (Abb. 5). Der Patient konnte am 18. Tag entlassen werden und befindet sich in regelmäßiger Tumornachsorge.

## Resektabilität erreichen

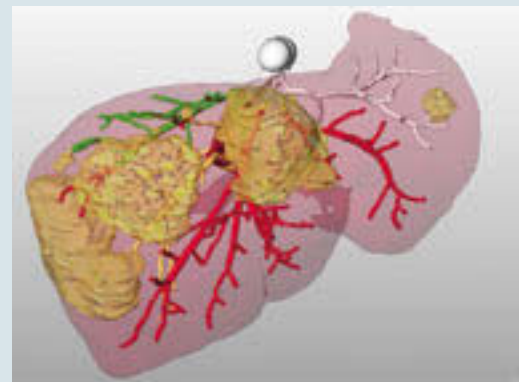
Die größte Herausforderung besonders in der Metastasen Chirurgie besteht im Erreichen einer Resektabilität. Die Mehrzahl der Patienten mit kolorektalen Lebermetastasen befindet bei der Diagnosestellung in einem nicht-resektablen Zustand (Abb. 6).

Häufig ist das nicht ausreichende verbleibende Restlebervolumen hierfür verantwortlich. Für diese Fälle wurde das so genannte Hypertrophiekonzept entwickelt. Dabei wird die Leberregeneration selektiv in der zukünftigen Restleber ausgenutzt. In den letzten 15 Jahren wurde dies entweder durch Ligatur der kontralateralen Pfortader oder durch interventionelle Embolisation des Pfortaderastes erreicht. Allerdings benötigt die Leber etwa vier bis sechs Wochen zur Hypertrophie mit dem Risiko eines Tumorprogresses – in einigen Fällen ist der alleinige Verschluss der kontralateralen Pfortader auch nicht ausreichend.

Ein neues technisches Verfahren, welches dasselbe Prinzip nutzt, kommt in unserem Zentrum seit 2011 mit guten Ergebnissen zum Einsatz. Es handelt sich um ein zweizeitiges operatives Vorgehen. Beim ersten Eingriff wird die rechte Pfortader durchtrennt



**Abb. 5:** Die Rekonstruktion ist abgeschlossen, kurz vor der Reperfusion des Organs. Die Mesohepatektomie ist beendet, die Vena cava durch die Prothese ersetzt und die beiden Lebervenenstümpfe werden über Pericardpatch in die Prothese rekonstruiert, die Hinterwand der Anastomose des linken Venenpatches ist beendet



**Abb. 6:** 3D-Rekonstruktion aus einem CT-Datensatz mit der Fraunhofer MEVIS Software HepaVision. Es handelt sich um einen bilobären Befall mit kolorektalen Lebermetastasen, konventionell aufgrund eines zu geringen Restlebervolumens nicht resektabel. Hier ist ein zweizeitiges Operationskonzept unter Einsatz des Hypertrophiekonzepts durch das In-situ-Split-Verfahren notwendig, um eine R0-Resektion erzielen zu können



**Abb. 7:** Durchführung der In-situ-Split-Prozedur. Oben im Bild die geteilte Leber, erkennbar an den zwei auseinanderklaffenden Resektionsflächen. Im Hilus ist der erhaltene Gallengang mit einem Haken lateralisiert. Links neben dem Haken der rechte Gallengang (mit blauem Loop markiert) und die rechte Leberarterie (mit rotem Loop markiert). Direkt unter dem Haken sieht man den Stumpf der mit einem Klammernahtgerät abgesetzten rechten Pfortader



**Abb. 8:** Darstellung der Resektionsfläche bei der In-situ-Split-Prozedur. Es wird von vorne in Richtung Vena cava präpariert (Anterior Approach), dazu benutzen wir ein eingebrachtes Band, um die Leber von der Vena cava wegzuhalten und die Präparation zu erreichen (sogenanntes Liver-Hanging-Manöver). Die Resektionslinie verläuft genau oberhalb des eingebrachten Bandes, dass zwischen Vena cava und Leberparenchym liegt

(Abb. 7) und das Leberparenchym – meist im Sinne einer erweiterten rechtsseitigen Hemihepatektomie (Abb. 8) – durchtrennt (In-situ-Split). Dadurch entsteht ein enormer Hypertrophiereiz auf den kleinen, linkslateralen Leberlappen. Der rechte Leberlappen, der noch arteriell durchblutet wird, fungiert wie eine auxiliäre Leber. Wenn der linkslaterale Lappen ein ausreichendes Volumen erreicht hat – meist schon nach zwölf bis 14 Tagen – kann in einem zweiten Eingriff der tumortragende rechte Leberlappen entfernt werden. Es handelt sich um eine technisch hochkomplexe Operation, die vor allem bei Patienten mit bilobärem Metastasierungsmuster angewendet wird, für die kein alternatives Behandlungskonzept zur Verfügung steht.

In der Asklepios Klinik Barmbek hat sich seit 2010 ein interdisziplinäres Team mit hoher Kompetenz in der chirurgischen, aber auch der interventionellen Behandlung von Patienten mit Lebertumoren gebildet. Die Abteilungen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Hepatologie sowie Onkologie und Palliativmedizin sind zusammen mit den Funktionsbereichen interventionelle Sonografie (DEGUM-III-Zertifikat) und Endoskopie nicht nur räumlich zusammengefasst, sondern auch organisatorisch durch ein gemeinschaftlich gegründetes Viszeralzentrum verbunden, in dem die Patienten aufgrund kurzer Wege in interdisziplinärer Absprache behandelt werden können. Die moderne Ausstattung der Radiologie ermöglicht alle komplementären Therapiemöglichkeiten (z. B. portalvenöse Embolisation oder transarterielle Chemoembolisation). Alle modernen Verfahren in der interventionellen Behandlung sind vor Ort vorhanden (z. B. Radiofrequenzablation). Operativ kann jede Art der Resektion bis hin zu Eingriffen höchsten Schwierigkeitsgrades durchgeführt werden. Neben der Leberchirurgischen Sprechstunde wurde eine interdisziplinäre wöchentliche Lebertumorkonferenz eingeführt. Die gemeinsame Arbeit spiegelt sich seit 2011 auch in der Zertifizierung als Kompetenzzentrum für chirurgische Erkrankung der Leber durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) wieder. Seit dem 1. Januar 2010 wurden über 250 Leberresektionen durchgeführt.

## Diagnostik und Bildgebung

Es gibt heute keine einheitlichen Vorgaben zur Abklärung eines Leberrundherdes. Ziel der Diagnostik ist, benigne von malignen Läsionen zu unterscheiden. Im Fall von operationswürdigen Befunden ist die Resektabilitätsanalyse eines hepatobiliären Chirurgen für das weitere Vorgehen entscheidend.

Zumeist steht am Beginn der Diagnostik eine Ultraschalluntersuchung – meist durch den niedergelassenen Kollegen, bei der Läsionen der Leber entdeckt werden. Oft gibt es dann eine ergänzende Schnittbilddiagnostik. Stellt der Patient sich im Zentrum vor, kann bei zweifelhaften Befunden vor Ort eine Ultraschalluntersuchung (gegebenenfalls mit Kontrastmittel) in Anwesenheit eines Chirurgen zur Einschätzung von Dignität und Resektabilität erfolgen. Steht die Diagnose fest, wird vor Ort das weitere Prozedere festgelegt. Für eine Operationsplanung wird dann eine aussagekräftige Schnittbildgebung benötigt. In erster Linie wird diese mittels eines hochauflösenden Computertomogramms durchgeführt, das von der Methodik her speziell auf die Bedürfnisse der Leberchirurgie adaptiert ist. Diese Bilder können bei Bedarf auch in ein 3D-Modell der individuel-

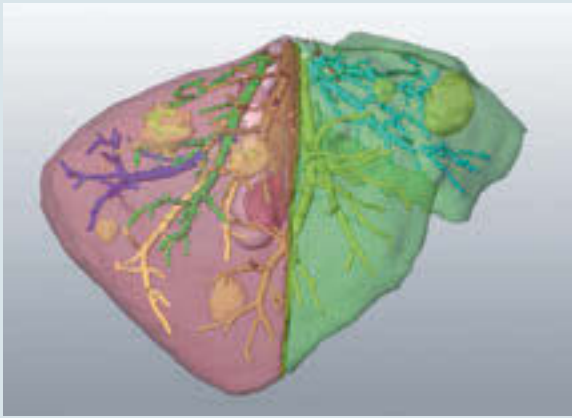
len Leber umgerechnet werden, so dass eine virtuelle Resektionsplanung möglich wird. Alternativ kann auch ein leberspezifisches Magnetresonanztomogramm durchgeführt werden, bei dem ein spezielles Kontrastmittel verwendet wird. Eine Leberbiopsie ist nur sehr selten nötig, da die Diagnose meist in der Bildgebung gestellt werden kann. Die Operationsplanung am Computer wird durch eine Kooperation mit dem Fraunhofer MEVIS Insitut in Bremen ermöglicht. Die 2D-Daten der Schnittbildgebung können durch einen mathematischen Algorithmus segmentiert werden, so dass ein exaktes Modell der Leber entsteht, an dem die Resektion virtuell unter Verwendung verschiedener Resektionsebenen durchgeführt werden kann. So kann einerseits eine optimale Resektionsstrategie bei komplexen Fällen ermittelt werden, andererseits ist auch eine zuverlässige Einschätzung des Restlebertumens möglich – im Falle eines zu kleinen Volumens sind weitere Vorbereitungen vor dem Eingriff oder ein zweizeitiges Vorgehen notwendig. In der Bildanalyse mit dem MEVIS System besteht in unserem Zentrum eine langjährige Expertise und ein besonderer Schwerpunkt (Abb. 9).

## Lebertumorkonferenz

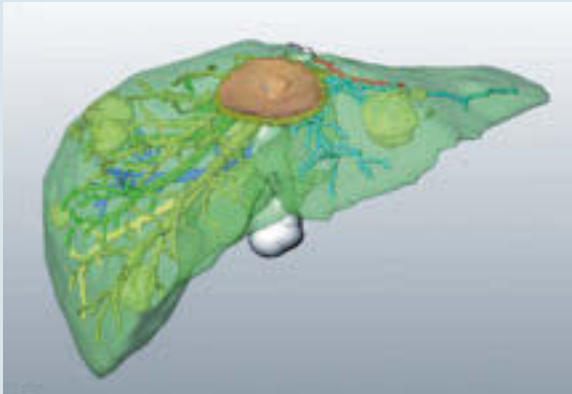
Aufgrund der Fallzahl und zahlreicher Anfragen zu einer Zweitmeinung wird seit 2011 eine Lebertumorkonferenz einmal pro Woche abgehalten, in der alle Fälle des Zentrums diskutiert werden. Neben den Klinikern steht die Konferenz allen niedergelassenen Kollegen offen. Hier wird das Prozedere für jeden Patienten individuell festgelegt. Insbesondere durch die Verflechtung des medizinischen Wissens von Chirurgen, Gastroenterologen und Onkologen in interdisziplinären Tumorboards konnte über die Jahre eine deutliche Verbesserung der Prognose von Patienten mit Lebertumoren erreicht werden. Heute steht in der Behandlung von Lebertumoren ein breites Arsenal medikamentöser, interventioneller und chirurgischer Behandlungsmethoden zur Verfügung – oftmals werden diese zum Wohle des Patienten auch kombiniert eingesetzt. Entscheidend ist dabei die Einschätzung der Resektabilität durch einen kompetenten hepatobiliären Chirurgen zu jedem Zeitpunkt der Behandlung.

## Interdisziplinäre Therapie

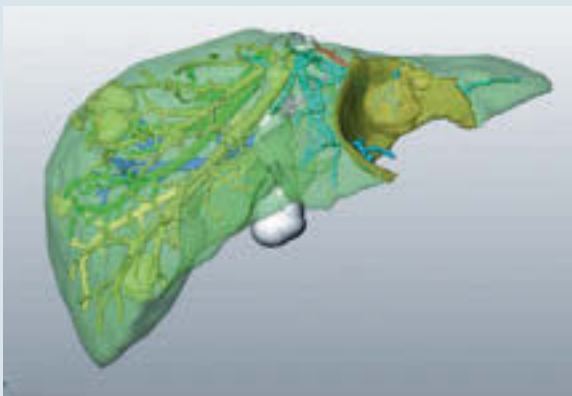
Neben den primären Tumoren von Leber und Gallenwegen, für die die Resektion meist die einzige Therapieoption darstellt, zeigt sich besonders in der Behandlung des metastasierten kolorektalen Karzinoms ein zunehmender Trend zur individualisierten Behandlung. Etwa 50 Prozent aller Patienten mit einem kolorektalem Karzinom bekommen Lebermetastasen. Nur etwa zehn Pro-



Schnitt 1, Hemihepatektomie rechts (Volumina)		
Territorium	Volumen	Relativ (%)
Resektion	926 ml	56,9
Schnittfläche	19 ml	1,1
verbleibendes Lebervolumen	681 ml	41,8
Total	1626 ml	100,0
Minimale Ungenauigkeiten können durch Rundungsfehler bedingt sein.		
Relatives verbleibendes Organvolumen	41,9 %	
Relatives verbleibendes Organvolumen (funktionell)	42,7 %	



Hepatic Vein-Territorien (Volumina)		
Territorium	Volumen	Relativ (%)
HV1	38 ml	2,3
inf.HV1	169 ml	10,3
inf.HV2	162 ml	9,9
LHV <sub>a</sub>	366 ml	22,5
LHV <sub>p</sub>	19 ml	1,1
MHV	619 ml	38,0
RHV	253 ml	15,5
Total	1626 ml	100,0



Portal Vein-Territorien (Volumina)		
Territorium	Volumen	Relativ (%)
P1	49 ml	3,0
P2	150 ml	9,2
P3	202 ml	12,4
P4 <sub>a</sub>	134 ml	8,2
P4 <sub>b</sub>	91 ml	5,6
P5	97 ml	5,9
P6	301 ml	18,5
P7	289 ml	17,7
P8	272 ml	16,7
P8_left	29 ml	1,7
P9	11 ml	< 1,0
Total	1625 ml	100,0

Abb. 9: Beispiel einer Fraunhofer MEVIS-Analyse und virtuellen Operationsplanung. Der Patient leidet an bilobulären Lebermetastasen, diese sind mit der Kombination von einer Hemihepatektomie rechts und zwei lokalen Resektionen mit ausreichendem Restlebervolumen resektabel. Entscheidend ist, dass dabei alle drei Resektionen im Hinblick auf die Vaskularisation der Restleber geplant werden können, sodass in der Restleber kein schlecht perfundierter oder drainierter Bezirk resultiert. Die Volumetrie bezieht sich auf die portalvenösen und lebervenösen Territorien sowie die Volumina der Resektionen

zent dieser Patienten sind initial resektabel und haben damit eine Chance auf Langzeitüberleben. Unter Einbeziehung aller modernen Strategien kann es heute gelingen, etwa 30 Prozent der primär irresektablen Patienten in eine resektable Situation zu überführen und damit die Lebenserwartung von etwa 19 Monaten unter palliativer Chemotherapie auf durchschnittlich 50 Monate zu verbessern.

Dies wurde einerseits durch den Einsatz moderner Kombinationschemotherapien sowie der Entwicklung spezifischer Antikörper möglich, andererseits durch einen Paradigmenwechsel in der Analyse der chirurgischen Resektabilität. Die Entscheidung, ob eine resektable Situation vorliegt, ist durch

das verbleibende Lebergewebe nach Resektion definiert. Dabei gilt als Grundsatz, dass bei resektablem extrahepatischem Befund eine R0-Resektion erreichbar sein muss und ein Restlebervolumen von 20 Prozent (gut vaskularisiert und von guter Qualität) verbleiben sollte.

Die Steigerung der Resektabilität und damit der Prognose der Patienten hängt von mehreren Faktoren ab: einer optimalen Operationsplanung (Voraussetzung adäquate Bildgebung), der Ausnutzung aller verfügbaren Resektionstechniken (auch Extremformen wie z. B. der Ante-situm-Resektion), multimodaler Behandlung und Verkleinerung der Metastasen durch neo-adjuvante Chemotherapie, Kombination von Resektion und

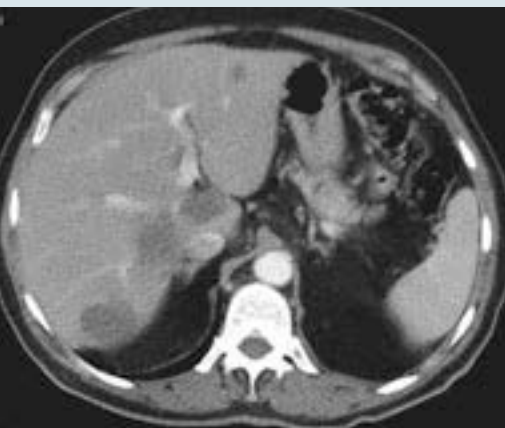
Ablationsbehandlung, sowie dem Einsatz des Hypertrophiekonzepts entweder durch interventionelle Vorbehandlung oder durch zweizeitige Operationskonzepte inklusive der In-situ-Split-Operation. In diesem komplexen Umfeld ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Anästhesie, Chirurgie, Gastroenterologie/Hepatologie, Onkologie und Radiologie notwendig, um für den Patienten ein optimales Ergebnis erzielen zu können.

Literatur bei den Verfassern.

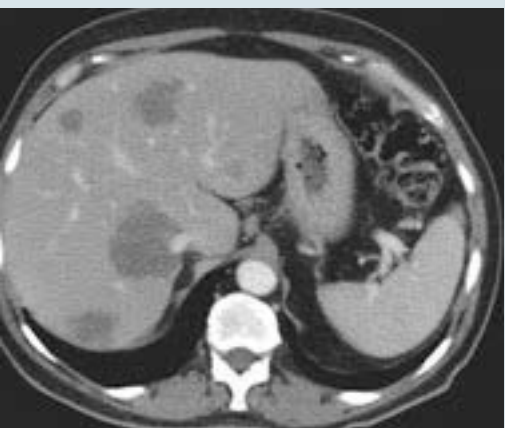
**Prof. Dr. Karl J. Oldhafer**  
Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Asklepios Klinik Barmbek  
E-Mail: [k.oldhafer@asklepios.com](mailto:k.oldhafer@asklepios.com)



Lage der Leber



**Abb. 1 a:** Im präoperativen Computertomogramm des Abdomens zeigte sich ein Metastasenbefall aller Lebersegmente. Hypodense Läsionen in den Segmenten I, III, V und VI



**Abb. 1 b:** Im präoperativen Computertomogramm des Abdomens zeigte sich ein Metastasenbefall aller Lebersegmente. Hypodense Läsionen in Segmenten II, IV, VII, VIII

## Der besondere Fall

# Schnelle partielle Leberhypertrophie

### Schwerpunktthema „Leber“

Bei ausgedehntem Tumorbefall der Leber ist die Operationstechnik ALPPS erfolgreich – wie sich am Beispiel eines 67-Jährigen zeigt.

Von Dr. Jun Li, Florian Ewald, Prof. Dr. Björn Nashang

Patienten mit Tumorbefall der Leber ohne weitere Tumordissimination können durch radikale R0-Resektion der Herde potenziell kurativ behandelt werden. Bei ausgedehntem Tumorbefall oder einer ungünstigen Tumorkonfiguration kann hierfür jedoch eine so umfangreiche Resektion notwendig sein, dass das erforderliche minimale Leberrestvolumen von etwa 0,5 Prozent des Körpergewichts nicht eingehalten werden könnte, und die Patienten somit primär nicht resektabel sind.

Prof. Masatoshi Makuuchi (Japan) entwickelte daher bereits 1990 ein Verfahren, bei dem durch Pfortaderembolisation (PVE) oder -ligation (PVL) ein Größenwachstum der gesunden Leber bewirkt werden kann, um anschließend eine Tumorsektion zu ermöglichen. Bei Patienten mit hilärem Cholangiokarzinom sowie kolorektalen Lebermetastasen (CRLM) konnte so die Resektabilität bereits deutlich verbessert werden. Diese Therapieansätze sind jedoch mit zwei Nachteilen verbunden: Erstens unterziehen sich Patienten mit lokal fortgeschrittenem Befund eventuell einer unnötigen PVE, wenn die Inoperabilität nicht durch die präoperative Bildgebung, sondern erst intraoperativ festgestellt werden kann. Zweitens kann es im Intervall zwischen PVE und Resektion zu einem Tumorprogress und dadurch zur Irresektabilität kommen.

### Verfahren mit In-situ-Split

Diesen beiden kritischen Aspekten kann durch ein Verfahren, das im Bereich der Lebertransplantation als In-situ-Split zur

Lebendspende oder zur postmortalen Organspende entwickelt wurde, Rechnung getragen werden. Hierzu wird zunächst eine operative Exploration durchgeführt, und vom Chirurgen direkt anhand des festgestellten Befunds eine Entscheidung bezüglich des weiteren Vorgehens getroffen. Wenn eine Resektion möglich ist, wird die portale Perfusion der rechten Lebersegmente IV bis VIII durch Ligierung des rechten Pfortaderastes komplett unterbunden, kombiniert mit einer Parenchymdissektion entlang des Ligamentum falciforme, wie sie auch bei der Leberlebendspende zur Gewinnung des links-lateralen Leberteils durchgeführt wird.

Dieses Verfahren mit In-situ-Split wird in der onkologischen Leberchirurgie auch Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy (ALPPS) genannt. Es induziert eine deutlich schnellere Hypertrophie des verbleibenden Leberanteils als bei PVE oder PVL beobachtet wird, da hier in der Regel eine vollständige Embolisation der das Segment IV versorgenden Pfortaderäste häufig nicht gelingt bzw. durch Kollateralenbildung aus Segment V/VIII konterkariert wird. Die schnellere Hypertrophie und das kürzere Intervall bis zur endgültigen Resektion haben den Vorteil, dass ein Tumorprogress weniger Einfluss auf die Operabilität hat.

So konnte in einer multizentrischen Studie gezeigt werden, dass ALPPS eine mediane Volumenzunahme des links-lateralen Lebersegments um 74 Prozent innerhalb von



nur neun Tagen induziert und in allen Fällen eine Resektion der erkrankten Leber ermöglicht. ALPPS als eine innovative Technik in der modernen Leberchirurgie erfährt im Moment große Aufmerksamkeit, wie sich auf dem 10. Weltkongress der International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA) in Paris gezeigt hat. Die Präsentation der Autoren wurde dort zur „best free oral session“ gewählt.

Aufbauend auf Erfahrungen mit der ursprünglichen ALPPS-Technik (links-lateraler In-situ-Split entlang des Lig. falciforme), haben die Autoren dieses Verfahren im UKE weiterentwickelt, um einen In-situ-Split entlang der Cantlie Linie (zwischen rechter und linker Leber bzw. Segmente IV und V/VIII), und damit das Belassen eines größeren Leberteils zu ermöglichen.

## Zweizeitiges Vorgehen

Unser 67-jähriger Patient hatte multiple, synchrone Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms. Nach einer onkologischen Hemikolektomie mit anschließender, systemischer Chemotherapie wurde er uns aufgrund eines Progresses der Lebermetastasen unter Chemotherapie vorgestellt. Die präoperative Bildgebung zeigte einen Metastasenbefall aller Lebersegmente (Abb. 1 a, b). Um dennoch eine R0-Resektion zu ermöglichen, wurde ein zweizeitiges Vorgehen geplant – nämlich ALPPS. In einer explorativen Laparotomie wurde der Befund der Bildgebung bestätigt. Anschließend wurden in der gleichen Operation alle Lebermetastasen im linken Leberlappen (Segment-I-Resektion und atypische Leberresektion im Bereich der Segmente II bis IV) entfernt (Abb. 2) sowie die Pfortäste, welche die rechte Leber versorgen, ligiert. Intrahepatische Kollateralen zwischen linker und rechter Leber wurden durch eine Parenchymdissektion entlang der Cantlie Linie unterbunden (Abb. 3).

Um Adhäsionen zu verhindern und die folgende Resektion der rechten Leber zu erleichtern, wurde diese mit einer nicht resorbierbaren Folie bedeckt. Der Patient konnte postoperativ extubiert und mit einer intraabdominellen Drainage auf die Normalstation verlegt werden. Es wurde kein signifikanter Anstieg von INR oder Billirubin beobachtet, und die Transaminasen waren ab dem ersten postoperativen Tag rückläufig. Bis auf eine Pneumonie traten insbesondere keine chirurgische Komplikationen auf.

Ein postoperatives Computertomogramm zeigte eine deutliche Hypertrophie des linken Leberlappens nach einer Woche, sodass die definitive chirurgische Versorgung nach 18 Tagen und ausgeheilter Pneumonie erfolgen konnte. Intraoperativ bestätigte sich hier die deutliche Hypertrophie des linken

Leberlappens (Abb. 4), und die Hemihepatektomie rechts konnte problemlos und zügig abgeschlossen werden, da bereits alle wichtigen Strukturen im ersten Eingriff präpariert worden waren. Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, und es traten keinerlei Zeichen für ein Leberversagen auf. Der Patient konnte beschwerdefrei am 14. Tag nach erfolgter Hemihepatektomie rechts in die ambulante Weiterbetreuung entlassen werden. Die pathologische Untersuchung des Resektionspräparats bestätigte die R0-Resektion.

## ALPPS: Schnellere Therapie

Dieser Fall demonstriert, daß ALPPS die Behandlung von CRLM mit einem primär nicht resektablen, alle Lebersegmente betreffenden Ausgangsbefund in einem einzigen Krankenhausaufenthalt sicher und effizient ermöglichen kann. Kein anderes Verfahren ist momentan in der Lage, derart schnell eine ausreichende Leberhypertrophie zu bewirken. ALPPS sorgt für eine schnellere Rehabilitation der Patienten, und gegebenenfalls eine schnellere Wiederaufnahme der Chemotherapie.

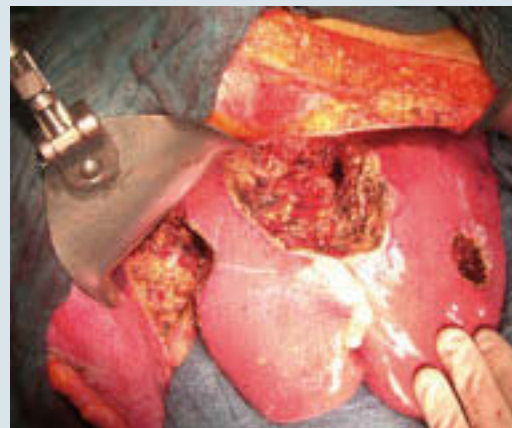
Darüber hinaus bietet dieses Verfahren den entscheidenden Vorteil, dass die rechte Leber, die zwar nicht mehr portal, aber noch arteriell durchblutet wird, in situ verbleibt und so die Funktion der linken, verbleibenden Leber in der kritischen ersten Woche nach Split unterstützen kann. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion aufgrund einer vorausgehenden Chemotherapie kann so das Risiko eines postoperativen Leberversagens reduziert werden.

ALPPS stellt damit einen der vielversprechendsten neuen Ansätze in der onkologischen Leberchirurgie dar, durch den vielen Patienten, für die ansonsten keine kurative Resektionsmöglichkeit besteht, eine neue Therapieoption eröffnet wird. Entsprechend der internationalen Empfehlung sollten derartig komplexe Eingriffe nur von erfahrenen Leberchirurgen in spezialisierten Leberzentren mit umfassender Transplantationserfahrung und hohen Fallzahlen vorgenommen werden, zusammen mit einem multidisziplinärem Team, das alle Aspekte dieser Therapie optimal unterstützen kann.

*Literatur bei den Verfassern.*

### Dr. Jun Li

Oberarzt in der Klinik für Hepatobiliär- und Transplantationschirurgie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
E-Mail : j.li@uke.de



**Abb. 2:** Bei der ersten Operation wurden alle Lebermetastasen im linken Leberlappen durch atypische Resektion entfernt. So zeigte sich der Situs nach atypischer Leberresektion der Segmente II, IV a und IV b



**Abb. 3:** Nach Unterbindung der rechten Pfortader wurden intrahepatische Kollateralen zwischen linker und rechter Leber durch eine Parenchymdissektion entlang der Cantlie Linie durchtrennt



**Abb. 4:** Intraoperativ zeigte sich eine deutliche Hypertrophie des linken Leberlappens 18 Tage nach der ersten Operation

## Aus der Schlichtungsstelle

# Pflicht zur Aufklärung

### Handgelenkganglion

Nach einer Operation an der Hand entwickelt sich bei einem 30-Jährigen eine Sudeck-Dystrophie. Die Ärzte hätten den Patienten über konservative Behandlungsmöglichkeiten aufklären müssen.

Von Johann Neu

Ein 30-jähriger Patient unterzog sich am 12. Juni 2007 einer operativen Behandlung seiner linken Hand wegen eines dorsalen Handgelenkganglions. Die Diagnose war drei Monate zuvor durch eine Magnetresonanztomografie (MRT) gesichert worden, wobei „zwei kleine Flüssigkeitsretentionen“ mit jeweiliger Kommunikation zum Gelenk, streckseitig in Projektion auf das Mondbein, festgestellt wurden.

Dieser Befund wurde als „teilweise okkultes Ganglion“ interpretiert. Bei der operativen Revision am 12. Juni 2007 konnte ein Ganglion bei der Revision bis zur dorsalen Handgelenkkapsel nicht dargestellt werden, so dass die Exploration abgebrochen wurde. Postoperativ entwickelte sich eine Sudeck-Dystrophie (CRPS).

Der Patient sieht die postoperativ aufgetretene Sudeck-Dystrophie als Folge einer fehlerhaften Operation. Im Übrigen sei er nicht umfassend aufgeklärt worden.

Die Indikation zur Exploration wegen eines dorsalen Handgelenkganglions sei aufgrund der klinischen und der MRT-Befunde sowie der subjektiven Beschwerden gerechtfertigt gewesen. Die Exploration mit Präparation nur bis zur Handgelenkkapsel sei als nicht ausreichend zu beurteilen.

Um das im MRT beschriebene „okkulte Ganglion“ zu entfernen, wäre eine Eröffnung auch der Handgelenkkapsel erforderlich gewesen, da derartige Ganglien ihren Ursprung vom Gelenk zwischen Kahnbein und Mondbein hätten.

Das CRPS könne nicht auf die fehlerhaft unterlassene Eröffnung der Handgelenkkapsel zurückgeführt werden. Auch wenn diese eröffnet worden wäre, hätte man mit gleicher Wahrscheinlichkeit mit dieser Komplikation rechnen müssen.

### OP-Technik war zu beanstanden

Die Exploration mit dem Ziel der Exstirpation eines dorsalen Handgelenkganglions war indiziert. Zu beanstanden war jedoch das operationstechnische Vorgehen. Unter Berücksichtigung des präoperativen MRT-Befunds wäre eine Eröffnung der dorsalen Handgelenkkapsel zwingend erforderlich gewesen, um das vom Gelenk zwischen Kahnbein und Mondbein ausgehende kleine Ganglion zu



finden und zu extirpieren. Das Versäumnis der Kapseleröffnung und das dadurch bedingte Belassen des Ganglions war als fehlerhaftes operatives Vorgehen zu werten. Allerdings war ein Kausalzusammenhang zwischen dem Fehler und dem Auftreten des CRPS nicht beweisbar. Soweit die Schadenersatzansprüche auf einen Behandlungsfehler gestützt wurden, sah die Schlichtungsstelle sie als unbegründet an.

### Über Alternativen muss informiert werden

Im vorliegenden Fall war auch die Rüge einer unzureichenden Aufklärung zu prüfen. Stehen für den konkreten Behandlungsfall mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und anerkannte Behandlungsmethoden zur Verfügung, die gleichwertig sind, aber unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen haben, so dass eine echte Wahlmöglichkeit besteht, dann muss dem Patienten durch eine entsprechend vollständige Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will (vergleiche BGH, VersR 2000, 766).

Von dem Vorliegen einer solchen Alternative war hier auszugehen. Der Gutachter hatte dargestellt, dass in Anbetracht des kernspintomografisch sehr kleinen Befunds auch konservative Maßnahmen in Betracht hätten gezogen werden können.

Im vorliegenden Fall war aus der Dokumentation des Operateurs nicht ersichtlich, dass der Patient darüber informiert wurde. Da kein Zweifel daran bestand, dass im Gefolge der nicht durch wirksame Einwilligung gedeckten Operation das CRPS aufgetreten ist, hielt die Schlichtungsstelle wegen des Aufklärungsmangels Schadenersatzansprüche für begründet.

### Johann Neu

Rechtsanwalt und Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern  
E-Mail: [info@schlichtungsstelle.de](mailto:info@schlichtungsstelle.de)

## Fluorochinolone

### Schwere Leberschäden bei alten Patienten

In einer kanadischen Fallkontrollstudie mit über 66-jährigen Patienten wurde das bekannte lebertoxische Potenzial von Moxifloxacin (Avalox®), bereits 2008 von der Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) als Reservemedikament eingestuft, bestätigt. Innerhalb der ersten 30 Tage nach einer Verordnung war das Risiko eines schweren Leberversagens doppelt so hoch wie nach einer Verordnung von Clarithromycin (Klacid®, Generika). Auch Levofloxacin (Tavanic®) hat ein signifikant erhöhtes lebertoxisches Potenzial, während Ciprofloxacin (Ciprobay®, Generika) nur ein tendenziell erhöhtes Risiko besitzt. Die Autoren verweisen auf eine mögliche zusätzliche Dunkelziffer einer leberschädigenden Wirkung der Fluorochinolone, da sie nur Patienten erfasst haben, die in ein Krankenhaus aufgenommen wurden.

Quellen: [www.cmaj.ca/cmaj.111823](http://www.cmaj.ca/cmaj.111823), [www.aerzteblatt.de/nachrichten/51270](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51270)

## Altarzneimittel

### Wirksamkeitsnachweis sollte erfolgt sein

Seit 1978 läuft das sogenannte Nachzulassungsverfahren für Arzneimittel, die damals bereits ohne entsprechende Qualitäts- und Wirksamkeitsnachweise im Handel waren. Das Verfahren sollte den Herstellern von Altarzneimitteln ermöglichen, Unterlagen gemäß den seit 1978 geltenden Standards nachzuliefern. Erstmals wurden im Jahr 2000 zusätzlich klinische Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit gefordert. Bis heute ist damit genügend Zeit für die Vorlage entsprechender Unterlagen vergangen. Empfehlungen von Kassenärztlichen Vereinigungen, diese Arzneimittel nicht mehr zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verordnen, sind nachvollziehbar. Entsprechende Listen sind bei der zuständigen KV abrufbar.

Quelle: *Dtsch.Apo.Ztg.* 2012; 152: 4106-7

## ACE-Hemmer

### Weniger Pneumonien

In einem Kommentar zu einem Review wird empfohlen, das Absetzen eines ACE-Hemmers zugunsten eines Angiotensin-Rezeptorblockers sorgfältig zu überdenken. So habe die erhöhte Inzidenz des Auftretens eines Hustens unter ACE-Hemmern möglicherweise einen protektiven Effekt auf das Auftreten von Pneumonien. Im Review wird eine 30-prozentige Riskoreduktion einer Pneumonie unter ACE-Hemmern im Vergleich zu Angiotensin-Rezeptorblockern berechnet. Bei Patienten mit vorherigem Schlaganfall und bei asiatischen Patienten betrug die Risikoreduktion über 40 Prozent.

Quelle: *Dtsch. Apo. Ztg.* 2012; 152: 4194-5

## Levofloxacin

### Indikationseinschränkungen und UAW

Die EMA hat die Anwendungsgebiete des Fluorochinolons Levofloxacin (Tavanic®) eingeschränkt (z. B. nur noch Mittel der zweiten Wahl bei akuter Bronchitis) und folgende neue UAW aufgenommen, z. B. *hypoglykämisches Koma, ventrikuläre Arrhythmie und Tachykardie bis zum Herzstillstand, akutes Leberversagen bis zum Exitus, benigne intrakranielle Hypertonie, vorübergehender Sehverlust, Pankreatitis, Hörverlust*. Zu der „neuen“ unerwünschten Wirkung (UAW) *Bänder- und Muskelrisse* ist anzumerken: Diese ist schon lange bekannt und kann typisch bei allen Fluorochinolonen auftreten. Ein persönlich bekanntes Beispiel: Eine Kollegin erlitt nach einer Therapie mit einem Fluorochinolon eine Achillessehnenruptur und ließ sich über das Wochenende mit einem Gehgips versorgen. Sonntags stürzte sie erneut, wodurch auch die andere Achillessehne riss. Bei Verdacht auf eine Sehnenentzündung muss das Fluorochinolon abgesetzt und die Sehne ruhiggestellt werden.

Quelle: *AkdÄ Drug Safety Mail* 2012-122

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

Lösung: Seite 39

### Anamnese:

Die 32-jährige Kolumbianerin stellte sich vor wegen neu aufgetretener Beschwerden am Hals mit schluckverschieblichem Knoten des linken Schilddrüsenlappens. Im Ultraschall findet sich ein ungewöhnlicher Befund: Der Knoten von 2,5 Zentimeter Durchmesser zeigt im oberen Drittel eine kompakte Struktur, die sich aus echoreichen, gleichförmigen „Perlen“ zusammensetzt und hineinragt in den größeren distalen zystischen Knotenanteil. (Dr. Hanno Scherf, Internist)

Querschnitt cranial



Längsschnitt



## Bild und Hintergrund

# Die Kunst der Lebensverlängerung

### Gesunde Lebensführung

Christoph Wilhelm Hufeland machte zu seiner Zeit als königlicher Leibarzt und Direktor der Charité Karriere. Sein wichtigstes medizinisches Werk etablierte sich als Kultbuch – nicht nur für Ärzte.

Von Prof. Dr. Oswald Müller-Plathe

Christoph Wilhelm Hufeland war einer der bedeutendsten und einflussreichsten Ärzte am Ende des achtzehnten und zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts. Seine Wirkungsstätten waren das Weimar der klassischen Goethezeit, das Jena der Romantiker um die Brüder Schlegel sowie später das geistig aufstrebende Berlin als königlicher Leibarzt und Direktor der Charité. Doch sein Ruhm gründet sich vor allem auf sein Hauptwerk „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“. Hufeland, geboren am 12. August 1762 im thüringischen Langensalza, war der Sohn eines Arztes. Er studierte Medizin in Jena und Göttingen, wo auch der berühmte Georg Christoph Lichtenberg einer seiner Lehrer war. Nach der Promotion 1783 arbeitete er in der Praxis seines Vaters, die er wegen dessen zunehmender Erblindung übernahm und bis 1801 führte. 1791 wurde er von der Herzogin Anna Amalie als Leibarzt an den Weimarer Hof berufen.

### Leibarzt des Adels

1792 berief ihn Karl August, Herzog von Sachsen-Weimar, als Professor an die Universität Jena. 1796 wurde er Hofarzt und Leibarzt der herzoglichen Familie. Neben seiner Tätigkeit an der Universität führte er eine umfangreiche Praxis und behandelte die gesamte in Weimar und Jena ansässige geistige Elite Deutschlands. 1797 erschien sein Hauptwerk „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ und im Jahre 1800 wurde er in die Preussische Akademie der Wissenschaften gewählt. 1801 folgte Hufeland einem Ruf

nach Berlin. Der Weimarer Minister Goethe beklagt in seinen Tag- und Jahrheften, dass man ihn für die Universität Jena nicht halten konnte: „Der im ärztlichen Fache so umsichtige und mit mannigfachem Talent der Behandlung und Darstellung begabte Christian Wilhelm Hufeland war nach Berlin berufen (und) führte dort den Titel eines Geheimen Rats...“ Hufeland übernahm in Berlin die Pflichten des Leibarztes der königlichen Familie, des



Christoph Wilhelm Hufeland,  
Lithografie von Adolf Kunike, 1819

„Dirigirenden Arztes“ der Charité und des Direktors des Collegium medicum chirurgicum. 1810 wurde er an der neu gegründeten Universität der erste Dekan der Medizinischen Fakultät, 1811 wissenschaftlicher Direktor der Medizinisch-chirurgischen Akademie für das Militär (Pepinière) und im Zuge der Stein-Hardenbergschen Reformen auch noch Staatsrat für die Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium. Schwerpunkt seiner Tätigkeit blieb aber die Universität und hier der Lehrstuhl für spezielle Pathologie und Therapie. Außerdem wirkte er in der Berliner Armendirektion mit und gründete die Poliklinik der Charité, in der Arme unentgeltlich behandelt wurden, freilich gegen die Zustimmung zur Vorstellung im studentischen Unterricht.

Im Rahmen seiner sozialen Bemühungen verfasste er 1813 die „Armen Pharmakopöe“ als Empfehlung für die Verschreibungspraxis, um damit den Armen wenigstens teilweise die Angst vor den hohen Arzneikosten zu nehmen, die sie wie auch die Arztkosten zu jener Zeit selbst zu bezahlen hatten. Das Werk erreichte bis 1829 sechs Auflagen und kann mit etwas Phantasie als Vorläufer der heutigen Positivliste angesehen werden.

### Vorreiter und Wegweiser

Hufeland setzte sich energisch für die von dem Engländer Edward Jenner (1749–1823) erdachte Pockenschutzimpfung mit Kuhpockenlymphe ein und war Mitgründer der ersten deutschen Impfanstalt im Waisenhaus in der Strahlauer Straße. Er soll jedes Jahr am 14. Mai (Datum der Jenner'schen Entdeckung) ein Festessen für die Berliner Ärzteschaft, damals wohl noch eine überschaubare Zahl, gegeben haben.

Hufeland erkannte als einer der ersten die Notwendigkeit steter ärztlicher Fortbildung und gründete zu diesem Zweck 1810 die „Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft“. Mit seinem 1795 ins Leben gerufenen „Journal der practischen Arzneikunde und Wundarzneykunst“, von dem zu seinen Lebzeiten 83 Bände erschienen, förderte er nachhaltig den Gedankenaustausch zwischen den medizinischen Strömungen seiner Epoche. Daneben wandte er sich immer wieder an das breite Publikum, zum Beispiel 1803 an die Mütter mit einem Ratgeber über „Die wichtigsten Punkte der physischen Erziehung der Kinder in den ersten Jahren.“ Persönliche Schicksalsschläge blieben ihm nicht erspart. 1797 erblindete er auf dem rechten Auge, möglicherweise durch eine Infektion. Um diese Zeit begann seine Ehe zu kriseln. Sie wurde nach 18 Jahren mit sieben Kindern

1807 geschieden, vorgeblich weil Hufeland 1806 als Leibarzt die preußische Königsfamilie auf ihrer Flucht nach Königsberg begleitet habe, ohne die eigene Familie in Sicherheit zu bringen. Später verschlechterte sich auch noch die Sehkraft des verbliebenen linken Auges. Hufeland verstarb am 25. August 1836 im Alter von 74 Jahren in Berlin und wurde auf dem Dorotheenstädtischen Friedhof beerdigt. Die Grabstätte ist als Ehrengrab des Landes Berlin zu besichtigen.

## Bestsellerqualität

Sein Hauptwerk „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“, das in späteren Auflagen im Titel zusätzlich das Wort „Makrobiotik“ führte, muss den Status eines Kultbuches gehabt haben. Es richtet sich nicht nur an Ärzte, sondern auch an den gebildeten Laien, erfuhr zu Lebzeiten des Autors acht deutsche Auflagen und ist auch heute noch gut lesbar. Es wurde in zahlreiche Fremdsprachen übersetzt. Das Buch hat fast 700 Seiten. Der

Titel (s. Abb.) ist geziert mit einem ovalen Kupfer-Frontispiz, das die Parzen, die antiken Schicksalsgöttinnen, darstellt: Klotho, die den Lebensfaden spinnt, Lachesis, die ihn abmisst und Atropos, die ihn schließlich abschneidet und damit das Leben beendet – die mittlere Lebenserwartung betrug um 1800 nur etwa 35 Jahre.

Das Werk ist gegliedert in einen theoretischen und einen praktischen Teil. In ersterem werden die Wissenschaftshistorie, die Lebensdauer von Pflanzen, Tieren und Menschen und schließlich die Prinzipien der Lebensverlängerung (damit ist eine gesunde Lebensweise gemeint) behandelt.

Der praktische Teil befasst sich zunächst mit den Faktoren, die das Leben verkürzen, u. a. schwächliche Erziehung, Ausschweifungen in der Liebe, unreine Luft, Unmäßigkeit im Essen und Trinken, Müßiggang, Langeweile, überspannte Einbildungskraft und Gifte. Sodann folgt der Abschnitt über „Verlängerungsmittel“ des Lebens, also im wesentlichen das Vermeiden der oben aufgeführten Faktoren, hinzu kommen gesunder Schlaf, körperliche Bewegung, weitgehende sexuelle Enthaltbarkeit, Land- und Gartenleben, mäßige Raumtemperaturen und vor allem Reinlichkeit durch tägliches Waschen und regelmäßigen Wäschewechsel.

Solche Hinweise auf einfache Dinge waren offenbar nötig zu einer Zeit, in der die Mehrheit der Menschen in überheizten und un-



Erstdruck von „Die Kunst das Leben zu verlängern“. Das Buch erschien später unter dem Titel „Makrobiotik“

gelüfteten Räumen lebte, besonders in den verdreckten Gassen der Städte, aber auch auf dem Lande.

Diese hygienischen Missstände sind übrigens schon vier Jahrzehnte vor Hufeland von dem Altonaer Stadtphysikus Johann Friedrich Struensee benannt und bekämpft worden. Was beide Ärzte miteinander verbindet, ist das vorurteilsfreie Denken im Sinne der Aufklärung und die Beachtung sozialer und hygienischer Aspekte der Medizin. Was sie unterscheidet, ist der ausgeprägte moralische Aspekt bei Hufeland: Selbstzucht, Mäßigkeit, unaufdringliche Religiosität sowie Streben nach Vervollkommnung. Er schreibt im Vorwort: „Wenigstens kann ich versichern, ... dass physische und moralische Gesundheit genau so verwandt sind wie Leib und Seele. Sie fließen aus gleichen Quellen, schmelzen in eins zusammen, und geben vereint erst das Resultat der veredelten und vollkommensten Menschennatur.“

## Kampf gegen Ideologien

Hufeland hat selbst keine originellen wissenschaftlichen Leistungen hervorgebracht. Er vertraute keiner der in seiner Zeit florierenden medizinischen Ideologien. So bekämpfte er den Mesmerismus (Heilkraft des Magnetismus) wie auch das Brownsche System (Reiztheorie). Den Auswüchsen der von Hahnemann begründeten Homöopathie

stand er sehr kritisch gegenüber. Er vertraute auf die Lebenskraft des Organismus (Vitalismus). Seine Therapie zielte darauf ab, die Heilkräfte der Natur aufgrund eigener Erfahrungen mit Diätetik, physikalischer Therapie und sanfter Medikation zu unterstützen. Mit dem Vordringen naturwissenschaftlich fundierter Therapien verloren seine vitalistischen Prinzipien ab Mitte des 19. Jahrhunderts an Bedeutung.

Christoph Wilhelm Hufeland bleibt in Erinnerung als ein wirkungsmächtiger Gesundheitserzieher, als Förderer der Naturheilkunde, als energischer Organisator ärztlicher Versorgung und als ein großer, humanitär denkender und handelnder Arzt.

Bei der Vorbereitung dieses Beitrags fand sich der folgende, im Hinblick auf das zwanzigste Jahrhundert hellseherische Ausspruch Hufelands: „Er (der Arzt) soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate.“

*Literatur beim Verfasser.*

### Prof. Dr. Oswald Müller-Plathe

Ehemals Leitender Arzt im AK Altona  
E-Mail: [omueller-plathe@t-online.de](mailto:omueller-plathe@t-online.de)

## DER BLAUE HEINRICH

ausgewählt von Dr. Hanno Scherf:

„Die Liebe in den Zeiten der Cholera“ von Gabriel García Márquez



# Sterben und Überleben

Florentino Ariza wusste, dass die Reichen seiner Heimat keine kurzen Krankheiten hatten. Entweder starben sie plötzlich, meistens am Vorabend eines größeren Festes, das dann durch die Trauer verdorben wurde, oder sie verloschen allmählich, in langwierigen und widerwärtigen Krankheiten, deren Verlauf schließlich in allen Einzelheiten öffentlich bekannt wurde. Der Rückzug nach Panama war im Leben der Reichen fast so etwas wie ein obligater Bußgang. Dort unterzogen sie sich dem, was Gott Ihnen auferlegt hatte, im Hospital der Adventisten, einem riesigen weißen Schuppen, verloren in den vorgeschichtlichen Regenfällen von Darién, wo den Kranken das Zeitgefühl für das bisschen Leben, das sie noch vor sich hatten, abhanden kam, und niemand in den einsamen Zimmern mit Segeltuchbahnen vor den Fenstern sicher wusste, ob der Karbolgeruch der Gesundheit oder dem Tode zuzurechnen war. Diejenigen, die genesen, kamen mit prachtvollen Geschenken beladen heim, die verteilten sie freigebig und mit einer gewissen Unruhe, gleichsam um Verzeihung heischend für die Taktlosigkeit, noch am Leben zu sein. Manche kehrten zurück, den Unterleib von barbarischen Narben überzogen, die wie mit Schusterzwirn genäht aussahen, sie hoben die Hemden, um Gästen diese Narben zu zeigen, verglichen sie mit denen anderer, die erstickt an den Ausschweifungen des Glücks gestorben waren, und erzählten für den Rest ihres Lebens wieder und wieder von den Engeln, die ihnen im Chloroformrausch erschienen waren. Niemand kannte hingegen die Visionen derer, die nicht zurückkehrten, zu denen die traurigsten gehörten: In den Pavillon der Schwindsüchtigen verbannt, starben sie eher an der Tristesse des Regens als an den Beschwerden ihrer Krankheit.

## Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan  
der Herausgeber  
Ärztelkammer Hamburg und  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

### Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

### Redaktion

Stephanie Hopf, Dorthie Kieckbusch

### Verlag

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

### Anzeigen

Verlag Francis von Wels,  
Inhaber Heiner Schütze e.K.  
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg  
**Anzeigenleitung: Heiner Schütze**  
Telefon: 040/29 80 03-0, Fax: -90  
E-Mail: info@wels-verlag.de  
Internet: www.wels-verlag.de  
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 42  
vom 1. Januar 2012

### Anzeigenschluss für

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

### Abonnement

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

### Geschäftsführer

Donald Horn

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

### Grafische Konzeption

Peter Haase (†), Michael von Hartz

### Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG  
Auflage: 16 741

Titel: Michael von Hartz

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

## ÄRZTEKAMMER HAMBURG

### Bericht des Vorsitzenden der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg für das Jahr 2011 gemäß § 15 der Satzung der Ethik-Kommission

Im Jahre 2011 hat die Ethik-Kommission (EK) 14 Mal getagt. Im Berichtsjahr wurden der EK 315 Studien zur Primärbegutachtung vorgelegt. Hierbei handelt es sich um Studien, die unter Berücksichtigung des Arzneimittelgesetzes (AMG), des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Berufsordnung (BO) und des Hamburgischen Kammergesetzes beraten wurden.

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

Von Forschern aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurden 195 Studien, von Auftragsfirmen 57, aus Häusern der Asklepiosgruppe oder Gemeinnützigen Krankenhäusern 39, von weiteren universitären und nicht universitären Einrichtungen 14, von niedergelassenen Ärzten 8 und von der Gesundheitsbehörde/ZfAM 2 zur Primärbegutachtung eingereicht. Im Berichtsjahr wurden seitens der Antragsteller 6 Studien zurückgezogen. 3 weitere Studien wurden vorzeitig beendet.

Zusätzlich zu diesen Erstbegutachtungen wurden 103 Multicenterstudien zur Nachbegutachtung im alten Verfahren übersandt. Hierbei handelt es sich zum einen um Studienvorhaben, die dem Medizinproduktegesetz vor Inkrafttreten der 4. MPG-Novelle unterliegen, zum anderen um Studien, die bereits in einem anderen Bundesland von der für den dortigen Versuchsleiter zuständigen Ethik-Kommission vor Inkrafttreten der 12. AMG-Novelle geprüft wurden. Für beide Studienarten liegt bereits ein positives Votum einer zuständigen Ethik-Kommission vor. Im Hinblick auf hiesige Gegebenheiten wie Qualifikation des Prüfarztes in Hamburg, Wahrung der Rechte und Pflichten der einzubeziehenden Pa-

tienten, Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften erfolgt in der Regel ein verkürztes Prüfverfahren. Zusätzlich wurden 310 Multicenterstudien im Mitberatungsverfahren gemäß AMG-Novelle und 15 Studien gemäß MPG-Novelle bewertet.

Weiter wurden im Jahre 2011 Forscher bei der Durchführung von 71 epidemiologischen Studien durch die Ethik-Kommission beraten. Wie in den vorhergehenden Jahren wurden von der Geschäftsstelle zahlreiche telefonische sowie persönliche Beratungen von Ärzten durchgeführt, die sich anlässlich der Planung eines Forschungsvorhabens Rat suchend an die EK wandten.

Die Ethik-Kommission ist seit November 2011 erneut Mitglied im Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen. Die Kommission engagiert sich darüber hinaus intensiv in der „Ständigen Konferenz der Geschäftsführer und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern“ bei der Erarbeitung von Fortbildungsangeboten für Prüfarzte beteiligt. Zudem wirkte die Ethik-Kommission an der Erstellung folgender Stellungnahmen mit:

- **Stellungnahme der Bundesärztekammer** zum Konsultationspapier der Europäischen Kommission vom 09.02.2011 zur „Clinical Trials Directive“ 2001/20/EC
- **Stellungnahme der Bundesärztekammer** zum Entwurf der Bundesregierung für eine allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift – MPGvV)

#### Mitglieder der Ethik-Kommission:

Prof. Dr. med. Thomas Weber, (Vorsitzender), Neurologe  
Prof. Dr. med. Rainer H. Böger (Stellvertretender Vorsitzender), Pharmakologe  
Prof. Dr. med. Frank Ulrich Beil, (Stellvertretender Vorsitzender), Internist  
PD Dr. med. Oliver Detsch, Anästhesiologe

Prof. Dr. med. Margit Fisch, Urologin  
Prof. Dr. med. Peter Höger, Pädiater und Dermatologe  
Dr. med. Elke Kaminsky, Medizin, Humangenetikerin  
Prof. Dr. med. Ingrid Moll, Dermatologin  
Axel Gärtner, Vorsitzender Richter OLG a. D.  
Dipl.-Pfleger. Rosemarie Gerken-Livingstone, Pflegekraft  
Gerhard Heß, Schulleiter a.D.  
Prof. Dr. jur. Margarete Schuler-Harms, Helmut-Schmidt-Universität  
Prof. Dr. phil. Thomas Schramme, Geistes-/Sozialwissenschaft  
Prof. Dr. med. Jürgen Stettin, Arzt und Medizintechniker  
Kathrin Thode, Pflegekraft

#### Stellvertretende Mitglieder der Ethik-Kommission:

Prof. Dr. med. Walter Fiedler, Internist / Onkologe  
Prof. Dr. med. Susanna Hegewisch-Becker, Internistin / Onkologin  
Prof. Dr. med. Jochen Kußmann, Chirurg  
Prof. Dr. med. Christian Sander, Dermatologe  
Dr. med. Hans-Peter Unger, Psychiater  
Prof. Dr. med. Klaus Wiedemann, Psychiater  
Marcus Jahn, Pflegekraft  
Dr. jur. Andreas Lambiris, Richter  
Dieter Mahel, Rentner  
Prof. Dr. Michael Morlock, Medizintechniker  
Prof. Dr. phil. Birgit Recki, Geistes-/Sozialwissenschaft  
Maike Sellentin, Pflegekraft  
Rino Strobel, Pflegekraft  
Dr. jur. Henning von Wedel, Rechtsanwalt

Zudem wurden aufgrund der geltenden Strahlenschutzverordnung vom Juli 2001 und der neu aufgetretenen Röntgenverordnung vom 01.07.2002 zwei Strahlenschutzsachverständige berufen. Diese sind:  
Prof. Dr. med. Hans-Peter Heilmann  
Dr. med. Otto Pohlentz

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

Lösung Quiz Seite 35



#### Papilläres Karzinom

Die Feinnadelpunktion des szintigrafisch kalten Knotens ergab keine Hinweise auf Malignität. Wegen des jungen Alters und der neu aufgetretenen Beschwerden bei kaltem Knoten wurde die Indikation zur Operation gestellt. Die Zweitmeinung des Pathologen legte sich auf ein papilläres Karzinom fest. Es erfolgte totale Thyreoidektomie und Radiojodtherapie (pT1bN0).

Ungewöhnlich ist das Ultraschallbild des Tumors, das nach über das übliche, prosaische „echoreich“, „echoarm“, „echokomplex“ hinausgehender „poetischer“ Beschreibung verlangt. Die gleichförmigen echoreichen „Perlen“, aus denen sich der Tumor zusammensetzt, erinnern in räumlicher Lage und Form zueinander an die Kerne des aufgebrochenen Granatapfels – geradezu sonografisch gebannte „Ästhetik eines Krebses“.

# Mitteilungen

## Bericht des Vorsitzenden der „Kommission Lebendspende“ der Ärztekammer Hamburg für das Jahr 2011 gemäß § 12 der Satzung der Kommission Lebendspende

Im Berichtsjahr waren von der Kommission Lebendspende (KL) 47 Anträge zu bearbeiten (12 mehr als im Jahr 2010). Aufgabe der KL ist es auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes zu prüfen, ob davon ausgegangen werden kann, dass bei geplanten Lebendorganspenden keine begründeten tatsächlichen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung des Spenders in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 Transplantationsgesetz ist.

Von den 47 Anträgen betrafen 36 Anträge eine geplante Nieren-Lebendspende und 11 eine geplante Splitleber-Lebendspende. 3 Anträge wurden im laufenden Verfahren zurückgezogen. Bei dem jüngsten Organempfänger handelte es sich um einen drei Monate alten Säugling, der älteste Organempfänger war 77 Jahre alt. 42 Patienten waren Deutsche oder dauerhaft in Deutschland lebend, 5 Patienten kamen aus dem Ausland zur Transplantation nach Hamburg.

Im Einzelnen spendeten:

- 18 Elternteile für ein Kind
  - 1 erwachsenes Kind für Vater oder Mutter
  - 3 Geschwister für ein Geschwister
- 13 Ehefrau für Ehemann
- 5 Ehemann für Ehefrau
  - 3 nicht Verwandte
  - 4 Großeltern für Enkel

Die Anträge auf Durchführung einer Leberlebendspende bedürfen auf Grund des kritischen Gesundheitszustandes des Patienten/der Patientin einer unverzüglichen Bearbeitung, was ein hohes Engagement der Kommissionsmitglieder und der

Geschäftsstelle der KL erfordert. Für Eilanträge, d.h. im Falle einer aus medizinischer Indikation unverzüglich notwendig werdenden lebensrettenden Transplantation – bei fehlendem Organangebot über Eurotransplant – muss die KL jederzeit zur Prüfung

und Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen. Eilanträge wurden innerhalb 24 Stunden oder kürzer erledigt, ansonsten betrug der Bearbeitungszeitraum im Mittel 11,5 Tage.

Prof. Dr. med. Frank Riedel, Vorsitzender

### Der KL gehören folgende Mitglieder an:

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

### 323. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 323. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, den 19. November 2012, um 20 Uhr in den Räumen des Ärztehauses.

Die Tagesordnung können Sie Mitte November 2012 im Ärzteverzeichnis unter Tel. 2022 99-131 erfragen.

## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

### Berufung von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten als ehrenamtliche Richter der Sozialgerichtsbarkeit

Die Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg hat aus dem Kreise der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erneut

Herrn Dr. med. Michael Meißner

als ehrenamtlichen Richter beim Sozialgericht Hamburg und

Herrn Dipl.-Psych. Claus Gieseke

als ehrenamtlichen Richter beim Landessozialgericht Hamburg ab 01. Oktober 2012 für die Dauer von fünf Jahren berufen.

### AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung findet statt am

**Montag, 26. November 2012, 19.30 Uhr,**  
Humboldtstraße 56,  
22083 Hamburg (Ärztehaus)  
Hugo-Niemeyer-Saal

Geplant ist eine interaktive Falldiskussion. Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter Tel. 22 802 - 572.

### 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, Tel. 22 80 2-569



## Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Innere Medizin (Hausärztliche Versorgung)	175/12 HA	01.04.2013	Eidelstedt
Innere Medizin (Hausärztliche Versorgung)	176/12 HA	01.04.2013	Lurup

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum 30.11.2012 schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister –, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Die Bewerbungen werden den ausscheidenden Vertragsärzten zur Verfügung gestellt. Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gerne Frau Frahm 040/22 802-326.

## 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		Ortsteil	
<b>Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b> Dr. Nina Sturm (häufiger Versorgungsauftrag) Katharina Bischoff (häufiger Versorgungsauftrag)	Winterhuder Marktplatz 7, 22299 Hamburg	<b>Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Neonatologie</b> Dr. Sonja Gudowius (haus- und fachärztl. Versorgung)	Wedeler Landstr. 43, 22559 Hamburg
<b>Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b> Dr. Bülent Ugurlu (häufiger Versorgungsauftrag)	Gojenbergsweg 101, 21029 Hamburg	<b>Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b> Dr. Axel Sundmäcker	Neuer Wall 34, 20354 Hamburg
<b>Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Fachärztin für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen</b> Dr. Alexandra Malligsen (häufiger Versorgungsauftrag)	Pestalozzistraße 24, 22305 Hamburg	<b>Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie</b> Dr. med. Ali Erdogan (voller Versorgungsauftrag)	Billstedter Hauptstraße 31, 22111 Hamburg
<b>Fachärzte für Innere Medizin</b> Dr. Hendrik Bisinger (hausärztl. Versorgung)  Katrin Grüner (hausärztl. Versorgung)  Dr. Bernd Kalvelage (hausärztl. Versorgung)	Osdorfer Weg 68, 22607 Hamburg  Vogt-Wells-Straße 20, 22529 Hamburg  Krieterstraße 30, 21109 Hamburg	<b>Facharzt für Orthopädie</b> Dr. Gert Polzhofer (häufiger Versorgungsauftrag)	Waitzstraße 4, 22607 Hamburg
<b>Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie</b>			
		<b>Fachärztin für Augenheilkunde</b> Dr. Susanne Ehrich	Auguste-Baur- Straße 1, 22587 Hamburg

### Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat das nachfolgende Medizinische Versorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

Medizinisches Versorgungszentrum	Anschrift	Fachrichtungen
<b>MVZ Kinderwunschzentrum Altonaer Straße im Gynäkologikum Hamburg GbR</b> Dr. med. Annick Horn	Altonaer Straße 59, 20357 Hamburg, Tel. 30 68 36-0, Fax. 30 68 36-69	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Humangenetik

### ORTHOPÄDIE

Junger und ambitionierter Facharzt ab 2013 als Verstärkung in starker orthopädischer Praxis in Hamburg Innenstadt gesucht. Die Ausrichtung kann sowohl konservativ als auch operativ sein. Spätere Partnerschaft durchaus möglich und erwünscht.

**Schriftliche Bewerbung an:**  
Orthopädikum Neuer Wall Frau Süßmann  
Neuer Wall 36 · 20354 Hamburg

abts partner.

Park  Klinik

Chirurgische/ gynäkologische Ärztesozietät an der Park-Klinik Kiel sucht einen engagierten

→ **Facharzt für Chirurgie/Viszeralchirurgie**  
mit besonderer Erfahrung in der endokrinen Chirurgie.



**Ansprechpartner:** Herr Joachim Bauer Tel. 0431/5909-0  
Goethestr. 11, 24116 Kiel Fax 0431/5909-111



### Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/ Nervenheilkunde

auf Honorarbasis, gerne „Un-Ruheständler“

als Studienarzt/-ärztin zur Patientenbetreuung im Rahmen von Arzneimittelstudien für unseren Standort in **Hamburg** gesucht. Wünschenswert ist, wenn Sie eine aufgeschlossene, engagierte Persönlichkeit mitbringen und Freude an der Arbeit im Team haben.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bevorzugt elektronisch an: [bewerbung@kfgn.de](mailto:bewerbung@kfgn.de) oder per Post an:

**Klinische Forschung Gruppe Nord GmbH**  
Personalabteilung | Hoheluftchaussee 18 | 20253 Hamburg  
[www.kfgn.de](http://www.kfgn.de)

**kfgn:** KLINISCHE  
FORSCHUNG  
GRUPPE NORD

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

### Das Schmerz- u. Palliativzentrum Hamburg, MVZ, sucht:

- Weiterbildungsassistentin/en: Spezielle Schmerztherapie Voraussetzung: FÄ/FA Anästhesiologie, 80 Std. Theorie
- erfahrene/en anästhesiologische/en Schmerztherapeutin/en mit abgeschlossener Weiterbildung

Kontakt: [Dr.Lenzen@spz-hh.de](mailto:Dr.Lenzen@spz-hh.de)  
[www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de](http://www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de)



**Friedrich-Ebert-Krankenhaus  
Neumünster GmbH**

Friesenstr. 11  
24534 Neumünster



**Die Klinik für Neurologie und Psychiatrie sucht für den psychiatrischen Bereich zwei**

### Assistenzärztinnen/-ärzte für psychiatrische, psychosomatische oder neurologische Weiterbildung – Teilzeit/Vollzeit

Einsatz je nach Vorerfahrung auf unseren psychiatrischen Stationen oder in der Institutsambulanz, Rotation vorgesehen.

Die Klinik für Neurologie und Psychiatrie hat 59 psychiatrische (inkl. 10 psychosomatische) stationäre Behandlungsplätze und 40 neurologische Behandlungsplätze (inkl. 5 Stroke Unit-Betten). Es besteht eine Vollversorgungsverpflichtung im Sinne des PsychKG für die Stadt Neumünster. Für den Bereich der Gerontopsychiatrie haben wir eine Gedächtnissprechstunde eingerichtet. Die ärztliche Versorgung im Psychiatrischen Behandlungszentrum der DRK-Fachklinik Hahnknüll mit 30 stationären, 17 teilstationären Behandlungsplätzen und einer weiteren PIA wird über Kooperationen geleistet.

Mehr Informationen zu dieser Stelle: [www.fek.de](http://www.fek.de)

**Ansprechbar für erste Kontaktaufnahmen sind:**  
Chefarzt Prof. Dr. Hansen, Ltd. Facharzt Dr. Drews, Personaloberarzt Hr. Witt, Assistentensprecherin Fr. Preuß über Tel. 04321-4050 (Zentrale) oder -4052071 (Sekretariat). Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an unsere Personalabteilung oder per E-Mail an: [hc.hansen@fek.de](mailto:hc.hansen@fek.de) oder [rolf.drews@fek.de](mailto:rolf.drews@fek.de).

Das FEK ist Akademisches Lehrkrankenhaus für die Medizinischen Fakultäten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität Hamburg sowie Mitglied des Krankenhausverbundes 6K mit über 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 636 Betten bieten wir eine umfassende medizinische und pflegerische Versorgung für Neumünster und Umgebung.

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



### Seeärztlicher Dienst Dienststelle Schiffssicherheit BG Verkehr

Der Seeärztliche Dienst der Dienststelle Schiffssicherheit der BG Verkehr ist für Seediensstauglichkeitsuntersuchungen von Seeleuten unter Deutscher Flagge zuständig.

Zur Beurteilung der Seediensstauglichkeit bei internistischen Fragestellungen suchen wir in Hamburg zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen **externe/n internistische/n kardiologische/n Gutachter/in** mit eigenen Untersuchungsmöglichkeiten (Ergometrie, Echokardiographie, Sonographie).

**Maritime Erfahrung** als Besatzungsmitglied auf einem Kauffahrteischiff oder einem Schiff der Marine wäre von Vorteil.

*Ihre Bewerbung senden Sie bitte an:  
Herrn Dr. Philipp Langenbuch, Seeärztlicher Dienst,  
Dienststelle Schiffssicherheit der BG Verkehr,  
22757 Hamburg*

### Dozent/in für Chirurgie

für ausl. Ärzte für 70 Ustd. in HH von Januar-März 2013 gesucht, Honorar nach Vereinb.; IBH e.V., Tel. 0177-648 72 17, Frau Hösterey

### FA/FÄ für Allgemeinmedizin

ganztags od. Teilzeit im festen Angestellten-Verhältnis in Praxis in HH-Wilhelmsburg gesucht. Zuschriften erben an: arztpraxishh@yahoo.de

### FA/FÄ für (Innere u.)

#### Allgemeinmedizin

mit KV-Zul. in TZ als Praxisgemeinschaft u./od. WB-Assist. (WB-Ber. für 24 Mon. vorh.) für Einstieg in etabl. Hausarztpraxis in Rahlstedt; spätere Assoziation/Übernahme möglich, nettes Team, schöne Räume. docwwg@aolcom; Tel. 0172-419 88 06

### Amb. OP-Zentrum in Hamburg

sucht ab sofort leit. Anästhesisten/in zur Festeinstellung. Zuschr. erb. unter L 8320 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Arbeiten wo andere Urlaub

**machen (Nordsee/Niedersachsen).** FÄ/FA für Allgemeinmed./Innere in Emden zur angestellten, hausärztl. Mitarbeit (TZ oder VZ) in modernem Ärztehaus gesucht. Breites Spektrum, junges, nettes Team. Hafenstadt (50.000 Einwohner, großes VW-Werk etc.), alle Schulen (mehrfach), großes Freizeitangebot. Sehr gute Konditionen. Viel Freizeit. allgemein-doc@web.de

Biete 10-20 Std. Stelle

**Weiterbildung, Jobsharing od. Vertretung nach Absprache.** Praxis Dr. Uhlmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Reinbek, Tel. 040-722 01 02

### Suche einen Urologen

für Praxistätigkeit im Angestelltenverhältnis in HH, Teil- od. Vollzeit. Zuschr. erb. unter N 8322 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Ambulante pneumologische Rehabilitationseinrichtung sucht

### Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin

Schwerpunktbezeichnung Pneumologie wünschenswert, aber nicht Bedingung.

Wir bieten eine leitende Position mit flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienst.



Ihre Bewerbung senden Sie bitte an:  
Atem-Reha GmbH  
Dr. Karin Taube/Frau Klempin  
Jungestraße 10, 20535 Hamburg  
E-Mail: klempin@atemreha.de

## Stellengesuche

**Intern./Kardiologe sucht** Festanstellung in Praxis ggf. Übernahme in und um Hamburg. E-Mail: arzhamburg@hotmail.de

**Erfahrener FA für Radiologie** + Fachkunde PET-CT sucht Teilzeitstelle in rad. Praxis im Raum HH. Zuschr. erb. unter E 8288 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Erfahrene FÄ Pädiatrie** sucht TZ-Stelle als angestellte Ärztin in Praxis. Erfahrung in Diabetologie, Tel. 0176-76 02 28 55

**FÄ für Gastroenterologie** sucht Einstieg/Festanstellung in Praxis in Hamburg, 0178-197 09 91

## Ambulantes Operieren

**FA für Anästhesiologie** sucht ambulante Operateure in Hamburg, KV-Zulassung vorhanden. Kontakt: Dr. U. Garbe 0172-396 42 63 oder ug@agonmvz.de

## Personal

### Personal für Ihre Praxis

**Kostenlos suchen  
Erfolgreich finden.**

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

## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

**Praxispartner/-in** für Praxisgemeinschaft in Toplage S-Bahn Popp./AEZ (Ärztelhaus) gesucht. Fachärztlicher Internist sucht fachidentische od. fachfremde Kooperation. Zuschr. erb. unter V 8246 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Belegarzt mit eigenem Team** sucht langfr. OP-Möglichkeit (Raum HH/HB) für Privatpatienten für 1-2 Tage/Woche mit anschließender teil- und stationärer Aufenthaltsmöglichkeit (€30). Zuschr. erb. unter X 8260 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**FA/FÄ Allgemeinmedizin** f. integratives Facharzt-Konzept in HH-Eppendorf gesucht, ggf. Teilzeit, nellidelli@t-online.de

**HNO Fachärztin sucht** Mitarbeit/Einstieg in Praxis/MVZ. Tel. 0176-304 358 03

**Erf. Facharzt für Radiologie** mit Vertragsarztsitz und Fachkunde Nuklearmedizin und Strahlentherapie sucht neues berufl. Tätigkeitsfeld. Zuschr. erb. unter C 8278 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Allgemeinmed. Praxis** in HH-Altona sucht Kollegin/en mit KV-Sitz (auch andere Fachrichtung). Zuschr. erb. unter I 8295 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH


**Internistin** 39 J., mit langjähriger Klinikerfahrung sucht Praxisanstellung in Hamburg. Kontakt: 040-70 97 30 57

**HNO-Fachärztin** Allergologin, langjährige Erfahrung in Klinik u. Praxis, sucht Einstieg in HH-HNO-Praxis od. geteilten KV-Sitz, langfristige Übernahme oder Partnerschaft erwünscht. Kontakt: hno-hh@email.de

### Das Schmerz- u. Palliativzentrum Hamburg, MVZ, sucht:

- Psychologin/en (VT) mit KV-Sitz zur Übernahme, Assoziation, Kooperation
- Psychosomatischen/e Mediziner/in mit KV-Sitz zur Übernahme, Assoziation, Kooperation

Kontakt: Dr.Lenzen@spz-hh.de  
[www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de](http://www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de)



## KREIS PLÖN

Der Kreis Plön (rd. 134.000 Einwohner) mit Dienstsitz in Plön sucht für das **Amt für Gesundheit** zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** eine/einen

### Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie oder für Öffentliches Gesundheitswesen mit mehrjähriger Erfahrung in der Psychiatrie

als Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt. Die Tätigkeit umfasst im Wesentlichen die Erfüllung der Aufgaben nach dem schleswig-holsteinischen Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) im Team mit Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Das beinhaltet Beratung und Betreuung psychisch kranker Menschen sowie Krisenintervention, die Koordinierung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Kreis und die Weiterführung der Psychiatrieplanung. Außerdem gehören psychiatrische Stellungnahmen und Gutachten zum Aufgabengebiet. Erforderlich ist die anteilige Wahrnehmung der 24-Stunden-Rufbereitschaft für Unterbringungen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 30 Stunden mit der Aufstockungsmöglichkeit auf 39 Wochenstunden. Im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Institutsambulanzen im Kreis ist auch eine Teilzeittätigkeit anderen Umfangs und Verbindung mit einer Tätigkeit in einer Institutsambulanz möglich. Eine ansprechende Vergütung mit zusätzlichen Sozialleistungen machen die Tätigkeit attraktiv.

Wir erwarten die Bereitschaft, den privateigenen Pkw bei der Durchführung der genannten Aufgaben gegen Kostenerstattung einzusetzen.

Die zu besetzende Stelle ist gleichermaßen für Frauen wie für Männer geeignet. Frauen werden bei gleichwertiger Qualifikation im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten vorrangig berücksichtigt. Beim Kreis Plön besteht ein Frauenförderplan. Schwerbehinderte stellen wir bei gleicher Eignung bevorzugt ein.

Der Kreis Plön liegt in der landschaftlich besonders reizvollen Holsteinischen Schweiz. Durch seine Nähe zu Kiel und Lübeck sowie durch die Ostseeküste und die zahlreichen Binnenseen besitzt er hohen Freizeitwert.

Weitere Auskünfte zu der Stelle erhalten Sie unter der Tel.-Nr. 04522/743-292 (Frau Dr. Dworak).

Wenn Sie an dieser Stelle interessiert sind, senden Sie bitte Ihre Bewerbungsunterlagen in Papierform bis zum **18.12.2012** an den

**Kreis Plön • Personalabteilung  
Hamburger Str. 17/18 • 24306 Plön**

## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation (Forts.)

### Nette/r Kollege/in

aus einer anderen Fachrichtung zwecks Praxisgemeinschaft/Assoziation in Hamburg-Eimsbüttel in einer allgemeinmedizinischen Praxis gesucht, Handy: 0171-836 03 25

### Honorararzt/Partner (♀/♂) für intern. Praxis gesucht

Gute Lage, moderne Räume, hoher Standard. Wenn Sie bereits einen eigenen Patientenstamm und noch Kapazitäten frei haben, freue ich mich über eine Kontaktaufnahme. Gerne mit Spezialgebiet. Interesse an Präventivmedizin wäre von Vorteil.  
kontakt@bluelotus.info

### Suche Ärztin

für 1 Vormittag in der Woche in einer Allgemeinpraxis in HH-West.  
Zuschr. erb. unter G 8293 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Praxis f. Allgemeinmedizin** mit Schwerpunkt Homöopathie (2 Sitze) in Altona sucht Kollegen/in zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis und/oder Übernahme.  
hendrika.vandelden@gmail.com

### FÄ für Allgemeinmedizin

in HH-Ottensen sucht Partner/in zur Gründung einer Praxisgemeinschaft  
Tel. (ab 20.00 Uhr) 040-745 80 56

### Gynäkologin: sehr erfahrene, mehrsprachige FÄ sucht

Praxis/MVZ Anstellung für 30–40 Std./Wo. oder Praxiskooperation/-partnerschaft ab 01.01.2013 in Hamburg.  
Gyn012@hotmail.com

## Praxisübernahme

### Oberarzt sucht Gyn-Praxis

zur Übernahme, gerne auch Einstieg in Gem-Praxis; gynpraxishh@gmx.de od. Zuschr. erb. unter D 8280 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Honorararztvetretung



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

Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gern!

www.honorararztagentur.de

## KV-Sitz

**Kassensitz für Neurologie** oder Psychiatrie in Hamburg oder zur Praxiserweiterung gesucht. E-Mail: nervenarzsitz@yahoo.de oder Zuschr. erb. unter H 8294 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Hausärztlicher KV-Sitz** zum 01.04.2013 von Einzelpraxis gesucht, Tel. 0157-84 11 15 20

## Balint-Gruppe

**Balintgruppe in Altona**  
Jeden 2. Mittwoch von 20.00–21.30 h, T.: 431 830 40, www.arnhild-uhlich.de

## Praxisabgabe (Forts.)

## Wirtschaftsberatung für Mediziner seit 10 Jahren in Schleswig-Holstein und Hamburg

www.promedis.de  
Für Ihre finanzielle Gesundheit

## Praxisgründung.Einstieg.Übergabe

### Privatpraxis

Innere Medizin/Allgemeinmedizin im Norden Hamburgs sucht Nachfolger. Hoher Gewinn. Eine Übergabegemeinschaft ist möglich.  
Zuschr. erb. unter J 8309 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Allgemeinarztpraxis

Überdurchschnittliche Größe, am Südstrand Hamburgs. Einzelpraxis. Ertragsstark. Ausbaufähig. Für Allgemein bzw. Internist/in bzw. Ehepaar geeignet. Abgabe kurzfristig oder mit Einarbeitung. Weiterbildungsermächtigung bis 18 Monate vorhanden. Einzelheiten über Steuerberater, Tel. 0177-599 49 18

### Gutgehende, ausbaufähige, hausärztliche Gemeinschaftspraxis

mit 3 Partnern in HH-Hoheluft sucht für 2013 ausscheidenden Seniorpartner Nachfolger in Teil- oder Vollzeit. Überdurchschnittl. Privatanteil, günstige Miete.

Zuschriften unter Chiffre M 8321 erbeten an Hamb. Ärzteblatt, Pf 761020, 22062 Hamburg

### Praxis für Orthopädie

Gut eingeführte, konservative Kassen-/Privatpraxis in Praxis-Gemeinschaft m. eigener Physiotherapie im Zentrum von HH, mittelfristig abzugeben.  
Zuschr. erb. unter F 8292 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

## Praxisabgabe (Forts.)

**Alteingeführte HAUSÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS** sucht Nachfolger für ein oder zwei KV-Sitze ab 2013 in HH-Kirchwerder (elbnah und 25 AM bis Hamburg City). Umzug in neu gestaltende Räume und weitere Kooperation ist in der Planung. Auch WB-Stelle als Einstieg denkbar.  
Zuschr. erb. unter K 8315 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Intern. Hausarztpraxis

groß, schön, modern, zentral. Guter Verdienst, günstig abzugeben.  
Zuschr. erb. unter B 8276 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

### Orthopädische Praxis

Teil einer PG in unmittelbarem nördlichen Speckgürtel von HH mit KV-Sitz abzugeben, Tel. 040-88 88 86 44

## Wohnungsgesuche

### Suche 3 Zimmer-Wohnung

für meine Tochter (Stud.) in HH, zentral, Dr. S. Lüder, Tel. 0175-154 27 44

## Anzeigenschlusstermine

### Ausgabe 12/2012

Anzeigenschluss für Textteilanzeigen: **15. November**  
Anzeigenschluss für Rubrikanzeigen: **20. November**

### Ausgabe 01/2012

Anzeigenschluss für Textteilanzeigen: **07. Dezember**  
Anzeigenschluss für Rubrikanzeigen: **14. Dezember**

## Gesucht und gefunden: Wir bringen die richtigen Partner zusammen!

### Sie suchen eine Praxis zur Übernahme oder einen Nachfolger?

Dann setzen Sie auf die Praxisbörse der Deutschen Ärzte Finanz: Wir bieten Ihnen einen bundesweiten Kundenkreis, jahrzehntelanges Know-how und absolute Vertraulichkeit.

- Praxis- und Kooperationsangebote aus allen Fachrichtungen
- Aussagekräftige Exposés
- Konkrete Festlegung des Übernahme- bzw. Abgabeprofiles
- Realistische Zeit- und Zielplanung
- Attraktive Finanzierungsstrategien und viele weitere Services

 **Deutsche  
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-  
und Wirtschaftsberatung

### Ich berate Sie gerne persönlich:

Dieter Röben  
Service-Center Hamburg  
Humboldtstraße 62 · 22083 Hamburg  
Telefon 040/68 98 99 80  
sc-hamburg-roeben@aerzte-finanz.de



## Praxiseinrichtung/Praxismöbel

### Praxiseinrichtungen

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

#### Klaus Jerosch GmbH

Tel. (0511) 59 21 77  
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24  
[www.jerosch.com](http://www.jerosch.com)



## Arztpraxen Ausbau/Neubau

 ARCHITEKT

R  
O  
I  
K

#### ARZTPRAXEN AUSBAU/NEUBAU

KONZEPT - PLANUNG  
KOSTEN - LEITUNG

MAX-BRAUER-ALLEE 81  
2 2 7 6 5 HAMBURG  
FON 040 609 51 969  
FAX 040 32 31 83 82

[www.roik-architekt.de](http://www.roik-architekt.de)  
[info@roik-architekt.de](mailto:info@roik-architekt.de)

## Praxisräume

### Praxisfläche

90 m<sup>2</sup> in Toplage HH-Popp. am AEZ zu vermieten. Tel. 0151-172 488 95

### Nähe Wandsbek Markt

2 helle ruhige Räume (15 m<sup>2</sup>/13 m<sup>2</sup>) zus. od. getrennt zu vermieten in Psychoth. Praxis, Tel. 040-690 66 56

### Psychotherap. Praxisräume

ab 21 m<sup>2</sup> einzeln od. mehrere Räume in 22419 Hamburg-Nord zu vermieten! Kontakt: [ampt.minke@phv-dialyse.de](mailto:ampt.minke@phv-dialyse.de)

### Schöne Praxis in Wedel

Zentral gelegene Praxisfläche (ca. 90 m<sup>2</sup>) mit hellen Räumen für Therapeuten oder Ärzte zu vermieten. Stellplatz vorhanden, Tel. 04121-262 46 69 (AB).

### Eimsbüttel

Heller, ruhiger Raum (21 m<sup>2</sup>) in Psychoth. Praxis zum 1.1.2013 zu vermieten, Tel. 040-490 32 12 abends.

## An- und Verkauf

**Komplette gyn. Ausrüstung günstig zu verkaufen.** Angebote an: Tel. 040-720 15 03 od. [f-logi@gmx.de](mailto:f-logi@gmx.de)

### Leitz-Labormikroskop für Hämatologie

Preis VHS, Tel. 0176-49 49 51 00

### Praxiseinrichtung

zu verkaufen: Anmeldeketten, Liegen, Schränke etc., Tel. 040-43 77 73

## Rechtsanwälte

[praxisrecht.de](http://praxisrecht.de)



### Raffelsieper & Partner GbR

Hamburg - Berlin - Heidelberg

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

Beratung für

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

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

Lokstedter Steindamm 35 • 22529 Hamburg • (040) 23 90 876 0

[www.praxisrecht.de](http://www.praxisrecht.de) • [hamburg@praxisrecht.de](mailto:hamburg@praxisrecht.de)

Rechtsanwälte • Fachanwälte für Medizinrecht • Fachanwälte für Steuerrecht

## Fortbildung/Seminare



DÄGfA · Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.

## Ärztliche Akupunktur

Zusatzbezeichnung Akupunktur in Hamburg 2013

Beginn Grundkursreihe 16.02.2013

**Termine 2013 jetzt online!**

**Curriculare** „Meister der Akupunktur DÄGfA“

**Ausbildung** „Meister der Ost-Asiatischen Medizin DÄGfA“

z. B. Berlin 23.02.13 Anamnese | 24.02.13 Untersuchung

Alle Kurse der Meister-Ausbildungen auch einzeln belegbar

Bundesweit laufende Grundkursreihen / Grundkurse Praxis zur Zusatzbezeichnung, sowie Ausbildung zum „Meister der Akupunktur DÄGfA“ und „Meister der Ost-Asiatischen Medizin DÄGfA“.

Die DÄGfA bietet ca. 200 Spezialkurse und das gesamte Spektrum der Traditionell Chinesischen Medizin. Termine unter [www.daegfa.de](http://www.daegfa.de)

DÄGfA · Informationen unter: [www.daegfa.de](http://www.daegfa.de) · Telefon 089/71005 11



ASKLEPIOS

Nordseeklinik Westerland/Sylt

### 11. Insel-Workshop auf Sylt

am 25./26.01.2013

in der Dermatologie

10 Fortbildungspunkte beantragt

Infos unter Tel. 04651-84-1501

bei Frau Kießling,  
Chefarztsekretariat

Programm unter  
[www.asklepios.com/sylt](http://www.asklepios.com/sylt)

### GCP-Training für Prüfärzte

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



Zertifizierte Akupunktur-Kompaktkurse  
ÄK anerkannt

Robinson Club Nobilis / Türkei  
23.11. – 02.12.2012

Infos unter: 09331-87400  
[www.gsa-akupunktur.de](http://www.gsa-akupunktur.de)



Kaiserin Friedrich-Haus

## Veranstaltungen der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

- 15.–18.11.2012 **Neues aus den Spezialfächern für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten** – 102. Klinische Fortbildung –
- 07.–18.01.2013 **16. Wiedereinstiegskurs** für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall
- 08./09.03.2013 **42. Symposium für Juristen und Ärzte:** Medizin und Recht in Kindheit und Alter
- 30./31.05.2013 **Das Deutsche Gesundheitssystem –** Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Kaiserin Friedrich-Stiftung  
für das ärztliche Fortbildungswesen  
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin (Mitte)  
Telefon 030/308 88 920  
Telefax 030/308 88 926  
[c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de](mailto:c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de)  
[www.kaiserin-friedrich-stiftung.de](http://www.kaiserin-friedrich-stiftung.de)

**DELTA Steuerberatung**

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

**DELTA**

**Die Berater für Ärzte  
seit über 50 Jahren**

www.kanzleidelta.de · Tel. 040 / 611 850 17



Steuerberatung statt Steuerverwaltung.  
**Speziell für Ärzte!**

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

**ETL | ADVIMED**  
Steuerberatung 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  
Telefon: (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

**Sie sind Spezialist  
auf Ihrem Gebiet!**

**Wir auch.**

**Kompetenz rund um den Heilberuf.**

Beratung mit Branchenwissen:  
www.berater-heilberufe.de/Qualifikationen  
info@berater-heilberufe.de



2006-2011



**KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER**  
Steuer+Unternehmensberatung

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



**Ihr Experte für fachbezogene  
Steuerberatung seit 80 Jahren!**

**www.BUST.de**

BUST Niederlassung Hamburg: Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg  
Telefon: 040 271 4169-0, E-Mail: hamburg@BUST.de

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

Per E-Mail ist das auch möglich:

**Info@wels-verlag.de**

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



## Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 14. November 2012, 18:00 bis 20:00 Uhr

### ► Versorgung von Frakturen und Amputationsverletzungen ③\*

Vortrag im Rahmen des Hamburger Notfallmedizinischen Kolloquiums.

Asklepios Klinik St. Georg, Abt. für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Schmerz- und Rettungsmedizin

**Ort:** Asklepios Klinik St. Georg, Sitzungssaal Haus J, 2. OG, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg

**Anmeldung nicht erforderlich.**

Mittwoch, 14. November 2012, 19:00 bis 21:30 Uhr

### ► Hamburger-Berliner Dialog Bipolare Störungen ④\*

Von der Kreativität und Produktivität bis hin zur leitliniengerechten Behandlung – Eine Erkrankung mit vielen Gesichtern. Asklepios Westklinikum Hamburg, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

**E-Mail: sylvia.meyer@asklepios.com**

Mittwoch, 14. November 2012, 13:00 bis 17:00 Uhr

### ► VI. Ochsenzoller Psychiatrietag ⑤\*

Thema: Burnout, Chronic Fatigue, Depression.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

**Ort:** Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 17, Mehrzweckhalle, Henny-Schütz-Allee 3, 22419 Hamburg

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

**E-Mail: k.schuemann@asklepios.com**

Mittwoch, 14. November 2012, 16:00 bis 18:00 Uhr

### ► Der Kindernotfall ③\*

Impulsvorträge mit praktischen Übungen und Falldiskussionen. Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Unfall- und Orthopädische Chirurgie

**Ort:** Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Haus 12, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 32 12;**

**E-Mail: s.scheel@asklepios.com**

Donnerstag, 15. – Freitag, 16.11.2012, jeweils 8:00 bis 17:20 Uhr

### ► Liver Pancreas Days – Operationskurs Leber- und Pankreaschirurgie ⑯\*

Interaktive Live-Operationen mit Tipps und Tricks sowie vertiefende Vorträge über die Techniken in dieser hoch spezialisierten Chirurgie.

Asklepios Klinik Barmbek, Allgemein- und Viszeralchirurgie

**Teilnahmegebühr:** 100,- €

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Seminarraum 1-3, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

**Anmeldung erforderlich, E-Mail: hpb.barmbek@asklepios.com**

Mittwoch, 21. November 2012, 18:30 bis 20:30 Uhr

### ► One Stop Shopping Schilddrüse ③\*

Schwerpunktthema Schilddrüse und Herz: die langfristige Wirkung einer subklinischen Hypothyreose.

Asklepios Klinik Harburg, Allgemein- und Viszeralchirurgie

**Ort:** Asklepios Klinik Harburg, Medienzentrum Haus 6, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 34 57;**

**E-Mail: e.schubert@asklepios.com**

Donnerstag, 22. November 2012, 16:00 bis 18:00 Uhr

### ► Barmbeker Nephrologen-Gespräche ③\*

Schwerpunktthema speziell für Neurologen:

Immunadsorption in der Neurologie.

Asklepios Klinik Barmbek, IV. Med. Abt. Nephrologie, Diabetologie, Dialyse + Neurologische Abteilung

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1 und 2, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 38 01;**

**E-Mail: k.wagner@asklepios.com**

Samstag, 24. November 2012, 9:00 bis 14:00 Uhr

### ► VI. Diabetes-Symposium ⑦\*

Update zu den Therapieoptionen und zur Progressionsminderung diabetesbedingter Folgeerkrankungen.

Asklepios Klinik St. Georg, Allg. Innere Medizin, Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetologie & Stoffwechsel

**Ort:** Hotel Grand Elysée, Rothenbaumchaussee 10, 20148 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 30 29;**

**E-Mail: s.bakar@asklepios.com**

## Ärzteakademie



# Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 28. November 2012, 18:00 bis 20:45 Uhr

## ► Aktuelle Strategien zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern ③\*

Aktuelles zur medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie bei Vorhofflimmern sowie zum 3D-Echo.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Abt. für Kardiologie

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

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 81 91-29 59;**

**E-Mail: s.sommer@asklepios.com**

Freitag, 30. November – Samstag, 1. Dezember 2012

oder Freitag, 1. Februar – Samstag, 2. Februar 2013,

jeweils 16:00 bis 21:00 Uhr / 9:00 bis 16:00 Uhr

## ► Echokardiografie Aufbaukurse ②⑤\*

Kurs für niedergelassene und klinisch tätige Fachärzte.

**Teilnahmegebühr:** 449,- €, für Ärzte in der Weiterbildung 399,- €

Asklepios Westklinikum Hamburg, Kardiologie

**Ort:** Asklepios Westklinikum Hamburg, Haus 4, Kardiologie, Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;**

**E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com**

Freitag, 30. November 2012, 12:00 bis 19:00 Uhr,

Samstag, 1. Dezember 2012, 9:00 bis 14:30 Uhr

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

Wir gehen ausführlich auf die Befunderhebung ein und diskutieren u. a. Methoden für unterschiedliche Fragestellungen.

Asklepios Klinik Wandsbek, Abt. Neurologie

**Teilnahmegebühr:** 158,- €

**Ort:** Bucerius Law School, Hochschule für Rechtswissenschaft,

Auditorium Maximum, Jungiusstraße 5, 20335 Hamburg

**Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;**

**E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com**

Samstag, 1. Dezember 2012, 9:00–12:00 Uhr

## XXXVII. Hamburger Medizinisches Symposium ④\*

Praxisorientiertes, breit gefächertes Vortragsprogramm.

Asklepios Klinik St. Georg, Hanseatisches Herzzentrum

**Ort:** Hotel Hafen Hamburg, Elbkuppel-Saal, Seewartenstr. 9, 20459 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 79;**

**E-Mail: e.schmitz@asklepios.com**

Mittwoch, 5. Dezember 2012, 16:00 bis 19:30 Uhr

## ► Update Urologie – Kongressnachlese 2012 ④\*

Überblick über klinisch relevante Ergebnisse des Kongressjahres.

Asklepios Klinik Altona, Abt. für Urologie

**Ort:** Empire Riverside Hotel, Bernhard-Nocht-Str. 97, 20359 Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 10;**

**E-Mail: i.mensing@asklepios.com**

Mittwoch, 5. Dezember 2012, 16:30 bis 18:00 Uhr

## ► Psychopharmaka: Neue Produkte, neue Indikationen, neue Studien ②\*

Vortrag im Rahmen der Ochsenzoller Vorlesungen.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Fort- und Weiterbildung

**Ort:** Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Henny-Schütz-Allee 3, Haus 2, Konferenzraum, 22419 Hamburg

**Anmeldung nicht erforderlich.**

26. Januar 2013, 9:00 bis 17:15 Uhr

## ► Das Polytrauma ⑧\*

Der aktuelle Versorgungsstandard und effektive Konzepte für das Rettungsteam.

Asklepios Klinik Barmbek, Abt. Anästhesiologie und operative

Intensivmedizin, in Kooperation mit AGNN und

TraumaManagement®

**Teilnahmegebühr:** 20,- € (15,- € bei Frühbuchung bis 30.11.2012)

**Anmeldung erforderlich bis 17.01.2013. Fax: (0 40) 18 18-82 98 09;**

**E-Mail: anaesthesie.barmbek@asklepios.com**

\*Fortbildungspunkte

(weitere Termine umseitig)

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