

03•10

10. März · 64. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 20

Benzodiazepine
Fluch und Segen der
Medikamente

Forum Medizin | 28

Critical-Illness-Polyneuropathie
Erfolg durch
frühe Intervention

Forum Medizin | 36

Genitalverstümmelung
Gynäkologen
helfen in
Äthiopien



Magische Medizin

Das Thema | 12

Prof. Dr. Stefan Winkle (†) schrieb
über die Heilkunst der Naturvölker



Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Für die Hamburger Asklepios Kliniken entscheidet sich jeder zweite Krankenhauspatient in der Hansestadt. Wir sind das größte private Krankenhauscluster an einem Standort in Europa. Diesen Erfolg erbringen neun Kliniken im Stadtgebiet, die nahezu alle medizinischen Fachrichtungen von der Anästhesiologie bis zur Zahnheilkunde abdecken. Mit mehr als 12.000 Mitarbeitern aller Qualifikationsstufen, darunter etwa 1.800 Ärztinnen und Ärzte, sind wir nicht nur der größte, sondern auch der wichtigste private Arbeitgeber Hamburgs und versorgen ambulant und stationär rund 400.000 Patienten pro Jahr.

Hervorragende Arbeitsbedingungen Exzellente berufliche Perspektiven

für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie für Fachärztinnen und Fachärzte aller Fachrichtungen

Es gibt viele gute Gründe für Ihre berufliche Zukunft bei den Asklepios Kliniken Hamburg:

- Unsere Kliniken gehören dem Krankenhausarbeitgeberverband Hamburg an, der als einer der ersten Arbeitgeberverbände Deutschlands einen arzt-spezifischen Tarifvertrag mit dem Marburger Bund abgeschlossen hat. Erst im Januar wurden neue tarifliche Bedingungen verhandelt, die eine Vergütung oberhalb der meisten derzeit gültigen Tarifverträge vorsehen.
- Neben den üblichen Sozialleistungen können wir unseren Mitarbeitern an den großen Kliniken unternehmenseigene Kindertagesstätten bieten. Attraktive Teilzeitmodelle zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind für uns selbstverständlich.
- Unsere Chefarzte verfügen in der Regel über die volle Weiterbildungsmächtigung im jeweiligen Fachgebiet. Ergänzt wird die ärztliche Weiterbildung durch umfangreiche Fortbildungsangebote der zertifizierten Ärzteakademie und durch das Online-Fortbildungsprogramm.
- Unsere ärztlichen Mitarbeiter schätzen besonders den unkomplizierten Zugang zur Asklepios Zentralbibliothek Online (AZBO). Sie bietet Ihnen in großem Umfang kostenfreien Zugang zu medizinischen Journalen und Datenbanken im Volltextformat.
- Die berufliche Weiterentwicklung unserer ärztlichen Mitarbeiter ist uns ein zentrales Anliegen. Daher fördern wir neben dem kontinuierlichen Ausbau medizinischen Fachwissens durch spezielle Personalentwicklungsmaßnahmen auch den Ausbau von Führungs- und Managementkompetenzen unserer Ärztinnen und Ärzte.
- Das Asklepios Future Hospital hat seine Referenzklinik in Hamburg-Barmbek und macht die Adresse Hamburg zum globalen IT-Referenzzentrum im Krankenhausbereich.
- Auf dem Gebiet der Klinischen Forschung und Entwicklung stellt Asklepios Proresearch mit weltweit mehr als 100 Auftraggebern und der Teilnahme an mehr als 180 multinationalen Studien die größte klinische Forschungsorganisation Deutschlands dar.
- Das „Green Hospital“ ist ein Projekt, in dem Asklepios gemeinsam mit General Electric das erste Projekt in Europa zur Umsetzung von mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen hier in Hamburg realisieren will.
- Im Rahmen vielfältiger Kooperationen mit externen Partnern profitieren unsere Mitarbeiter von günstigen Konditionen bei Dienstleistern (z.B. HVV), Freizeitangeboten (z.B. Meridian Spa, Hotels ...) und diversen Versicherungs- und Finanzdienstleistungen.
- In den vergangenen fünf Jahren hat Asklepios mehr als 150 Millionen Euro aus Eigenmitteln in die Hamburger Kliniken und ihre medizinische Leistungsfähigkeit investiert.

Haben wir Sie überzeugt?

Mehr Informationen erhalten Sie unter www.asklepios.com. Dort finden Sie auch Präsentationen unserer einzelnen Kliniken und Fachabteilungen. Bewerbungen senden Sie bitte direkt an die Personalabteilung des für Sie interessanten Krankenhauses oder zentral per E-Mail an bewerbung@asklepios.com oder an

Herrn C. Pape, Leiter Unternehmensbereich Personalmanagement,
Rübenkamp 226, 22307 Hamburg



Dr. Hanno Scherf
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes
und Internist in Hamburg

»Nicht nur die jüngere und modernste Medizin ist faszinierend, das archaische hat seinen Reiz bis heute.«

Magische Medizin

Sie haben ein letztes Mal das intellektuelle Vergnügen, eine Arbeit von Stefan Winkle (1911–2006) zu lesen, der wie kein anderer das Hamburger Ärzteblatt über das letzte halbe Jahrhundert geprägt hat, eine „Nachlass-Trouvaille“. Brillant und spielerisch zieht Winkle Register vergleichender Völkerkunde und deckt Bezüge zu unserem Alltag auf, die uns größtenteils verloren gegangen sind.

Welch primitives Denken und welcher Aberglaube aus der Vorzeit lebt noch fort in unserem Unterbewusstsein, unserer Sprache und unseren Bräuchen? Winkle schreibt über Menschenopfer, Beschneidung, Totem, Tabu, Tatoo, Trepanation, Matriarchat, Dämonen, Schamanen. Er erklärt, warum Blut ein ganz besonderer Saft ist und geht ein auf Blutopfer, Blutsbrüderschaft, Blutschande, Blutrache, Monatsblutung und Schächten.

Wie ging man mit der unbekanntem Krankheit um, mit ihrem Dämon, wie mit dem Tod? Winkle schreibt über Bestattungsgebräuche, über Totenfessel, Steingrab, Hünengrab, Sarg, Urne und Grabbeigaben, über Trauerformen bis hin zu den im Orient bei der Beerdigung abgefeuerten Gewehrsalven.

Diverse Speisegewohnheiten unterschiedlicher Religionen werden erläutert. Warum meiden Juden und Mohammedaner Schweinefleisch und wir weitgehend Pferdefleisch?

Welchen Sinn hatte ursprünglich die Couvade, das Johannisfeuer, was hat es mit der ausgehauchten Seele auf sich?

Warum halten wir beim Gähnen die Hand vor den Mund und was macht man stattdessen in Malta und Sizilien?

Welchen Sinn haben in Afrika die bei primitiven Stämmen in die Oberlippe eingelegten Riesenscheiben?

Welche Bedeutung hatten Schatten und Schattendasein? Vergessene Bräuche aus der Steinzeit, von primitiven Völkern, von Juden, Griechen, Römern, Germanen bis hin zum Hexenglauben und Aberglauben unserer jüngsten Vorfahren werden ausgebreitet und gedeutet.

„Erkennt Euch selbst – im Brauchtum der Naturvölker und eurer Ahnen!“, scheint Winkle uns zuzurufen.

Sie ahnen nun, was unsere Ahnen bewegte, und dies zu lesen, ist bewegend. Nicht nur die jüngere und modernste Medizin ist faszinierend, auch das archaische hat bis heute seinen Reiz.

Magische Medizin und scheinbare Hexerei bei Wassersucht beschreibt Theodor Fontane in einer Passage aus dem „Stechlin“, die Sie im Blauen Heinrich finden.

Auf die Tragödie von Haiti mit ihren historischen Wurzeln, die das kürzliche Erdbeben nochmals übersteigert und ins Bewusstsein der Weltöffentlichkeit gebracht hat, wird in Bild und Hintergrund eingegangen, wo über Toussaint Louverture, den tragischen Helden Haitis, den Türöffner zur Freiheit und zum Elend, berichtet wird.

Hanno Scherf

Moderne Investitionsförderung
zu günstigen Konditionen

In Zusammenarbeit mit



Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung. Moderne Investitionsförderung für Ärzte.

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

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

03•10

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Stefan Winkle (†), ehemaliger Direktor des Hygiene Instituts Hamburg, befasste sich mit der Medizin von Naturvölkern (Seite 12). **Dr. Jes Matthias Wiemer**, Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg (ZRH) am Berufgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg, beschreibt die Behandlung bei Critical-Illness-Polyneuropathie (Seite 28). Die freie Journalistin **Antje Soleimanian** hat mit Rüdiger Nehberg über die „Karawane der Hoffnung“ gesprochen (Seite 36).



Das Thema

- 12 **Magische Medizin**
Die Heilkunst der heute noch lebenden Naturvölker
Von Prof. Dr. Stefan Winkle (†)

Service

- 6 Gratulation
7 In memoriam
8 Verlorene Arztausweise
24 Sicher verordnen
25 Diagnose-Quiz
26 Terminkalender
40 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6•10 **Personalien** · Peter Haase verstorben · Abschied von Prof. Dr. Eberhard Gross · „Hamburger Hausärzte“ gegründet · Neue Leitung in der Chirurgie, AK St. Georg · Clearingstelle eingerichtet · Kinderärzte gegen „Nachrezeptieren“ · Mehr Geld für Ärzte · Vereinbarung zur Honorierung ambulanter und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif

Gesundheitspolitik

- 20 **Benzodiazepine** · Zeit des Erwachens. Von Sandra Wilsdorf, Prof. Dr. Christian Haasen
23 **Hausarztzentrierte Versorgung** · Bereinigungswahnsinn und Vergütungschaos. Von Dr. Silke Lüder

Forum Medizin

- 28 **CIP** · Deutliche Erfolge durch frühe Intervention. Von Dr. Jes Matthias Wiemer, Dr. Jean-Jacques Glaesener
31 **Bild und Hintergrund** · Türöffner für Haitis Freiheit und Elend. Von Dr. Hanno Scherf
32 **Der besondere Fall** · Ein diagnostisches Dilemma. Von Dr. Annette Hofer, Dr. Stefan Schmiedel, Prof. Dr. Ansgar W. Lohse, Prof. Dr. Gerd-Dieter Burchard
34 **Aus der Schlichtungsstelle** · Dickdarmkarzinom fehlerhaft diagnostiziert und operiert. Von Dr. Herbert Pröpfer
36 **Genitalverstümmelung** · Eine Karawane der Hoffnung. Von Antje Soleimanian
38 **Hanse Hernienzentrum Hamburg** · Kooperation im Sinne des Patienten. Von PD Dr. Henning Niebuhr, Dr. Carsten Möllmann, Prof. Dr. Marco Sailer
40 **Der blaue Heinrich** · Wassersucht. Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 41 **Ärztchamber Hamburg** · Prüfungstermine für auszubildende Medizinische Fachangestellte
41•42 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Gratulation

zum 100. Geburtstag

17.03. **Dr. med. Werner Kremser**
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 95. Geburtstag

05.04. **Dr. med. Ernst-Wilhelm Neuling**
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 90. Geburtstag

07.04. **Dr. med. Rolf Ertel**
Facharzt für Augenheilkunde

zum 85. Geburtstag

21.03. **Dr. med. Johannes Gluth**
Facharzt für Chirurgie

zum 80. Geburtstag

19.03. **Prof. Dr. med. Franz Schulte**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

zum 75. Geburtstag

16.03. **Prof. Dr. med. Heinz-Peter Leichtweiß**
Arzt

25.03. **Prof. Dr. med. Hans-Peter Heilmann**
Facharzt für Radiologie

ZUM 70. Geburtstag

17.03. **Dr. med. Jost Fischer**
Facharzt für Innere Medizin

17.03. **Dr. med. Dirk Strüven**
Facharzt für Augenheilkunde

21.03. **Dr. med. Deniz Uyak**
Facharzt für Innere Medizin

30.03. **Dr. med. Horst Pantenburg**
Facharzt für Innere Medizin

30.03. **Wolfgang Petersilie**
Facharzt für Orthopädie

01.04. **Dr. med. Hedwig Dürr**
Praktische Ärztin

07.04. **Dr. med. Horst-Peter Jagella**
Facharzt für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

09.04. **Dr. med. Rolf-Dietrich Jänz**
Facharzt für Urologie

11.04. **Dr. med. Hedwig Greiner**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

ZUM 65. Geburtstag

17.03. **Dr. med. Rudolf Albiez**
Facharzt für Nervenheilkunde

17.03. **Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Stein**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

18.03. **Dr. med. Jutta Wernicke-Lues**
Fachärztin für Psychiatrie

19.03. **Dr. med. Wolfgang Rebien**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

21.03. **Dr. med. Ursula Linn**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

21.03. **Rainer Schicht**
Facharzt für Innere Medizin

Nachruf Peter Haase, der Grafiker des Hamburger Ärzteblattes, ist Ende Januar im Alter von 53 Jahren völlig unerwartet verstorben.

Dem Blauen Heinrich ein Gesicht gegeben

Jahrelang hatten wir im Hamburger Ärzteverlag die längst überfällige grafische Neugestaltung des Hamburger Ärzteblattes vor uns hergeschoben, als mich vor mehr als zwei Jahren Bernd Roloff, unser Anzeigenakquisiteur anrief und mitteilte, er habe für die grafische Gestaltung eines anderen Objektes einen Grafiker aus Lüneburg gefunden, mit dem er hervorragend zusammenarbeite. Dieser Grafiker war der Diplom-Designer Peter Haase. Als Haase mir vor dem ersten Treffen seine Vita zuschickte, hatte ich ernste Zweifel, ob sich unser Blauer Heinrich diesen Grafiker leisten könnte.



Peter Haase

Haase war bereits seit über Jahren im Bereich Print-Journalismus sowohl freiberuflich als auch in leitender Position im Verlag Gruner & Jahr tätig. Nach Abschluss seines Studiums 1985 hat er nicht nur in Deutschland, sondern in London, Paris und Buenos Aires für viele Zeitschriften und Magazine Relaunches durchgeführt, aber auch eine ganze Reihe von Magazinen konzeptionell mitentwickelt und diese eingeführt. Über mehrere Jahre produzierte Haase als Art Director die Geschäftsberichte eines großen Hamburger Konzerns in der Gesundheitswirtschaft und die Kundenmagazine eines weiteren Konzerns. Seit 2003 engagierte er sich in der Hamburger Akademie für Publizistik als freiberuflicher Dozent sowie als Berater verschiedener Institutionen. Es ist nicht möglich, hier auch nur die Titel der Zeitschriften und Magazine zu nennen, an deren Entwicklung er maßgeblich mitgewirkt hat.

Für den Blauen Heinrich, unser Hamburger Ärzteblatt, war der 2008 von Haase durchgeführte Relaunch ein großer Gewinn. Haase, im Auftritt eher zurückhaltend, hat

es verstanden, das Besondere des Blauen Heinrich ins Layout zu transponieren, indem er mit großer Souveränität und zugleich behutsam die vormals überlangen Textstrecken durch sein Grundlayout lesbarer machte und jede Ausgabe unverwechselbar zu anderen Ärzteblättern gestaltete. Die Gespräche mit ihm über das Hamburger Ärzteblatt, insbesondere die Gestaltung des nächsten Titelblattes, aber auch über Kunst, Literatur und gutes Essen, und sein trockener Witz werden uns allen im kleinen Hamburger Ärzteverlag fehlen. Haase hat dem Hamburger Ärzteblatt vor zwei Jahren mit seiner Gestaltung ein modernes, unverwechselbares Gesicht gegeben und dabei trotzdem das Besondere des Blauen Heinrich bewahrt. Sein Freund und Kollege Michael von Hartz und unsere Redakteurin Nicola Timpe werden die Gestaltung des Blattes in seinem Sinne fortführen.

Donald Horn

Geschäftsführer des Hamburger Ärzteverlages

Marburger Bund Landesverband Hamburg e. V.

Einladung zur Jahreshauptversammlung
am Montag, 22. März 2009, 19 Uhr
im Saal 1 des Ärztehauses Hamburg
Humboldtstraße 56

Tagesordnung:

1. Begrüßung
2. Tätigkeitsbericht

- Bericht über das Jahr 2009
 - Tarifpolitik – Tarifabschluss mit dem KAH
 - Ausblick auf 2010 – Wahlen
3. Haushaltsabschluss 2009
 4. Bericht der Kassenprüfer
 5. Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung
 6. Wahl des Vorstandes
 7. Wahl der Kassenprüfer
 8. Verschiedenes



Prof. Dr. Eberhard Gross

Abschied Prof. Dr. Eberhard Gross – eine Würdigung für einen außergewöhnlichen Menschen, der niemals aufhören wird, Arzt zu sein.

Disziplin und Freude am Detail

Zuhause erlebt man den Chirurgen Prof. Dr. Eberhard Gross in seiner persönlichen Bescheidenheit als zurückhaltenden Menschen, der aber, kommt das Gespräch auf die Medizin, auf-

lebt und eine für den Laien mehr als fremde Welt ausbreitet. Diese gibt sich voller Kultur mit Freude am Detail, mit unendlichen Kenntnissen der Medizin im Allgemeinen und chirurgischer Methoden im Besonderen, mit Achtung und Würdigung seiner Kollegen, Lehrer und Schüler. Seine Welt ist weit weg vom Gegenständlichen oder Materiellen – auch weit weg von der Zeit, die für ihn oft eine andere ist als die für seine Umgebung. Seine Oberärzte, Assistenten und Mitarbeiter ächzen unter diesem Anspruch. Er aber führt seine Aufgaben in größter Ruhe und absoluter Disziplin zu Ende – seine Patienten und Einweiser danken es ihm.

Geboren 1944 in Ahrensberg (Mecklenburg) als jüngstes von sieben Kindern muss die Familie bei Kriegsende fliehen und findet Zuflucht in Irmtraut (Westerwald). Der Vater (als ehemaliger Verwalter eines Großgrundbesitzes) wird bis 1950 von den Sowjets im ehemaligen Konzentrationslager Buchenwald interniert, ohne Grund, Parteigenosse war er nicht, er war halt ein „Großkopfiger“. Gross besucht eine Klosterschule in Holland, dann das Gymnasium in Hadamar bis zum Abitur 1964. Seine Wehrpflicht beendet er mit dem Dienstgrad eines Fahnenjunkers, mit seinem Staatsexamen wird er zum Stabsarzt ernannt.

Nach dem Medizinstudium in Gießen (Staatsexamen 1971; Promotion 1975) und seiner Medizinalassistentenzeit in Hanau und Karlsruhe steuert er zielstrebig in die Chirurgie, zunächst zu Prof. Stiller nach Hanau, lernt die Gallenwegs-Chirurgie, wird schnell Facharzt und Oberarzt. Dann geht er zu Prof. Eigler nach Essen, wo er sich besonders der Chirurgie des Anus, des Ösophagus und der entzündlichen Darmerkrankungen widmet. Hier wird er 1986 nach seiner Habilitation beamteter Professor.

Wir wissen, dass Eingriffe dieser Art in besonderem Maße von der Suffizienz der Anastomosen abhängen. Den chirurgischen Anastomosen- und Pouch-Techniken gilt sein wissenschaftliches Interesse. Hier liegen seine besonderen Erfolge.

1989 erhält er einen Ruf ans Allgemeine Krankenhaus Barmbek. Hier ist gerade die neue „Abteilung für viscerale und Thoraxchirurgie“ geschaffen worden, alle anderen für die Bauch- und Thoraxchirurgie wichtigen Fächer sind vertreten.

In Hamburg widmet sich Prof. Gross neben der colorectalen besonders auch der Pankreas-Chirurgie. Gleiches gilt für die Minimal invasive Chirurgie (MIC), deren Zukunftsfähigkeit er sogleich erkannt hat. Er gehört 1991 mit seinen Kollegen Brölsch, Rückert und Teichmann zu den Gründern des Hamburger MIC-Symposiums.

Aber was nützen all diese aufwändigen Methoden, wenn eine genügende Radikalität bei Tumorerkrankungen nicht erreicht wird? So bringt er die TME (Totale mesorektale Excision) von Essen nach Hamburg mit, als sie noch nicht unter dieser Bezeichnung bekannt war. Er gehört zu den ersten, der diese Methode anwendet. Mehr als 50 Arbeiten sind von ihm aus dieser Zeit in der Zeitschrift *Medline* aufgelistet.

Wir wünschen Dir ‚step by step‘ eine sanfte Eingewöhnung in Deinen neuen Lebensrhythmus und Deiner Frau, Sooklee Kim Gross, einen lernfähigen Ehemann, mit dem sie täglich ein paar Stunden die neu geschenkte Häuslichkeit teilen kann – dieser Satz stammt von (m)einer Frau! Der letzte Satz stammt von mir: Und Du, lieber Eberhard, beginne bitte nicht die Küchenschränke Deiner Frau aufzuräumen! Doch ernsthaft besteht diese Gefahr nicht. Soweit zu hören war, haben schon mehrere Interessenten bei ihm angeknöpft und um seinen Rat gebeten ...!

Prof. Dr. Wilhelm-Wolfgang Höpker

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 23.03. **Dr. med. Heiko Grimpe**
Facharzt für Innere Medizin
- 24.03. **Dr. med. Angelika Heege**
Ärztin
- 24.03. **Dr. med. Dieter Lange**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 24.03. **Dr. med. Juri Nowikow**
Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
- 24.03. **Dr. med. Wolfgang Weber**
Facharzt für Innere Medizin
- 27.03. **Dr. med. Rolf-Dietrich Staud**
Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
- 02.04. **Dr. med. Uwe Klemm**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 06.04. **Elke Kleinwächter**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 09.04. **Dr. med. Gabriele Hartmann**
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 09.04. **Dr. med. Gerald Stein**
Facharzt für Chirurgie
- 12.04. **Dr. med. Eckhard von Bock und Polach**
Facharzt für Innere Medizin
- 13.04. **Prof. Dr. med. habil. Klaus Rudolf**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

In memoriam

Dr. med. Maria Soetbeer
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
* 16.10.1916 † 05.12.2009

Corinna Dölle
Ärztin
* 21.12.1974 † 31.12.2009

Prof. Dr. med. Ernst-Joachim Hickl
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
* 18.01.1931 † 16.01.2010

Dr. med. Matthias Will
Facharzt für Innere Medizin
* 02.05.1952 † 19.01.2010

Dr. med. Max Tiedje
Facharzt für Chirurgie
* 11.11.1913 † 20.01.2010

Dr. med. Günter Kaleschke
Facharzt für Radiologie
* 18.09.1922 † 28.01.2010

Dr. med. Thomas Lange-Brock
Facharzt für Innere Medizin
* 18.01.1932 † 31.01.2010

Dr. med. Ernst Reusch
Facharzt für Augenheilkunde
* 28.07.1918 † 08.02.2010

Verloren

Ausweis von

- C 2231 Johannes Blank
04.03.2009
- C 450 Dr. med. Dr. med. dent. Andreas Brandes
05.04.2007
- C 986 Dr. med. Benita von Heyden
12.11.2007
Wilhelm Kath
- B 0676 Anke Kindermann
23.11.1995
- C 424 Dr. med. Anna Mackensen
27.03.2007
- C 2188 Patoni Teichmann
23.02.2009
- C 1666 Dr. med. Joerk R. Weiser
26.08.2008

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

Gefunden

... Vorsicht – Eis auf den Waldwegen

Am 5. Februar, es taute gerade, aber die Schlitterpartie der letzten Wochen auf vereisten, nicht geräumten (öffentlichen) Wegen ging für viele Fußgänger und Radfahrer weiter, schickte der Senat eine Pressemeldung, von der wir bis heute nicht genau wissen, ob sie ein verfrühter Aprilscherz gewesen sein soll.

„Vorsicht – Eis auf den Waldwegen“ war dort zu lesen. Es folgte die Bitte an alle Hamburgerinnen und Hamburger, den Wald nur wenn unbedingt notwendig zu betreten, da ein Winterdienst im Wald nicht möglich ist. Ach! Wie viele unnötige Glatteis-Opfer im UKE – die Unfall-Chirurgie musste die Bettenzahl verdoppeln und noch einen Pavillon zusätzlich belegen – wohl einfach nicht auf ihren Wald-Spaziergang verzichten wollten?

Oder aber die Behörde wollte eine Prüfung der Kassen zwecks Haftungsansprüchen bei Glatteis-Unfällen auf Waldwegen im Keime ersticken. Die paar Stadtunfälle sind ja zu wuppen – aber wenn der Wald auch noch hinzukommt? (Dass die Stadtflucht derartige Auswüchse angenommen hat, war uns nicht klar, aber liegt es nicht auf der Hand nach dieser Meldung?) Wer soll das alles bezahlen? Herr Rösler, wie wäre es mit einer Glatteis-Pauschale... | *ti*

„Hamburger Hausärzte“ gegründet



Dr. Stephan Hofmeister

Am 19. Januar 2010 wurde die Liste „Hamburger Hausärzte“ gegründet, die sich im Juni zur Wahl der Vertreterversammlung stellen will. Bislang wurden bereits 13 Kandidatinnen und Kandidaten nominiert.

Entstanden ist die Liste um eine Gruppe von Hausärzten, die sich Anfang Januar von der Liste „Hamburger Allianz“ abgespalten hat. Hintergrund ist die Erwartung, dass die haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiche in den KVen künftig jeweils eine größere Eigenverantwortlichkeit bekommen werden.

„Die Hausärzte werden in der kassenärztlichen Selbstverwaltung durch andere Gruppen dominiert“, so die Kritik der Gründungsversammlung. Die Redner bekannten sich klar zu einer eigenständigen hausärztlichen Interessenvertretung innerhalb der KV – angesichts der Verhandlungsmacht

der Kassen aber auch zum Kollektivvertrag und zu einem einheitlichen Auftreten aller Kassenärzte nach außen.

In ihrem Thesenpapier fordern die Gründungsmitglieder eine gerechte Vergütung aller hausärztlichen Leistungen. Pauschalen lehnen sie im Grundsatz ab. Die Liste will für regionale Gestaltungsspielräume kämpfen und wendet sich gegen eine Bevormundung durch Bundesverbände.

Die KV wurde von den Teilnehmern der Gründungsversammlung als zu bürokratisch, teilweise intransparent, zu langsam in der Abrechnung und darüber hinaus als „Service-Wüste“ kritisiert.

Die Gründungsmitglieder der „Hamburger Hausärzte“ formulierten ihren Anspruch, durch ihre aktive Mitarbeit die KV Mitarbeit im hausärztlichen Sinne zu optimieren - ohne die Ärzteschaft durch Zersplitterung zu schwächen.

*Dr. Stephan Hofmeister
Listenfürher der „Hamburger Hausärzte“*

Neue Leitung in der Chirurgie



Dr. Jörg Elsner

Dr. Jörg Elsner, bisher Geschäftsführender Oberarzt am Diakoniekrankenhaus Rotenburg/Wümme, wird ab dem 1. April als neuer Sektionsleiter der Plastischen-, Rekonstruktiven- und Handchirurgie des Chirurgisch-Traumatologischen Zentrums an der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg tätig sein.

Seine handchirurgische Ausbildung absolvierte er unter Prof. Dr. Peter Brüser am Malteser Krankenhaus in Bonn, bevor er ans Klinikum Bremen Mitte wechselte. Elsner ist Facharzt für Chirurgie/ Handchirurgie und Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie.

Elsner sieht seinen Tätigkeitsschwerpunkt sowohl in der akuten und elektiven Handchirurgie als auch in der modernen rekonstruktiven Chirurgie des Weichgewebes inklusive mikrochirurgischer Rekonstruktion durch Eigengewebeübertragung. Ein weiterer Tätigkeitsbereich wird die elektive Vorfußchirurgie sein. | *hüb*



Clearingstelle eingerichtet

Die angekündigte Clearingstelle zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen hat sich in Hamburg konstituiert und nimmt ihre Arbeit auf. Die gemeinsame Einrichtung von Ärztekammer Hamburg, Hamburgischer Krankenhausesellschaft (HKG) und Kassenärztlicher

Vereinigung Hamburg (KVH) mit Sitz bei der Ärztekammer prüft auf Antrag Kooperationsverträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. So sollen alle Beteiligten sicher sein können, mit ihren jeweiligen Kooperationsmodellen keine rechtlichen Bestimmungen zu verletzen. Ärztekammer Hamburg, HKG und KVH entsenden jeweils Juristen in die neue Einrichtung. Ihren rechtlichen Einschätzungen liegen vor allem berufs- und sozialrechtliche Bestimmungen zugrunde.

Im vergangenen Jahr hatte es eine breite Diskussion über Korruption und so genannte „Fangprämien“ im Gesundheitswesen gegeben. Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung hatten daraufhin beschlossen, den Organisationen auf Landesebene die Einrichtung von Prüfstellen zu empfehlen.

Kontakt: Clearingstelle, c/o Ärztekammer Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, per E-Mail: post@aekeh.de. | *san*

Kinderärzte wehren sich gegen „Nachrezeptieren“

Kinderärzte im Süderelberaum haben sich bei der Apothekerkammer beschwert. Die Beratungspraxis einiger Apotheken, Eltern aufzufordern, sich vom behandelnden Kinderarzt nachträglich ein Rezept ausstellen zu lassen, wird in einem Brief an die Apothekerkammer stark kritisiert. In dem von 18 Kinderärzten unterzeichneten Schreiben heißt es: Die Apotheker „führen ein nicht-ärztliches Beratungsgespräch durch, ohne unbedingt den aktuellen Stand der jeweiligen Therapie, die vermeintlichen Besonderheiten oder den körperlichen Zustand der jeweiligen Patienten zu kennen.“ Die Kinderärzte sehen die Problematik vor dem Hintergrund einer zweifachen Haftung.

Der Initiator der Initiative, Dr. Jürgen Stieh, nennt insbesondere den erheblichen Zeitaufwand als Problem. So sehen sich die Ärzte immer wieder den Wünschen und Ansprüchen der teilweise aufgebrachten und zornigen Patienteneltern ausgesetzt. Auch müssten Arzneimittel, die von den Apotheken empfohlen wurden, immer wieder wegen falscher Diagnosen ausgetauscht werden.

Die Apothekerkammer reagierte prompt und wies die aus ihrer Sicht pauschalen Vorwürfe der Kinderärzte zurück. „Hier findet eine Kommunikation über drei Ecken statt, insofern kann es leicht zu Missverständnissen kommen“, sagte Dr. Reinhard Hanpft, Geschäftsführer der Apothekerkammer Hamburg. Er könne sich vorstellen, dass Patienten versuchen, ihren Verordnungswünschen durch die Behauptung Nachdruck verleihen, der Apotheker habe ihnen eine nachträgliche ärztliche Verordnung angeraten oder gar zugesichert. Aus dieser Beobachtung die Forderung nach einer Verhaltensänderung aller Apotheker im Süderelberaum abzuleiten, hält die Apothekerkammer jedoch für unbegründet. Hanpft rät dazu, im Bedarfsfall das direkte Gespräch zwischen Kinderarzt und Apotheker zu suchen, bei dem sich manch ein Missverständnis schnell aufläre. | *dk*

Hamburger Ärzteorchester

Am 24. und 28. März 2010 spielen die Musiker des Ärzteorchesters in Hamburg.

Zwei Konzerte im März



Die musizierenden Ärzte, Zahnärzte, Apotheker sowie deren Angehörige des Hamburger Ärzteorchesters geben im März unter der Leitung von

Dirigent Thilo Jaques zwei Konzerte: Mittwoch, 24.03.2010, 19.30 Uhr Konzert in der Parkresidenz Poppenbüttel, Karl-Lippert-Stieg 1 (*Welche Stücke gespielt werden, stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest.*)

Sonntag, 28.03.2010, 11 Uhr Konzert in der Musikhochschule Pöseldorf, Harvestehuder Weg 12 Benefiz für das Hospiz im Helenenstift, Mozart für Flöte und Harfe, 1. von Beethoven.

Weitere Informationen stehen im Internet unter www.hamburgeraerzteorchester.de.

Ärztlicher Kulturkreis

Literarische Matinee am 13. März um 11 Uhr, Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg.

Literarische Matinee

Am Samstag, 13. März 2010, findet um 11 Uhr in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14, wieder eine Literarische Matinee des Ärztlichen Kulturkreises statt.

Dr. Katrin Wehmeyer-Münzing, Dr. Gerhard Stübner und Dr. Hanno Scherf lesen eigene Werke. Für die musikalische Umrahmung sorgt Dr. Sabine Börsch. Gäste, die eigene Werke vorstellen möchten, sind herzlich willkommen. Anschließend bietet der Kulturkreis bei einem kleinen Imbiss Gelegenheit zum persönlichen Gespräch und Austausch. Anmeldung und Information unter Tel.: 22 72 88 14 bei Christine Harff.

Tarifeinigung Der Marburger Bund hat sich mit dem Krankenhausarbeitgeberverband Hamburg auf neue Eckpunkte geeinigt.

Von *Angela Dickhöver-Döring*

Mehr Geld für Ärzte

Nach drei schwierigen Verhandlungsrunden konnte sich der Marburger Bund Landesverband Hamburg mit dem Krankenhausarbeitgeberverband Hamburg (KAH) auf Eckpunkte einer Tarifeinigung verständigen. Die Tarifvertragsparteien einigten sich auf eine Erhö-

hung der Tabellenentgelte ab dem 1. April 2010 um durchschnittlich 11 Prozent, eine weitere Tabellensteigerung um 3 Prozent ist im März 2011 vorgesehen. Die Einsatzzuschläge im Rettungsdienst werden entsprechend angepasst. Für Bereitschaftsdienst an Wochenenden und Feiertagen galt bisher die Regelung, dass ausschließlich 24 h Bereitschaftsdienst möglich waren. Zukünftig kann mit Zustimmung des Einzelnen in diesen Zeiten auch in einer Kombination aus bis zu 8 h Vollarbeit und 16 h Bereitschaftsdienst gearbeitet werden. Die Gruppe der Fachärzte profitiert von der Vorziehung der Stufen auf das 9. und 11. Jahr.

Hervorzuheben sind die neuen Zeitzuschläge für Nachtarbeit. Ab 1. April 2010 betragen diese 10 Prozent und ab 1. März 2011 25 Prozent des individuellen Stundenentgelts. Dies bedeutet eine Steigerung um ein Vielfaches des bislang gezahlten Zuschlags. Hierzu kommentiert Dr. Frank Ulrich Montgomery, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Hamburg: „Endlich wird Arbeit zu schlechten Zeiten in der Nacht besser bezahlt. Damit erhalten auch Ärzte für Arbeit unter erschwerten Voraussetzungen eine finanzielle Anerkennung, die für andere Berufe schon lange Zeit selbstverständlich ist. Dies mag die Kliniken vor wirtschaftliche Herausforderungen stellen, ist aber für die Metropole Hamburg wichtig, um interessante Rahmenbedingungen für Ärzte zu bieten. Mit dem Tarifabschluss können alle Seiten zufrieden sein.“

Der Vertrag läuft vom 1. April 2010 bis 31. Dezember 2011.

Tab. 1: Tabellenentgelt TV-Ärzte KAH 2010 ab 1. April 2010

| | 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Arzt | 3.730,00 € | 3.945,00 € | 4.095,00 € | 4.345,00 € | 4.665,00 € |
| | 1. Jahr | 4. Jahr | 7. Jahr | 9. Jahr | 11. Jahr |
| Facharzt | 4.920,00 € | 5.340,00 € | 5.700,00 € | 5.895,00 € | 6.100,00 € |
| Oberarzt | 6.180,00 € | 6.530,00 € | 6.855,00 € | | |
| CA-Vertreter | 7.250,00 € | | | | |

Tab. 2: Tabellenentgelt TV-Ärzte KAH 2010 ab 1. März 2011

| | 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Arzt | 3.842,00 € | 4.063,00 € | 4.218,00 € | 4.475,00 € | 4.805,00 € |
| | 1. Jahr | 4. Jahr | 7. Jahr | 9. Jahr | 11. Jahr |
| Facharzt | 5.068,00 € | 5.500,00 € | 5.871,00 € | 6.072,00 € | 6.283,00 € |
| Oberarzt | 6.365,00 € | 6.726,00 € | 7.061,00 € | | |
| CA-Vertreter | 7.468,00 € | | | | |

Vereinbarung zur Honorierung ambulanter und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif

Mit Wirkung vom 01. April 2010 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern bezüglich der Honorierung ambulanter und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte nach mündlichen Verhandlungen der Schiedsstelle folgende Einigung erzielt:

1. Ab 01. April 2010 bis zum 31. Dezember 2012 wird folgende Vereinbarung für die Vergütung ärztlicher Leistungen getroffen:

- Leistungen des Abschnittes M sowie Leistungen nach der Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 0,9-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- Leistungen der Abschnitte A, E und O des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 1,0-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- Die übrigen Leistungen werden mit dem 1,2-fachen des Gebührensatzes der GOÄ vergütet.

Die gesetzlichen Bestimmungen bleiben im Übrigen unberührt.

2. Die Vereinbarung läuft bis zum 31.12.2012 und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht eine der Parteien mit einer Vorlauffrist von mindestens 6 Monaten vor dem jeweiligen Ablauf eine Aufnahme von Verhandlungen verlangt. In diesem Fall gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder bis zu einem Schiedsspruch unverändert fort.

3. Wird die Zahl von 100.000 Versicherten im Basistarif überschritten, haben beide Parteien ein sofortiges Kündigungsrecht zu dieser Vereinbarung. Die Regelung der Nummer 2 Satz 2 gilt entsprechend.

4. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach und wirken darauf hin, dass die Vertragsärzte/Psychotherapeuten nur Leistungen abrechnen dürfen, die nach Art und Umfang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind.

Der PKV Basistarif umfasst nach den gesetzlichen Vorgaben ausschließlich eine nach Art und Umfang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Versorgung. Eine Vergleichbarkeit der Leistung im PKV-Basistarif mit der Versorgung im Rahmen der regulären Vollversicherungstarife der privaten Krankenversicherung ist somit ausdrücklich nicht gegeben.

Die geschlossene Vereinbarung löst die gesetzliche Vergütungsregelung für ambulante ärztliche und belegärztliche Leistung im PKV-Basistarif mit Wirkung vom 01. April 2010 ab und gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2012. Dabei wurde die GOÄ als Grundlage der Vergütung entsprechend der Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beibehalten.

Für den PKV-Standardtarif gelten die bestehenden Vergütungsregelungen über den 31.03.2010 unverändert fort. | ho

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



Copyright der Lehrtafel: Rüdiger-Anatomie-Gesellschaft mbH, Falkensee

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

Allianz Private Krankenversicherung

Allianz 

Medizin der Naturvölker

Die Heilkunst der heute noch lebenden Naturvölker wird häufig als „magische Medizin“ bezeichnet. Bestimmte Ausdrücke unserer Sprache sind Reminiszenzen aus einer Zeit der Fiebergeister und Dämonen, in der Mensch und Krankheit als zwei völlig gesonderte Dinge galten.

Von Prof. Dr. Stefan Winkle (†)

Magische Medizin



Höhlenmalerei mit tanzendem
Medizinmann

„Die Entdeckungen, welche unsere europäischen Seefahrer auf fernen Meeren und auf entlegenen Küsten gemacht haben, geben uns ein ebenso lehrreiches als unterhaltendes Schauspiel. Sie zeigen uns Völkerschaften, die auf den mannigfaltigen Stufen der Bildung um uns herum gelagert sind, wie Kinder verschiedenen Alters um einen Erwachsenen herumstehen und durch ihr Beispiel ihm in Erinnerung bringen, was er selbst vormals gewesen und wovon er ausgegangen ist. Eine weise Hand scheint uns diese rohen Völkerstämme bis auf den Zeitpunkt aufgespart zu haben, wo wir in unserer eigenen Kultur weit genug würden fortgeschritten sein, um von dieser Entdeckung eine nützliche Anwendung auf uns selbst zu machen und den verlorenen Anfang unseres Geschlechts aus diesem Spiegel wieder herzustellen.“ (Aus Friedrich Schillers Antrittsvorlesung „Was heißt und zu welchem Zwecke studiert man Universalgeschichte?“, Jena am 26. Mai 1789.)

Von der Medizin prähistorischer Zeit wissen wir sehr wenig. Da die Schrift, ohne die es keine Geschichtsschreibung gibt, eine verhältnismäßig späte Errungenschaft des Menschen ist, kann man sich fast nur auf Indizien stützen. Beweise liefert uns vorwiegend die komparative Ethnologie, die vergleichende Völkerkunde, welche durch das Studium verschiedener Naturvölker unterschiedliche Entwicklungsstufen in der Gegenwart nebeneinander aufzuweisen vermag,

die in der Vergangenheit zeitlich aufeinander folgten. Wir dürfen wohl annehmen, dass sich die Menschen in der Steinzeit auch in medizinischer Beziehung ähnlich verhalten haben wie die jetzt noch in einer Steinzeit lebenden Naturvölker. Wir dürfen das umso mehr, als die medizinischen Anschauungen und Maßnahmen der unter sich entferntesten Eingeborenenstämme oft in wunderbarer Weise übereinstimmen. (1) Die Heilkunst der heute noch lebenden Naturvölker wird häufig als „magische Medizin“ bezeichnet. Der Primitive versucht, die Erscheinungen der Außenwelt, die in seinen Erlebnissen bewusst werden, in eine gewisse Ordnung zu bringen. (2) Da die wahren Zusammenhänge seinem Denken verschlossen sind, bilden sich in seinem Kopfe Assoziationen und Schlüsse, die wir aufgrund einer genaueren Naturbeobachtung als falsch erkennen, die ihm aber als erfahrene Realitäten, als Erkenntnisse erscheinen. Ein derartiges Denken, das sich auf ungenauen Ideenassoziationen, auf Vermutungen und falschen Schlüssen („post hoc, ergo propter hoc“) aufbaut, bezeichnet man als „magisches Denken“. Die aus diesem Denken entspringenden Handlungen, mit denen der Primitive auf dem Gebiet der Kunst, des Tanzes, der Medizin usw. seine Umwelt zu beeinflussen versucht, erscheinen den europäischen Forschungsreisenden zunächst als „Zauber“, als „Beschwörung“, da sie den Zusammenhang als falsch erkennen.



Mit dem Lärm von Trommeln und Rasseln sollten Dämonen erschreckt und ferngehalten werden

Würde auch ihnen der Zusammenhang als richtig erscheinen, so sprächen sie nicht von Magie, sondern von Erkenntnis, von Wissen, das sie als Macht empfinden.

Ein fremdes Wesen

Die früheste Idee vom Krank- und Gesundwerden war vermutlich die Fremdkörpertheorie. Der Splitter, der Dorn, das Steinchen, die Pfeilspitze, die durch die Haut eindringen, hemmen die Bewegung, erregen Schmerzen und mussten daher entfernt werden. Der Zusammenhang von Ursache und Wirkung war offenkundig.

Anderen Krankheiten aber, vor allem akuten Infektionen stand man zunächst völlig ratlos gegenüber. Eine äußere Ursache fehlte oder war trotz allen Nachdenkens nicht zu finden. Der prähistorische Mensch, dessen Leben ein ununterbrochener Kampf gegen die feindliche Umwelt, besonders gegen die Raubtiere war, betrachtete diese Art von Krankheit wahrscheinlich, ebenso wie die heutigen Primitiven, als ein fremdes, körperlich gedachtes Wesen, das einen plötzlich – wie ein wildes Tier – „befallen“ kann.

Fiebergeister und Dämonen

Diese Krankheitsvorstellung spiegelt sich deutlich in verschiedenen Redewendungen und

Wortbildern der meisten Sprachen. Wenn man heute z. B. davon spricht, dass jemand von einer Krankheit „befallen, ergriffen, betroffen, angefliegen, gepackt, geschlagen“ oder „überwältigt“ wurde, dass die Krankheit im Herzen oder im Magen „sitzt“ und dort „sticht, drückt“ und „wühlt“, dass das Fieber „kommt“ und „geht“, dass eine Seuche „ausbricht“ (wie ein Raubtier aus dem Käfig), so denkt kaum noch jemand daran, dass diese Ausdrücke Reminiszenzen aus einer Zeit sind, für die Mensch und Krankheit als zwei völlig gesonderte Dinge galten. Man glaubte an nächtliche Fiebergeister und Dämonen (Alpe), welche die im Schlaf auftretende Brustbeklemmung verursachen sollten, wie man sie besonders nach Magenüberfüllung oder bei Angina pectoris-Anfällen schreckvoll träumend erlebt und die man heute noch in Erinnerung daran „Alpdruck“ nennt. Ferner glaubte man, es gäbe Dämonen, die den Menschen durch Hieb, Stich oder Schuss verletzen könnten; daher hieß die Rippenfell- und Lungenentzündung „Alpstich“, der akute Muskelrheumatismus „Hexenschuss“ usw.

Die ontologische Krankheitsvorstellung, wonach das körperlich gedachte Übel von dem Menschen Besitz ergreifen, ihn aber auch wieder verlassen kann, kommt mit größter Anschaulichkeit in einem tibetanischen Märchen zum Ausdruck: Ein wassersüchtiger Mann betritt einen Lusthain, in dem ein Dämon haust. Als dieser den Wassersüchtigen zu befallen droht, tritt die Wassersucht hervor und spricht zu dem Dämon: „Was bedrohst du diesen Mann, den ich schon in Besitz genommen habe?“ (3) Da also die Krankheit als etwas Fremdes galt, das in den Kranken eindringen, von seinem Körper Besitz ergreifen kann, so musste man auch versuchen, sie wieder auszutreiben.

Feuer, Rauch und Lärm

Feuer, Rauch und Lärm pflegten gefürchtete Raubtiere zu verschrecken und fernzuhalten. Daher versuchte man vielfach, die Krankheit durch Räucherung und Lärm aus dem „Besessenen“ auszutreiben. Feuer und Rauch sind auch heutzutage noch wichtige Elemente primitiver Heilkunst. Aus dieser Anschauung rühren auch die uralten zeremoniellen Räucherungen, die man heute oft als Desinfektionsmaßnahmen deuten möchte. So wird z. B. im 4. Buch Mose (16, 49) davon berichtet, dass der Oberpriester Aaron anlässlich einer Seuche, die 24.000 Menschen dahinraffte, Feuer vom Altar auf seine Pfanne nahm und Räucherwerk darauf legte.

„Die Plage“, heißt es, „war angegangen unter dem Volke und Aaron räucherte und versöhnte das Volk und stand zwischen Toten und Lebendigen. Da ward die Plage abgewehrt.“ (4)

In den Alpenländern (wie z. B. im Berner Oberland) verwendete man noch im neunzehnten Jahrhundert hie und da Rauch zur Heilung, wobei man auf einem Becken mit glühenden Koh-

1| Abgesehen von der Ethnologie und vereinzelt archäologischen Funden mit medizinischer Beziehung gibt es zahlreiche Volkssagen und -sitten, religiöse Gebräuche und tief eingewurzelte abergläubische Ansichten, die wie Geistesfossilien aus jener Zeit bis in die Gegenwart der Kulturvölker hineinragen. Weitere Indizien liefert auch die Kinderpsychologie, behält doch der Primitiv in seinem Denken und Reagieren sein ganzes Lebens etwas vom Kinde. Aus diesen Quellen kann man in kritischer Sichtung jene Einzelheiten gewinnen, die mühsam zusammengesetzt das Mosaikbild der prähistorischen Medizin in ihrer Fremdartigkeit und Mannigfaltigkeit aufleuchten lassen.



2| Der primitive Mensch nimmt es in seiner unkritischen Art mit der Verbindung von Ursache und Wirkung nicht sehr genau. Allzu leicht erhofft er eine Wirkung von einer falschen Ursache. „Wenn ich einen Feind verwunde“, denkt er z. B., „so fließt sein Blut aus und er verliert damit seine Lebenskraft. Wenn ich das Blut eines Feindes trinke, so nehme ich dessen entweichende Lebenskraft in mich auf und werde dadurch noch stärker“. Hier haben wir zwei Beispiele für die Verbindung von Ursache und Wirkung, wobei die eine Folgerung richtig, die andere falsch ist.

3| Auch im deutschen Volksglauben gab es diese Vorstellung, was aus verschiedenen Beschwörungsformeln zu ersehen ist. So enthält z. B. folgende Aufzeichnung einen oberfränkischen Heilsegen gegen den „Friesel“, worunter das Volk verschiedene Exantheme wie Röteln, Masern verstand. Der Friesel ging über Land, da begegnete ihm Christus und fragte: „Friesel, wo willst du hin?“ Der Friesel antwortete: „Ich will in den Menschen“. „Was willst du im Menschen?“ „Ich will ihm großes Leid bringen, sein Fleisch fressen, sein Blut schwächen“. „Nein, Friesel, das sollst du nicht tun, das verbiete ich dir im Namen Jesu Christi. Du sollst in den grünen Wald gehen und sollst greifen und würgen Tag und Nacht bis an den jüngsten Tag. Das helfe mir Gott N.N. im Namen des Vaters usw. Amen.“ (Hovorka-Kronfeld. Vergleichende Volksmedizin. Stuttgart 1909, Bd. II, S. 700).

4| Die sog. „Notfeuer“ wurden zuerst im Jahre 742 erwähnt und zwar in den Beschlüssen der

Synode von Mainz, die unter dem Vorsitz von Bonifatius alle heidnischen Gebräuche (paganis) verbot: Totenopfer, Tieropfer, „sive illos sacrilegos, quos niedfy vocant, sive omnes quaeunque sunt paganorum observationes“. (Jacob Grimm, Deutsche Mythologie. 3. Ausg. 1854. S. 570)



5| Reinhard Hofschlaeger. Der Ursprung der indogermanischen Notfeuer. Arch. f. Gesch. d. Naturwiss. 6 (1913) 174.



6| Lucas-Championnière, Les origines de la trépanation. Paris 1912; K. Jäger. Beiträge zur frühzeitigen Chirurgie. Wiesbaden 1908.



7| R. Parkinson, Dreißig Jahre in der Südsee. Stuttgart 1907.

8| Matriarchat (Mutterrecht), gesellschaftliche Ordnung mit sozialer Vorrangstellung der Frau infolge der von Mutter auf Tochter durchgeführten Abstammungs- bzw. Erbfolge. Das Mutterrecht bildete sich einst unter bestimmten hackbäuerlichen Voraussetzungen im Orient, Alteuropa, Indien usw. heraus.

9| J. Lubbeck; Origin of Civilisation and the Primitive Condition of Man (1870) – A. Lang: The Secret of the Totem (1905); – E. Vattar, der australische Totemismus. 1925.

10| Rudolf Lehmann. Die polynesischen Tabusitten (1930). Frazer Taboo and the Perils of the Soul. (1922).

len Kräuter und andere Substanzen verbrannte und den Rauch nach dem Kranken hinlenkte. Als Zauberkräuter, die durch ihren narkotisch wirkenden Qualm vor allem die elbischen, stechenden und Schmerz bereitenden Dämonen vertreiben sollten, galten u. a. Mohn, Hanf, Schierling, Bilsenkraut, Alraune. Besonders gern wendete man die Räucherungen auch zur Heilung „Besessener“ an. Doch nicht nur mit dem Rauch, auch mit Feuer selbst versuchte man, Krankheiten zu heilen. So galt bei den Germanen das Feuer als Krankheit abwehrendes und heilendes Mittel. Schon in der Edda (Hávamál) heißt es: „Feuer ist das Beste gegen Krankheit“. Daher pflegte man sich bei Krankheiten ans Feuer zu legen. (5)

Sprung durchs Feuer

In den mittelalterlichen Bußbüchern der katholischen Kirche wurde immer wieder verboten, kranke Kinder ans Herdfeuer zu legen, weil es heidnisch sei. Man berief sich hierbei auf die Bibel, und zwar auf eine Stelle im Deuteronomium, wo vor Zauberei und Wahrsagerei gewarnt wird. Sie lautet: „Dass nicht unter dir gefunden werde, der seinen Sohn oder Tochter durchs Feuer gehen lasse ... Denn wer solches tut, ist dem Herrn ein Greuel ...“ (5. Mose XVIII, 10,12). Trotz der Verbote zündete man noch lange bei Auftreten von Seuchen Notfeuer an. Später entfachte man sie in regelmäßigen Zeitabständen, sozusagen prophylaktisch. Dabei wurde das Vieh dreimal durch die Flammen getrieben und die Menschen sprangen paarweise hindurch, um gegen die Seuche gefeit zu sein. Aus dem kultischen Notfeuer entwickelte sich im Laufe der Zeit der Brauch des Sonnenwend- oder Johannisfeuers, dessen ursprünglicher Sinn durch den Trubel der damit verbundenen Volksbelustigung immer mehr in Vergessenheit geriet. (5)

Wie bereits erwähnt, entnimmt der Primitive einen großen Teil seiner Hilfsmittel zur Bekämpfung von Krankheitsdämonen seiner Erfahrung aus dem Kampf mit seinen natürlichen Feinden. Wie diese sucht er den Dämon durch gewaltigen Lärm mit Trommeln und Rasseln, durch Grauen erregende Tänze, durch das Aufsetzen entsetzlicher Masken, die ihn selbst in einen noch furchtbareren Feind verwandeln sollen, zu erschrecken. Er legt Leopardenzähne oder Felle blutdürstiger Tiere an. So erklärt sich die seltsame Maskerade des Dämonenbeschwörers und Medizinmannes.

Oft glaubte man den Dämon, der noch nicht für ein gottähnliches, allwissendes Wesen gehalten wurde, überlisten zu können. In manchen Gegenden Chinas hängten besorgte Eltern bei Scharlach-Epidemien einen hohlen Kürbis an den Türpfosten ihrer Hütte, in der Hoffnung, der Krankheitsdämon könnte aus Versehen in den Kürbis hineinfahren. Wahrscheinlich sollte auch durch die zunächst so befremdende Sitte des Männerkindbettes (couvade), bei der sich der Vater anlässlich der Geburt eines Kindes

gleich einer Wöchnerin jammernd ins Bett legt, der Dämon des Kindbettfiebers von der Mutter abgelenkt werden. Eine ähnliche Täuschung böser Geister wird vielerorts durch Verkleidung oder Kleidertausch versucht. Dies glaubt man, auch durch das Tragen von zweierlei Strümpfen oder Schuhen oder durch verkehrtes Anziehen von Kleidungsstücken zu erreichen.

Bei manchen Volksstämmen änderte man zur Irreführung des Krankheitsdämons in Epidemiezeiten vorübergehend die Namen der Angehörigen. Eng verwandt mit diesem Täuschungsmanöver ist auch die Sitte, bei der man einen gefährlichen Dämon durch Verleihung freundlicher Namen zu besänftigen hoffte. Besonders mannigfaltig sind die Kosenamen, mit denen man in slawischen Ländern die Krankheiten bezeichnete: „Mütterchen-Blatter“, „Schwesterlein-Fieber“ etc. Auch bei uns gab es Zeiten, in denen man sich hütete, die Pest bei ihrem wahren Namen zu nennen. Sie war die gute, die gesegnete, die selige Gevatterin. Aus gleichen Erwägungen bezeichnete man den Tod als Freund oder Gevatter Hein.

Trepanierte Schädel

Die Vorstellung, dass ein fremdes Wesen in den Körper des Patienten eingedrungen sei, musste sich besonders bei Nerven- und Geisteskrankheiten aufdrängen. Ein Mensch, der seiner Umgebung von Kindheit an in seinen Gewohnheiten und seiner Lebensart wohl vertraut ist, verändert bei einem epileptischen Anfall schlagartig und unmotiviert sein Wesen. Er ist nicht mehr ansprechbar, tobt und schlägt um sich, will alles zerstören. Da bei diesen Krankheiten infolge heftiger Kopfschmerzen ganz offensichtlich eine Beziehung zum Schädel bestand, glaubte man, ein böser Dämon sei in das Haupt des Kranken hineingefahren. Nicht selten versuchte man in solchen Fällen durch Trepanation, d. h. durch Eröffnen des Schädels, den Weg freizumachen, um mit magischen Mitteln das feindliche Wesen auszutreiben. In neusteinzeitlichen Gräbern fand man Hunderte trepanierter Schädel. Bei unseren heutigen Vorstellungen von der Notwendigkeit peinlichster Asepsis müsste man das Gelingen solch schwerer Eingriffe bezweifeln, wenn nicht so mancher prähistorische Schädel mit vernarbten Knochenrändern beweisen würde, dass der Trepanierte die Operation gut überstanden hat. (6)

Auch in jüngster Zeit wurde von einzelnen Naturvölkern die Trepanation noch vorgenommen. So berichtet z. B. Parkinson anschaulich, was er persönlich über den Eingriff bei Erwachsenen und Kindern auf den Südseeinseln gesehen hat. Das Stirnbein wurde zunächst an einer Stelle freigelegt und mit einer geschärften Muschelschale der Knochen so lange geschabt, bis eine tiefe Furche und zuletzt eine Öffnung entstand. Durch magische Beschwörungen, rituelle Räucherungen, Maskentänze und ohrenbetäubenden Lärm glaubte man den bösen Geist erschre-

cken und austreiben zu können, zog sodann die Kopfhaut wieder über die Knochenwunde, legt heilkräftige Kräuter auf und „in kaum 10 Tagen konnte die Verletzung wieder geheilt sein.“ Parkinson kannte einen Eingeborenen, der diese Operation bei 31 Personen, von denen 21 nachweislich am Leben blieben, ausgeführt hatte. (7) Bisweilen mag diese magische Handlung wirklich zum Erfolg geführt haben, etwa durch Entlastung eines erhöhten Liquordruckes oder Loslösung etwaiger Verwachsungen der Hirnhäute, die ja als Ursache bei traumatischer Epilepsie eine gewisse Rolle spielen.

Tiere als höhere Wesen

In Tieren, die dem Menschen an Kraft und Schnelligkeit oft weit überlegen sind, erblicken die Primitiven höhere Wesen. In der matriarchalen Epoche der Naturvölker (8), für die der „Totemismus“ kennzeichnend ist, wurde die Abstammung der mütterlichen Sippe meist von einem gewissen Tier, dem so genannten „Totem“ abgeleitet, in dem man den Ahnen der Sippe verehrte. So zerfiel z. B. der indianische Senekastamm in die acht Sippen: Bär, Wolf, Biber, Schildkröte, Hirsch, Schnepfe, Reiher und Falke. Die Sippen des australischen Turra-Stammes hießen: Känguru, Eidechse, Wildgans, Butterfisch, Krähe, Emu, Hai, Lachs usw.

Diese Totemnamen sind gleichsam das Sippenwappen. (9) Auch die altrömische Wölfin dürfte ein „Totem“ gewesen sein. Die Eingeborenen halten das Totemtier für ihren Freund und Blutsverwandten, verschonen es auf der Jagd und verschmähen es, sein Fleisch zu essen. Das Totemtier, dessen Bild sie meist eintätowiert am Körper tragen, ist für sie „tabu“, d. h. unantastbar oder unverletzlich, mit Ausnahme der „Sakramentalen Mahlzeiten“, wo die Verspeisung des an sich unantastbaren Totemtieres zur heiligen Handlung der ganzen Sippe wird. (10)

Begriffe des Heiligen und des Unreinen

Der Begriff des Tabus verändert sich im Laufe der Entwicklung. Aus dem allgemeinen Begriff des Unheimlichen, Unverletzlichen, dessen Berührung Schaden bringt, entwickeln sich mit der allgemeinen Differenzierung des religiösen Denkens die Begriffe des Heiligen und des Unreinen. Das Heilige darf nicht angetastet werden, da es durch Berührung nicht nur entweiht, sondern auch die ganze Gemeinschaft schädigen würde. Die Berührung des Unreinen dagegen bringt nur dem Täter selbst Schaden. Gewöhnlich sind heilige Gegenstände solche, die das betreffende Zeitalter selbst verehrt, unreine aber solche, die in einer früheren Zeit verehrt wurden und später nur noch den Charakter des Unheimlichen an sich tragen. So sind die zahlreichen unreinen Tiere des altjüdischen Gesetzes (3. Mose 11) wahrscheinlich solche, die in der polytheistischen Frühzeit von bestimmten

Sippen als Totems verehrt, von den monotheistischen Nachkommen aber als dämonische bzw. „unreine“ Wesen verpönt waren. Der Versuch, dem mosaischen Schweinefleischverbot eine rationalistische Erklärung zu unterschieben, wie Renan es tat, der das Verbot auf die Furcht vor der Trichinose zurückführte, ist völlig abwegig. Abgesehen davon, dass noch nicht einmal sicher erwiesen ist, ob man damals die Trichinose als Krankheit überhaupt schon erkannte, werden im alttestamentarischen Speiseverbot neben dem Schwein auch eine Reihe anderer Tiere, z. B. Kamele, Pferde, Esel, Kaninchen, Hasen etc. als „unrein“ genannt. (11)

Das Schweinefleischverbot der Juden und Mohammedaner fiel nur deshalb auf, weil dieses Tier eines der Hauptnahrungsmittel benachbarter Völkerstämme war. (12)

Auch die heute noch in Deutschland weit verbreitete Abscheu vor dem Essen von Pferdefleisch ist religiösen Ursprungs. Da das Pferd den alten Germanen als heiliges Tier galt, dessen Fleisch bei Opferfesten verzehrt wurde, hat Bonifatius aus christlichem Bekehrungseifer nicht nur das Opferritual bekämpft, sondern rundweg das Pferdefleisch als „unrein“ hingestellt.

Bei den alten Juden galt alles, was Jahve gehörte oder in seinem Dienst stand, als tabu. Tabu war daher die Lade Jahves (die so genannte „Bundeslade“). Wer sie offen berührte, musste sterben (Usia 1 Sam. 6 u. 7). Geraubt verursachte sie im Lande der Philister eine schwere Pestepidemie und musste zurückgebracht werden. Ins Jahveheiligtum zu Silo und später zu Jerusalem durften nur die Priester und ins Allerheiligste der Hohepriester jährlich einmal eintreten, zuvor aber „musste er alles mit Räucherwerk erfüllen, auf dass er nicht sterbe“. Alle im Heiligtum befindlichen Gegenstände gehörten Jahve und waren daher tabu.

Durch die Übertragung des Tabubegriffs auf bestimmte Personen wie Häuptlinge oder Medizinmänner, die vielfach als Inkarnation des Totems galten, nahm ihr Einfluss sprunghaft zu. Je höher sie sich über die gewöhnlichen Stammesmitglieder erhoben, umso zahlreicher und strenger wurden auch die Tabuvorschriften (eine Art primitiver Etikette), die sie umgaben. Alles, was mit ihnen in Berührung kam, wurde für alle anderen ebenfalls tabu. So galten z. B. nach altjapanischer Sitte einst alle Kleider, die der Tenno oder Mikado (d. h. der Kaiser) von Japan getragen hatte, als tabu und mussten verbrannt werden, weil man glaubte, sie würden am Leibe eines gewöhnlichen Sterblichen Krankheit oder Tod verursachen. Aus gleichem Grund durften sich auch die Untertanen ihren gottähnlichen Fürsten nicht ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen nähern, zu denen auch der Kotau (das Niederwerfen und dreimalige Berühren des Bodens mit der Stirn) gehörte, „denn wer Gottes Antlitz sieht, muss sterben“. Aber auch tote Gegenstände in der Natur (z. B. ein Stein, in dessen Nähe sich zufällig ein Unglück ereignete) konnten als Tabu gelten. Die Erinnerung an sol-



11| Laut Leviticus (11) und Deuteronomium (14) war der Fleischgenuss folgender Tiere verboten: Kamel, Pferd, Esel, Hase, Schwein, Adler, Geier, Bartgeier, Falke, Rabe, Habicht, Regenpfeifer, Schwalbe, Strauß, Möwe, Käuzchen, Eule, Uhu, Pelikan, Storch, Wiedehopf, Fledermaus, außerdem Wiesel, Maus, Eidechsen, dann die nicht genau zu bestimmenden Tiere: anaqah, koach, letaah, chometh und tinsmeth. Als nicht tabuiert galt das Fleisch aller Wiederkäuer und Tiere mit gespaltenen Klauen: Ochse, Schaf, Ziege, Hirsch, Damhirsch, Gazelle, Steinbock, Antilope, Onyx, Taube, Turteltaube, Wachteln. Dieser aufgestellte Speisezettel bedeutete für das israelitische Volk eine große wirtschaftliche Einschränkung. Erst Christus hebt diese Tabugesetze auf durch das Wort: „Nicht was zum Munde eingeht, verunreinigt den Menschen, sondern was zum Munde ausgeht“ (Matth. 15,11).



12| Mohammed, der u. a. auch das mosaische Speiseverbot von Schweinefleisch übernahm, erlaubte Kranken, dasselbe zu essen, falls sie danach Verlangen hätten. Auch das spricht gegen eine Kenntnis der Trichinose-Ätiologie, da man sonst den ohnehin geschwächten Organismus des Kranken nicht der Gefahr einer etwaigen Trichinellen-Infektion ausgesetzt hätte. (Wassel Rasslan. Mohammed und die Medizin nach den Überlieferungen. Berlin 1934. S. 26.-Ahmed Kadri Hawasly, Infektion und Prophylaxe im Islam. Stuttgart 1944, S.9).



13] Auch der Sündenfall wurde als Tabu dargestellt, indem die Menschen das Verbot „Ihr sollt von dem Baume der Erkenntnis des Guten und Bösen nicht essen!“ übertraten.

14] Als Träger der Lebenskraft spielte das Blut eine wichtige Rolle bei den religiösen Opfern, insbesondere bei den Grabbeigaben. So glaubten die Griechen, man könne durch Blutopfer die Toten aus der Unterwelt zu weisenden Reden heraufholen. Das zeigt uns die großartige Szene bei Homer, wo Odysseus in das Totenreich hinabsteigt, dort den Schatten des Sehers Teiresias vom Opferblut trinken lässt und schmerzschüttert den beikommenden Schatten der eigenen klagenden Mutter mit dem Schwert abhalten muss, damit er sich nicht ebenso auf den belebenden Saft stürze.



15] An den Glauben, man könne sich mit der Gottheit vereinigen, wenn man vom „Gottesblut“, d.h. vom Blute des heiligen Opfertieres trinkt (z.B. im persischen Mithraskult), erinnert auch noch der Kommunionwein im Mysterium des christlichen Abendmahls.



16] Nach der Bibel (Daniel 2, 28, 4, 2) und den griechischen Philosophen (Kritias bei Aristoteles, De an. I, 2,405 b 6.sgu.) hat die Seele ihren Sitz im Blut.

che Tabus erhielten sich bis in die jüngste Zeit im Bauernglauben von „unheimlichen“ Steinen und Orten (heidnischen Opfersteinen, Hünengräbern, heiligen Hainen etc.), deren Berühren oder Betreten Krankheit und Unglück zur Folge haben soll. (13)

Todesstrafe für das Essen von Blut

Eine ganze besondere Rolle im Tabuglauben der verschiedensten Völker spielte das Blut. Beim Erlegen eines gejagten oder beim Schlachten eines gefangenen Tieres beobachteten bereits die primitiven Jäger, dass mit dem aus der Wunde entströmenden Blutes auch das Leben erlosch. Mit der Überzeugung, dass die Lebenskraft an das Vorhandensein des Blutes im Körper gebunden sei, begann das Blut im Denken und Brauchtum der Primitiven eine immer größere Rolle zu spielen. (14)

So glaubte man z.B., sich die Lebenskraft eines erschlagenen Gegners oder Tieres einzuverleiben, wenn man dessen Blut trank. (15) Wie so viele heidnische Sitten wurde auch diese von den historischen Religionen verboten und für sündig erklärt. Damit wurde das Blut zum Tabu. Im Alten Testament wird für das Essen von Blut wiederholt die Todesstrafe angedroht. Die Stellen lauten: „Des Leibes Leben ist in seinem Blute, so lange es lebt, und ich habe den Kindern Israel gesagt, Ihr sollt keines Leibes Blut essen. Denn des Leibes Leben ist in seinem Blute. Wer es isst, der soll ausgerottet werden.“ (3. Buch Mose, Kap. 17, V. 14)

„Ihr sollt auch kein Blut essen weder vom Vieh, noch von Vögeln, wo ihr wohnt. Welche Seele würde irgendein Blut essen, die soll ausgerottet werden von ihrem Volke.“ (3. Buch Mose, Kap. 17, V. 26 und 27)

„Und welcher Mensch, er sei vom Hause Israel oder ein Fremdling, Blut isst, wider den will ich mein Antlitz setzen und will ihn mitten aus seinem Volke ausrotten. Denn des Leibes Leben ist im Blut“ (3. Buch Mose, Kap. 17).

Um den Genuss von Blut auf jeden Fall zu vermeiden, wurde dem Juden eine besondere Tötung des Schlachtviehs vorgeschrieben, die rituelle Schächtung. Auch hier behaupteten Hygieniker, dass man auf diese Weise („mit einem scharfen Messer, ohne Druck) nur „eine maximale Entblutung herbeiführen wollte, weil sich das Fleisch dann eben besser und länger konservieren lässt“. Die eigentliche Ursache dieser Vorschrift war aber bestimmt nicht eine derartige Überlegung, sondern die Angst, es könnte durch den Blutgenuss eine Seelenübertragung erfolgen. (16)

Für den primitiven Jäger und Nomaden galt das Blut als Träger der Lebenskraft seiner Sippe. Es diente deshalb zur Besiegelung von Freundschaften, Blutsbrüderschaften und besonders heiliger Verträge. (17)

Im Exodus wird berichtet, wie Moses den Bund zwischen Jahve und den Juden schloss. Er spritz-

te die eine Hälfte des Opfertierblutes auf das Volk, die andere Hälfte auf den Altar, indem er sprach: „Dies ist das Blut des Bundes, den der Herr mit Euch schließt“ (2. Buch Mose, 24). Da man im Blut die Lebenskraft der Sippe vermutete, betrachtete man jeden, der einen Angehörigen der gleichen Sippe verwundete oder sogar ermordete, als einen Sünder an der gemeinsamen Lebenskraft. Er lud somit eine schwere „Blutschuld“ auf sich. (18)

Sünderin gegen die gemeinsame Lebenskraft

Die geschlechtsreife Frau war aufgrund dieser Vorstellung eine Sünderin gegen die gemeinsame Lebenskraft schon durch ihre Natur. Sie galt bei Geburten, Menstruation und erstmaliger Hingabe an den Mann, den sie „zum Sündenfall verleitete“, als die „Erbsünde“ in Person. Deshalb wurde sie während der Menstruation und Geburten gemieden oder vorübergehend aus der Gemeinschaft ausgestoßen. Bei vielen Naturvölkern bringt man die Wöchnerin in einer aus Laubwerk hergestellten Hütte unter. Bei den alten Juden betrug die Absonderungszeit für eine Wöchnerin 40 Tage nach der Geburt eines Sohnes, 80 Tage nach der Geburt eines Mädchens (3. Buch Mose, 12). Auch die griechische Frau durfte 40 Tage nach einer Geburt keinen Tempel betreten. (19)

Das periodisch auf der Frau ruhende Tabu wandelte allmählich die Bedeutung von „unrein“ nicht im Sinne von unsauber, sondern von sündig, zur Sünde verführend. Unter dem Einfluss des Menstrualtabus war man im Mittelalter von der Schädlichkeit des Menstrualblutes so überzeugt, dass man sogar den Ursprung der Lepra auf den Geschlechtsverkehr mit menstruierenden Frauen zurückführte.

Auch die strenge Exogamie, die für totemistische Stämme bezeichnend war, und die geschlechtliche Verbindung nur zwischen Angehörigen verschiedener Sippen wurde ebenfalls durch den Blutberglauben und nicht durch eugenische Überlegungen herbeigeführt. Denn die mit der Defloration verbundene Blutung ließ den Inzest, d.h. den Geschlechtsverkehr zwischen Personen mit dem gleichen Totemtier allgemein als Sünde gegen die Lebenskraft der eigenen Sippe als „Blutschande“ erscheinen, wie es z.B. im tragischen Schicksal des Königs Ödipus zum Ausdruck kommt. Die Meinung, man hätte die unheilvollen Folgen der Inzucht erkannt und aus diesem Grunde eine Vermischung mit fremdem Blut angestrebt, traut primitiven Völkern eine biologische Einsicht zu, die erst viel später erworben wurde. Gegen diese Deutung spricht auch die Tatsache, dass in der matriarchalen Totemorganisation, in der das Kind stets zum Totem der Mutter gehörte, eine Heirat von Jüngling und Mädchen gleichen Vaters durchaus nicht verboten war, falls sie Kinder verschiedener Mütter waren. Das beweist auch die Bibel. Als Abraham von Abimelech zur Rede gestellt

wurde, wie er seine Frau Sarah als seine Schwester habe vorstellen können, antwortete er: „Sie ist wohl meine Schwester, denn sie ist die Tochter meines Vaters, aber da sie nicht die Tochter meiner Mutter ist, nahm ich sie zur Frau“ (1. Buch Mose 20,12). (20)

Tatauierungen als Schutz

Auch die Sitte des Tatauierens war ursprünglich eng verbunden mit der totemistischen Exogamie. Das meist im Rahmen einer Reifezeremonie (Pubertätsfeier, Initiation) vorgenommene Einschneiden, Einstechen oder Einbrennen von Totemmalen (Tieren oder Pflanzen) diente nicht als Schmuck, sondern zur Kennzeichnung der Sippenzugehörigkeit und damit der Vermeidung von Inzesten.

Unter dem Einfluss des bei den Naturvölkern weit verbreiteten Dämonenglaubens nahmen die Tatauierungen bald auch einen magischen Charakter an, indem sie als Abwehrzauber gegen böse Geister, Krankheitsdämonen und Verstorbene (Werwölfe) schützen sollten. Das erste schriftliche Zeugnis für diese Deutung ist eine Stelle aus dem Pentateuch, die auf den Totenkult Bezug nimmt. Sie ist auch deshalb von Bedeutung, weil sich mittelalterliche Schriftsteller auf sie berufen, wenn sie den Brauch ihrer Zeit, Tatauierungen als Schutz gegen Dämonen anzubringen, als der christlichen Religion widersprechend verwerfen. Der Text dieser Bibelstelle lautet: „Ihr sollt kein Mal um eines Toten willen an eurem Leibe reißen, noch Buchstaben an euch ätzen; denn ich bin der Herr (3. Mose 19, 28).

Vampire und Werwölfe

Totemistische Anschauungen, Dämonenfurcht und der Glaube an eine Seelenwanderung führten bei primitiven Völkern oft zur Wahnvorstellung, dass gewisse Menschen nach dem Tode nicht zur Ruhe kommen können, nachts ihrem Grabe entstiegen und in der Gestalt eines Tieres umgingen, um sich Opfer auszusuchen, denen sie Kraft und Blut aussaugen, so dass diese krank werden und schließlich ebenfalls sterben. Man bezeichnete diese aus Angst und Aberglauben erträumten Wesen als Vampire oder Werwölfe. Besonders Seuchen, die plötzlich mit elementarer Gewalt über einen Stamm oder eine Herde hereinbrachen und Menschen oder Tiere in der Blüte ihrer Kraft dahinrafften, hat man oft auf das Wüten solcher Krankheitsdämonen zurückgeführt. Man glaubte, die umherirrende Seele des Vampirs zur Ruhe bringen zu können, indem man durch den Kopf der verdächtigen Leiche einen großen Nagel oder einen Pfahl stieß. Schon in prähistorischen Gräbern Schlesiens hat man Schädel gefunden, durch die ein großer eiserner Nagel getrieben war. Um den Toten ganz und gar zu vernichten, ging man vielerorts zur Leichenverbrennung über und schloss dann die Asche noch in eine Urne ein. Der Umstand jedoch, dass die Toten sogar nach ihrer Verbren-

nung in den Träumen der Zurückgebliebenen erschienen, spielte eine wesentliche Rolle bei der Bildung des Glaubens an eine Doppexistenz. Demnach konnte sich vom sterblichen Körper ein unsterbliches Wesen, die Seele, trennen. Diese Anschauung fand ihre scheinbare Bestätigung auch darin, dass der Träumende sich in fernen, fremden Gegenden zu bewegen, mit anderen Personen zusammenzutreffen und allerlei Abenteuer zu erleben glaubte, während doch sein Körper zur selben Zeit für alle sichtbar am gleichen Orte blieb. Das Traumleben war auf diese Weise in hohem Grade mitbeteiligt an der Entstehung des Glaubens an übernatürliche Wesen, die den Schranken der Leiblichkeit, des Raumes und der Zeit entrückt sind.

Furcht vor Wiederkehr der Toten

Besonders interessant sind auch die wahren Gründe, die zur Leichenbestattung bei den Primitiven führten. Auch hier dachte man, dass das Begraben und Verbrennen der Toten aus hygienischen Überlegungen, d.h. aus Angst vor Ansteckung, entstanden sei. In Wirklichkeit kann man jedoch diese Sitten nur aus der Gedankenwelt des primitiven Menschen heraus verstehen. Alp- und Fieberträume, in denen er auch Verstorbene leibhaftig vor sich sah, vermischten sich bei ihm oft mit wahren Erlebnissen. Auch war er durch seine unregelmäßige Lebensweise, die häufig wechselnden Zustände von Hunger und Überernährung, Alpträumen, Visionen und ekstatischen Zuständen in viel höherem Maße ausgesetzt als der in geordneteren Verhältnissen lebende Kulturmensch. Daher zweifelte er, ob die Verstorbenen wirklich tot seien und fürchtete, sie könnten wiederkehren und Angehörige der Sippe oder des Stammes nach sich ziehen. Um ein Wiederkehren zu verhindern, wälzte man riesige Steine auf den Bestattungsort, wie man es bei den Hünengräbern in unserer Region überall sehen kann. Die Steine galten gleichzeitig als Warnungszeichen für die Annäherung an die unheimliche Totenstätte. (21) Zur größeren Sicherheit schloss man den Begrabenen in einen Behälter aus Stein oder Holz ein, der sich in Form des Sarges bis in die Gegenwart erhalten hat.

Die Totenfurcht des Steinzeitmenschen kommt besonders in der so genannten „Leichenfessel“ zum Ausdruck. Man findet die hockenden Skelette mit zusammengeschnürten Armen und Beinen, wodurch ihnen das Verlassen des Grabes offenbar unmöglich gemacht werden sollte. Vielfach trennte man den Toten den Kopf ab, um ihn gesondert zu bestatten. Auch nähte man Mund und Augen zu, wovon unser Brauch, dem Verstorbenen die Augen zuzudrücken, noch ein Rest ist.

Die Furcht vor der Wiederkunft des Toten spiegelt sich heute noch in vielen Begräbnissitten wieder, die sich besonders im Orient erhalten haben. Man lärmt und schießt hinter der Bahre, um den Toten zu erschrecken und ihm das

17| Die Auffassung, dass die Seele im Blut enthalten sei, spiegelt sich auch in zahlreichen Volkssagen wieder, die von Verträgen mit dem Teufel handeln. Solch ein Teufelsvertrag musste nach dem Glauben des Volkes mit Blut besiegelt werden. Im Blut ist die Seele enthalten. Folglich fällt dem Teufel auch die Seele des Menschen durch die Blutunterschrift anheim.



18| Aus dieser Gedankensphäre ist auch die Sitte der Blutrache entsprungen; man glaubte, dass das Blut eines Getöteten „über seine Mörder kommt und wieder nach Vergeltung schreit“, die von den Blutsverwandten des Opfers an dem Mörder oder dessen Verwandten vorgenommen werden müsste.

19| Viele Verbote, die aus dem gefürchteten Unreinheitszustand der Wöchnerinnen hervorgegangen sind, haben sich auch bei Kulturvölkern bis in die jüngste Vergangenheit erhalten. So durfte z.B. in den verschiedenen Gegenden Deutschlands (Franken, Thüringen, Bayern, Schlesien usw.) eine Wöchnerin keinen Gärtler betreten, weil sonst der Wein oder das Bier umschlagen könnte, keine Früchte einmachen, weil sie verderben würden usw. Vieles von diesem Aberglauben wurde auch mit der menstruirenden Frau in Verbindung gebracht. 20| Die matriachale Epoche schien den Begriff der Vaterschaft, d.h. den Zusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr und Geburt, noch nicht gekannt zu haben. Als z.B. die Athener in die Geschichte eintraten, waren sie schon in patriarchale Sippen eingeteilt; dass aber vorher matriachale Sippen bestanden, dafür spricht der Umstand, dass die Sippen-genossen als homogalktes, d.h. „mit derselben Milch Genährte“ bezeichnet wurden, und dass „adelphos“ (verschwistert) soviel heißt wie demselben Mutterleib (delphys=Gebärmutter) entsprossen. Auch dass die lateinische Bezeichnung für Ehe matrimonium und nicht patrimonium heißt, erinnert an das alte Mutterrecht. Im Deutschen sind ebenso die Worte „Brautchaft, Bräutigam“ mütterrechtlich gedacht und besonders auch die Worte „Geschwister, Geschwisterkinder“ statt dem vaterrechtlichen „Gebrüder“ usw. (Johann Jakob Bachofen. Das Mutterrecht. Basel 1897, 2. Auflage).



Scheiben in der Oberlippe verschiedener afrikanischer Stämme („Pelele“) gegen das Eindringen von Krankheitsdämonen

Die peruanische Huaco-Vase aus Ton bildet eine Raubkatze ab und war eine Grabbeigabe



Wiederkommen zu verleiden; man schafft den Sarg auf Irrwegen zum Friedhof und dreht ihn häufig um, um den Toten in der Wegrichtung irrezuführen. Aus Angst vor dem Toten, die später vielfach durch die Angst vor dem Krankheitsdämon, der den Verstorbenen dahingerafft haben soll, ersetzt wurde, versuchte man, sich unkenntlich zu machen, indem man die Kleider zerriss, das Antlitz zerkratzte, die Haare abschor und das Haupt mit Asche bestreute. Manche Eingeborenstämme bemalten aus dem gleichen Grunde die dunkle Haut ihres Körpers mit weißer Farbe. Ebenso ist die vom Alltäglichen abweichende Frauenkleidung, z. B. schwarz bei den Europäern, weiß bei den Chinesen eine Reminiszenz an solche Ängste. Auch das Geschrei der Klageweiber sollte ursprünglich den Geist des Toten bzw. den Krankheitsdämon verscheuchen. Erst später wich das Gefühl der Furcht dem Gefühl der Verehrung, der Pietät.

Der Brauch, dem Verstorbenen nicht nur Nahrung, sondern auch seine Waffen und seinen Schmuck mitzugeben, entsprang nicht nur dem Wunsch, den Toten zu versorgen oder günstig zu stimmen, sondern auch dem Glauben, dass selbst seiner Habe etwas Unheilvolles anhafte und ihre Benutzung daher nicht ratsam sei. Dieses Vorurteil erstreckte sich oft selbst auf die Umgebung des Toten und hat vielfach die vorübergehende Absonde-

rung der „unreinen (tabuierten)“ Hinterbliebenen bis zu ihrer rituellen Reinigung zur Folge.

Die Seele ausgehaucht

Da sich der Tote vom Lebenden äußerlich zunächst nur darin unterscheidet, dass er nicht mehr atmet, lag es nahe, den Atem mit der Seele zu identifizieren. (22)

Man glaubte, dass der Atemhauch, der bei kühler Witterung als weißes Wölkchen vor dem Munde des Menschen sichtbar wird, ständig zu entweichen strebt und immer wieder zurückgezogen wird, bis er im Tode ganz und für immer den Körper verlässt. Auf der westlich von Sumatra gelegenen Insel Nias war es bis in die jüngste Zeit Aufgabe des ältesten Sohnes oder sonst des nächsten Verwandten, diesen letzten Hauch mit dem Munde aufzufangen und damit die Seele des Toten in sich aufzunehmen.

Das lateinische Wort für Seele „anima“ bedeutet ursprünglich so viel wie Lufthauch. Auch das griechische Wort „pneuma“ hat die Doppelbedeutung: Lufthauch = Seele. Noch im deutschen Sprachgebrauch der Gegenwart haucht der Sterbende seine Seele aus.

Analog dem Glauben, die Seele würde durch Mund und Nase den Körper verlassen, nahm man auch an, dass böse Geister durch die gleichen Körperöffnungen in den Menschen eindringen könnten. Die aus der Nasenscheidewand über den Mund herabhängenden und ihn daher bedeckenden Ringe oder großen Schildpattplatten, wie sie besonders für die Eingeborenen der melanesischen Santa-Cruz-Inseln bezeichnend sind, sowie die mächtigen Scheiben in der Oberlippe verschiedener afrikanischer Stämme („Pelele“) sollten ursprünglich das Eindringen von Krankheitsdämonen verhindern und haben erst später den Charakter von Schmuck angenommen.

Auch das Handvorhalten beim Gähnen sollte ursprünglich den Dämonen den Eintritt in den Mund verwehren. Die Sizilianer und Malteser schlugen beim Gähnen ein Kreuz mit dem Daumen vor dem offenen Munde.

Körperlose Seele

Bei der Entwicklung des animistischen Begriffs einer immateriellen Substanz, einer körperlosen Seele, spielten neben dem Atem noch verschiedene Phänomene wie Rauch, Dampf, Nebel, die zwar alle sichtbar, aber nicht greifbar sind, eine Rolle.

Es ist auffallend, dass in allen Mythologien den zur übersinnlichen Welt gehörigen Wesen (Geistern, Dämonen) ein physikalisches Verhalten zugeschrieben wird, das wir am Rauch und anderen Gasen studieren können. Sie lösen sich von Stoffen, werden unabhängig, vermögen in geschlossene Räume einzudringen, wechseln beständig ihre Gestalt und Größe und verschwinden in nichts. Um die Entstehung animistischer Vorstellungen zu verstehen, muss man

bedenken, dass der Begriff der Sinnestäuschung eine Erkenntnis ist, die dem Primitiven entgeht. Wenn wir z. B. auf einer Wiese eine menschliche Gestalt zu sehen glauben, die sich beim Näherkommen in Nebel auflöst, so erkennen wir, dass wir das Opfer einer Selbsttäuschung waren, dass unsere Phantasie uns einen Streich gespielt hat, dass wir eine Illusion hatten. Früher war das anders. Das verdeutlicht eine kongolesische Sage: „Fischer ruderten zu einer Stelle, wo sie ihre Netze ausgelegt hatten. Da erblickten sie voller Ärger eine Gestalt, die sich offenbar an den eingefangenen Fischen vergreifen wollte. Sie ruderten schneller, je näher sie aber kamen, umso blasser und verschwommener wurde die Gestalt, bis sie sich in Nebel auflöste. Es war Sogolo, der Dämon der Schlafkrankheit.“ (23)

Auch der Schatten hat – ebenso wie Rauch und Nebel – die Eigentümlichkeit, sichtbar, aber nicht tastbar zu sein. Er wurde daher bei allen Naturvölkern zur übersinnlichen Welt gerechnet. Häufig galt er als die Seele des Menschen, so bei den Eskimos und bei den Maori, ja auch in unserem Volksglauben, was z. B. in der Geschichte von Peter Schlemihl, der dem Teufel seinen Schatten, seine Seele verkauft hat, zum Ausdruck kommt. Geister- und Krankheitsdämonen, die nur ein Schattendasein führen, können deshalb nach dem Volksglauben selbst keinen Schatten haben. So heißt es in einer dalmatinischen Sage, ein Bauer sei auf dem Heimwege nach seinem Dorf von einem unheimlich aussehenden Gesellen eingeholt worden, der keinen Schatten hatte. Als der Bauer fiebernd zu Hause ankam, wütete dort bereits die Seuche. Der Fremde ohne Schatten war nämlich die Pest. (24)

„Personifizierte“ Naturkräfte

In dem bedrückenden Gefühl der Abhängigkeit von den mächtigen Kräften der Natur, in der Ohnmacht gegenüber ihrem geheimnisvollen Walten begann der Naturmensch überall immaterielle Geister zu vermuten. Er begann seine Umwelt zu „beseelen“ und die Naturerscheinungen als bewusste Handlungen von Dämonen zu deuten. Er „personifizierte“ die Naturkräfte, wie es die Griechen taten, indem sie diese als menschenähnliche Wesen auffassten. In jedem Baum lebte nach ihrer Auffassung eine Dryade, in jeder Quelle eine Nymphe, im Blitz und Donner zürnte Zeus, das Meer beherrschte Poseidon, auf dem Sonnenwagen fuhr mit feurigen Rossen Apollo. Die Winde hielt Aeolus in einem Sack verschlossen, und er entfesselte den Sturm nach seinem Belieben, wenn er den Sack öffnete. Aus der Furcht vor dem Walten dieser unheimlichen Kräfte entsprangen zahlreiche Gebräuche, Verbote, Zeremonien und Tabus. Da infolge epidemischer Krankheiten und schlechter Ernten jahraus, jahrein viele Menschen starben, glaubte man, dass die Dämonen Menschenopfer forderten. Deshalb versuchte man, die erzürnten Geister prophylaktisch zu besänftigen.

Menschenopfer

Man opferte im Frühjahr zur Saatzeit Menschen, bisweilen sogar die eigenen Kinder, um eine gute Ernte zu sichern oder dem Ausbruch von Seuchen vorzubeugen. Solche blutigen Menschenopfer wurden in der Neusteinzeit häufig durchgeführt. Später opferte man nicht mehr die eigenen Kinder, sondern Sklaven, meist junge Knaben oder jungfräuliche Mädchen. Auch die griechische Sage vom Minotaurus auf Kreta, dem die Athener jährlich zwölf Jünglinge und zwölf Jungfrauen zur Opferung liefern mussten, hängt mit dieser Sitte zusammen. Das „Ver sacrum“ der Römer war ursprünglich ebenfalls ein blutiges Frühlingsfest. Allmählich verloren die Opferungen ihren grausamen Zug. Man begnügte sich damit, der Gottheit geweihte Tiere als Opfer darzubringen. In der biblischen Geschichte von der Opferung Isaaks (1. Mose, Kap. 22) wird dieser Übergang so versinnbildlicht, dass der Engel Gottes Abraham einen Widder unter das gezückte Messer legt. Dasselbe trifft auch für die Darstellung Homers zu, wonach Agamemnon seiner Tochter Iphigenie der erzürnten Artemis zum Opfer darbringen wollte, und diese ihm eine Hirschkuh unterschob.

Beschneidungsritual als magische Opferhandlung

Wahrscheinlich ist auch der Ursprung der Beschneidung auf den uralten Brauch der Menschenopfer zurückzuführen. Die rationalistische Deutung, wonach man mit dieser rituellen Vorschrift die Infektionsgefahr beim Geschlechtsverkehr bewusst herabzusetzen versuchte, ist völlig abwegig. Dass es sich bei der Beschneidung ursprünglich um ein magisches Opfer handelte, welches gegen dämonische Einflüsse schützen sollte, beweist eine Stelle aus dem Alten Testament, die sich auf die Rückkehr des Moses nach seiner Berufung bezieht: „Also nahm Moses sein Weib (Zippora und seine Söhne und führte sie auf einem Esel und zog wieder in das Ägypterland [...]. Und als er unterwegs in der Herberge war, überfiel ihn Jahve und suchte ihm das Leben zu nehmen. Da nahm Zippora einen scharfen Stein, schnitt damit die Vorhaut ihres Sohnes ab und berührte damit seine Scham, indem sie sprach: Ein Blutbräutigam bist du mir! Da ließ von ihm ab [...].“

Der Sinn der Beschneidung, die übrigens auch bei den alten Ägyptern üblich war, dürfte wohl darin zu suchen sein, dass man an Stelle des Erstlingsopfers dem Dämon nur einen Teil des Körpers darbrachte. Die Forderung, wonach die Beschneidung nur mit Steinmessern vorzunehmen sei (Josua 5,3) zeigt, dass die Wurzeln dieser religiösen Sitte bis in die Steinzeit reichen.

Prof. Dr. Stefan Winkle, war ehemaliger Leiter des Hygiene Instituts Hamburg. Er starb im Dezember 2006. Diesen Artikel verfasste er in den 60er Jahren.



21| Später, als die ursprüngliche Bedeutung der Bestattung verloren ging, fasste man den Grabstein als ein Erinnerungsmal für den Toten auf und suchte ihn dann auch in diesem Sinne auszugestalten.



22| In diesen alten Vorstellungen, wonach die Lebenskraft bzw. die Seele an das Blut (griechisch: Haima) oder an den Atem (griechisch: Pneuma) gebunden sein soll, sehen wir bereits die Keime der späteren hämatischen und pneumatischen Lehre vorgebildet, die in der Medizin seit der Antike bis in die jüngste Vergangenheit eine bedeutende Rolle gespielt haben.

23| Marcel Guyot.



24| JvO Zamurovic, Dalmatinske legende. Zagreb 1912, S.19

Benzodiazepine

Bei einer Podiumsdiskussion im Ärztehaus diskutierten Experten Fluch und Segen dieser Medikamente.

Von Sandra Wilsdorf

Zeit des Erwachens

Die alte Dame lebt im Pflegeheim und nimmt seit vielen Jahren Benzodiazepine, um nachts besser schlafen zu können. Ihre Hausärztin spricht sie darauf an, will ihren Konsum reduzieren. Doch die alte Dame weigert sich, hat keinerlei Motivation für einen Entzug. „Ohne die Schlaftabletten sind die Nächte unerträglich“, sagt sie ihrer Hausärztin. Und die fragt bei einer Podiumsdiskussion über „Fluch und Segen der Benzodiazepine“ im Ärztehaus die Kollegen um Rat: „Was tun?“ Auf Initiative des Arbeitskreises Suchtpolitik der Ärztekammer Hamburg hatte die Fortbildungsakademie eine Reihe renommierter Experten zum Thema eingeladen. Unter der Moderation von Dr. Klaus Behrendt, Chefarzt der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen in der AK Nord/Ochsenszoll, diskutierten sie die Problemlage aus unterschiedlichen Perspektiven.

Drei Phasen der Abhängigkeit

Dr. Rüdiger Holzbach, Chefarzt der Abteilung Suchtmedizin der LWL-Kliniken Lippstadt/Warstein und Experte für die Behandlung von Medikamentenabhängigkeit, machte zunächst klar, dass er keine Indikation für Langzeitverschreibung kenne und plädierte für eine äußerst kritische Verschreibungspraxis. Er erklärte die drei Phasen der Ab-

hängigkeit und wies darauf hin, dass Nebenwirkungen schon aufräten, lange bevor sich die eigentliche Sucht ausbilde. So komme es in der ersten Phase zur allmählichen Gewöhnung. Bei gleichbleibender Menge führe diese zur allmählichen Unterdosierung. Die damit verbundenen Entzugssymptome würden häufig nicht richtig gedeutet und die Dosis erhöht. In der dann folgenden zweiten Phase zeigten sich Langzeitnebenwirkungen: Die Patienten würden vergesslicher, hätten ein abgeschwächtes Gefühlserleben, sähen die Ursache dafür aber meist noch nicht in den Benzodiazepinen. Die dritte Phase schließlich sei von Kontrollverlust gekennzeichnet, der Patient verspüre körperliche Entzugssymptome, erhöhe die Dosis deutlich und wende immer mehr Zeit dafür auf, sich die Substanzen zu besorgen und sich von ihnen zu erholen. Holzbach wies in diesem Zusammenhang auf die lange Halbwertszeit einiger Präparate von bis zu 150 Stunden hin: „Nach sechs Tagen sind beispielsweise 20 Milligramm des ersten Tages abgebaut, inzwischen aber schon fünf weitere Tabletten eingenommen worden.“ Der Suchtmediziner kritisierte, dass Benzodiazepine häufig über lange Zeiträume verschrieben würden, ohne die Nebenwirkungen wirklich zu überprüfen. Er empfahl dafür den so genannten „Lippstädter Benzo-Check“ (www.lwl.org/

[klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf](http://www.klinik_warstein_bilder/pdf/BenzoCheck.pdf)) zu nutzen.

Dr. Claus Wächtler, Chefarzt der Gerontopsychiatrie in der AK Nord-Ochsenszoll, führte zunächst aus, dass Benzodiazepine auch bei älteren Menschen ihre Berechtigung hätten, wenn es darum ginge, akute psychiatrische Krankheitsbilder, wie starke Unruhe, Agitation oder Suizidgefahr, zu behandeln. „Allerdings mit im Alter verträglicher Substanz (z.B. Oxazepam), niedrigstmöglich und in der Regel zeitlich befristet.“ Patienten vertragen Benzodiazepine mit zunehmendem Alter immer schlechter, „deswegen stellen wir auch bei längerem Missbrauch die Indikation für einen Entzug, sofern die Patienten dazu bereit sind.“ Bei einem Teil der Patienten würde ein Gespräch über die Problematik der langfristigen Einnahme des Medikaments schon reichen, um sie dazu zu bewegen, die Dosis langsam zu reduzieren und schließlich ganz wegzulassen.

Ein Leben ohne Benzos

Auch Prof. Christian Haasen, Leiter des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung am UKE, plädierte dafür, Patienten von einem Leben ohne Benzodiazepine zu überzeugen und kritisierte das mangelnde Problembewusstsein: In Deutschland seien etwa zwei

Millionen Menschen von Alkohol abhängig und etwa eine Million von Benzodiazepinen. „Auf Entzugsstationen aber ist das Verhältnis 20:1. Die Suchtmedizin erreicht diese Patientengruppe offenbar nicht.“ Das liege auch daran, dass das Problem als solches nicht ausreichend wahrgenommen würde.

Berufsrechtliche Dimension

Dass die Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen aber auch eine berufsrechtliche Dimension hat und damit Folgen für den verschreibenden Arzt haben kann, beleuchtete Dr. Jasper Kiehn, Leiter der Abteilung Berufsordnung der Ärztekammer. Er wies darauf hin, dass die Berufsgerichte eine unkritische Verschreibung von Benzodiazepinen keineswegs als Kavaliersdelikt sehen würden und erläuterte den Informationsfluss: Die Ärztekammer erfahre über Angehörige von Patienten, Apotheker oder ärztliche Kollegen, wenn sie den Eindruck hätten, jemand bekomme zu lange oder zu viele Benzodiazepine verschrieben. Nicht selten beschwerten sich auch die Patienten selbst – meist dann, wenn sie die bislang immer zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verschriebenen Medikamente plötzlich privat bezahlen sollen. Viele Ärzte sehen darin einen Ausweg vor drohenden Regressen durch die Krankenkasse. Entscheidend für die berufsrechtliche Bewertung sei jedoch, ob eine Indikation für das Verschreiben des Benzodiazepins vorliege. Auch ein auf Privatrezept verschriebenes Beruhigungsmittel bedarf einer medizinischen Indikation. Der Vertragsarzt hat sich in diesem Zusammenhang an die Arzneimittelrichtlinie zu halten, die die Anwendung von Beruhigungsmitteln nur in medizinisch begründeten Einzelfällen über vier Wochen hinaus gestattet.

Um genau diese Ausnahmen ging es Dr. Rainer Ullmann, niedergelassener Allgemeinmediziner mit Substitutionsschwerpunktpraxis: Er sah durchaus Gründe für eine längerfristige Verschreibung, beispielsweise bei chro-

Rat und Hilfe

Um Kolleginnen und Kollegen mit dem Problem in den Praxen nicht allein zu lassen, gibt es bei der Ärztekammer eine Beratungshotline Benzodiazepine unter der Dr. Frauke Ishorst-Witte Fragen beantwortet oder an entsprechende Experten vermittelt. Sie ist unter der Telefonnummer 20 22 99 220 zu erreichen.

nisch psychisch kranken, schwer behandelbaren Patienten. Würde man diese Menschen stationär entziehen, kämen sie zuweilen zwar ohne Benzodiazepine, dafür aber mit einer großen Menge anderer Präparate zurück. „Ist das dann besser?“, fragte Ullmann und fügte hinzu, „dass substituierte Patienten noch schwieriger zu behandeln sind, weil sie sich ihre Pillen auf dem Schwarzmarkt besorgen, wenn der Arzt eine in ihren Augen zu geringe Menge verschreibt.“

Patienten nicht abschieben

Auch der niedergelassene Psychiater und Suchtmediziner Dr. Jochen Brack vertrat die Ansicht, dass die Behandlung chronisch psychisch Kranker durch die Leitlinie nicht abgedeckt sei und plädierte für eine differenzierte Betrachtung eines jeden Patienten und eine undogmatische Sicht auf das Problem – ein Verteufeln sei genauso unangemessen wie das unkritische Verschreiben. Aus seiner Praxis berichtete er: „Ich habe fast täglich Patienten, die mit der Bitte zu mir kommen, ich möge ihnen bescheinigen, dass sie langfristig mit Benzodiazepinen zu versorgen seien.“ Brack kritisierte die Kolleginnen und Kollegen, die „ihre Patienten einfach zum Psychiater abschieben“. Sein Ziel sei, „die Patienten in die Behandlung zu nehmen und dabei mit ihnen gemeinsam Ziele zur Reduktion der Benzodiazepine zu formulieren.“ Sollte es doch einer langfristigen Verschreibung bedürfen,

dann nur mit klarer Indikation und unter kontinuierlicher ärztlicher Überwachung. „Unlust oder Müdigkeit sind natürlich keine Gründe, Benzodiazepine zu verschreiben.“ Er forderte: „Ärzte und Krankenkassen sollten inhaltlich über das Thema ins Gespräch kommen. Man muss sich dem Problem stellen, nicht nur über Regeresse reden, die es in dem Zusammenhang gibt.“

Motivation des Patienten

In der lebhaften Diskussion der Experten untereinander und mit den zahlreichen Teilnehmern der Fortbildungsveranstaltung ging es auch um Fragen zu konkreten Fällen. Bei der eingangs geschilderten Patientin, die keinerlei Motivation für eine Reduktion ihrer Dosis zeigte, empfahl Holzbach zunächst eine „schlafhygienische Beratung“ – viele alte Menschen seien sich einfach nicht bewusst, dass sie viel weniger Schlaf bräuchten als früher und wüssten mit dieser zusätzlichen Zeit nichts anzufangen. Also gingen sie weiterhin früh ins Bett – und könnten natürlich nicht schlafen. Wächtler appellierte an die Kollegen, bei älteren Menschen auch an eine Depression als mögliche Ursache der Schlafstörungen zu denken.

Lange diskutierten die Experten über Pro und Contra des Entzugs bei Patienten, die schon sehr lange Benzodiazepine konsumieren. Holzbach sagte: „Ich kenne keine Indikation für einen Langzeitkonsum. Häufig liegt der Anlass für die Erstverschreibung schon 20 Jahre zurück und besteht nicht mehr.“ Ein Entzug sei oft mühsam, lohne sich aber fast immer. „Ich nenne es die Zeit des Erwachens, wenn Menschen wieder zu ihrer alten Lebendigkeit zurückfinden.“ Sein Tipp: „Stellen Sie von Tabletten auf Tropfen um, die lassen sich besser schrittweise abdosieren. Und geben Sie ein Fünftel der Dosis morgens, dann bleibt der Spiegel konstant.“ Wenn es darum geht, die Dosis zu reduzieren, empfahl Haasen, zunächst auf ein Präparat mit einer geringen Halbwertszeit umzustellen. Auch

Medizinerberater der Central Krankenversicherung AG



Das MedPlanConsult-Konzept:
Ein Berater, viele Spezialisten.

Lassen Sie sich beraten für die
Gesundheit Ihrer Finanzen

Ihre Ansprechpartner für Hamburg:

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

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

 **MedPlanConsult**
Spezialistennetzwerk für Erfolg im Gesundheitswesen

Wächtler plädierte für ein langsames Ausschleichen, bei dem man erst nach fünf bis zehn Wochen bei einem kompletten Verzicht angekommen sei. „Der letzte Teil ist dabei oft der Schwierigste.“

Langsames Ausschleichen

Haasen erläuterte: „Wir bereiten die Patienten vor dem Entzug darauf vor, dass sie vermutlich die ersten drei Monate schlecht schlafen werden, danach aber schlafen und träumen sie sehr viel besser – und das ohne Medikamente.“ Oft würden die Betroffenen erst im Nachhinein wahrnehmen, wie ge-

dämpft sie durch die Medikamente waren. Auch die behandelnden Ärzte stellten es erst im Vergleich fest.

Ullmann hingegen hielt den Entzug nicht in allen Fällen für sinnvoll und vermutete, dass die Kollegen aus den Kliniken nur einen bestimmten Ausschnitt der betroffenen Patienten sähen und daraus Schlüsse für alle zögen: „Vielleicht leiden ja gar nicht alle Benzodiazepin-Konsumenten unter Nebenwirkungen. Aber dass die, die in der Klinik entziehen, es tun, ist doch klar.“ Auch für Stürze, die häufig den Benzodiazepinen zugeschrieben werden, gäbe es viele mögliche Ursachen – „man macht vielleicht im-

mer gerade das verantwortlich, was man im Fokus hat.“

Auch wenn die Diskussion sich in weiten Teilen um den adäquaten Umgang mit Langzeitkonsumenten drehte, ging es Haasen in seinem Abschlussplädoyer vor allem um diejenigen, die erst gar nicht zu solchen werden sollen: „Wir wollen einen kritischen Umgang mit Erst- und Folgeverschreibungen erreichen. Wir wollen unsere Anstrengungen auch in die Richtung lenken, dass erst gar nicht so viele Menschen abhängig werden. Deshalb sollten die Kollegen ihre Verschreibungen immer wieder kritisch überprüfen.“

Hinweise zur Behandlung von Patienten mit Benzodiazepinabhängigkeit

Mehr als eine Million Menschen in Deutschland sind abhängig von Benzodiazepinen. Als Kriterien für eine Abhängigkeit gelten dabei die regelmäßige Einnahme und mindestens drei der folgenden Merkmale: starkes Verlangen (Craving, Suchtdruck, Gier), verminderte Kontrolle über Menge oder Zeitpunkt der Einnahme, ein körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Absetzen der Substanz, Toleranzentwicklung gegenüber den Effekten der Substanz, Vernachlässigung anderer Aufgaben oder Interessen wegen des Substanzgebrauchs, anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen. Bei vielen dieser Patienten tritt die Abhängigkeit erst nach mehreren Monaten bis Jahren auf, sie kann jedoch auch schon bei einer regelmäßigen Einnahme von acht Wochen eintreten. Entzugserscheinungen können bei Benzodiazepinen mit langer Halbwertszeit (z. B. Diazepam) mit Verzögerung (manchmal mehrere Tage) auftreten. Da einige Patienten ihren Benzodiazepinkonsum relativieren oder negieren, können psychische Beschwerdebilder (wie Überforderungs-/Überlastungsgefühle, Schlafstörungen, ständige Müdigkeit oder Erschöpfung, Unruhe und Nervosität, Konzentrationsstörungen, Ängste, Niedergeschlagenheit) oder körperliche Symptome (Schwindel, Herzrasen, unspezifische Magen-Darmprobleme, diffuse Schmerzen, „vegetative Beschwerden“) ohne organische Ursache ein Hinweis auf eine Benzodiazepinabhängigkeit sein und sollten zu einer Urinkontrolle veranlassen.

Wird eine Benzodiazepinabhängigkeit diagnostiziert, muss zunächst der Patient motiviert werden, an dieser Situation und den zu Grunde liegenden Beschwerden und Problemen etwas zu ändern, um die Langzeitfolgen der Abhängigkeit zu vermeiden. Die Benzodiazepine sollten nicht abrupt abgesetzt werden. Eine stufenweise Dosisreduktion über mehrere Wochen ist das Ziel der Behandlung. Dabei sollten folgende Aspekte beachtet werden:

- Substanz für die Dosisreduktion: Eine Reduktion kann im Prinzip mit jedem Benzodiazepin erfolgen. Bei einer noch nicht so langen Einnahmedauer (< 12 Monate) kann also zunächst eine Dosisreduktion mit dem schon bisher verordneten Benzodiazepin versucht werden. Sollte dieses für den Patienten subjektiv (z. B. wegen Suchtdruck) schwierig sein oder eine längere Einnahmedauer (> 12 Monate) vorliegen, empfiehlt sich eine äquivalente Umstellung (s. HÄB 6/09, S. 12 ff) auf ein mittelkurzes Benzodiazepin ohne aktive Metabolite, z. B. Oxazepam.
- Schnelligkeit der Dosisreduktion: Wie schnell die Benzodiazepine reduziert werden können, hängt ab von der bisherigen Einnahmedauer und -menge sowie von möglichen körperlichen Entzugserscheinungen. Bei einer Einnahmedauer von < 12 Monaten kann die ambulante Dosisreduktion in einem Zeitraum von vier Wochen erfolgen, wobei die ersten Reduktionsschritte größer sein dürfen als die letzten (z. B. Oxazepam 50 mg, 30 mg, 20 mg, 10 mg). Die ersten Reduktionsschritte dürfen schneller erfolgen als die letzten (z. B. erste Reduktionsschritte in halbwöchigen Abständen, die letzten dann in wöchentlichen Abständen). Bei einer Einnahmedauer von mehr als zwölf Monaten empfiehlt es sich, die ambulante Dosisreduktion auf einen Zeitraum von jeweils einem Monat pro Einnahmejahr (z. B. Dosisreduktion über fünf Monate bei Einnahmedauer von fünf Jahren) zu strecken. Im stationären Rahmen erfolgt die Dosisreduktion aufgrund der Möglichkeit einer alternativen Symptomkontrolle wesentlich schneller.
- Ambulant vs. stationär: In der Regel kann die Dosisreduktion ambulant erfolgen. Für eine stationäre Behandlung spricht:
 1. eine verminderte Kontrolle über Menge oder Zeitpunkt der Einnahme bei alleinstehenden Patienten oder solchen, bei denen der Partner eine Einteilung nicht übernehmen kann,
 2. schwerere Entzugserscheinungen, vor allem epileptische Krampfanfälle oder Delirien in der

Vorgeschichte, aber auch zugrunde liegende Angststörungen,

3. eine lange Einnahmedauer (z. B. ab fünf Jahren) oder eine hohe tägliche Einnahmemenge (z. B. > 20 mg Diazepam). Weiterhin wäre das Scheitern eines ambulanten Entzugs auch eine Indikation für eine stationäre Entzugsbehandlung.

- Niedrigdosisabhängigkeit: Auch wenn objektiv keine Beschwerden vorliegen, kann der Entzug von einer niedrigen Benzodiazepindosis zu einer langfristigen Verbesserung der affektiven Schwingungs- und der kognitiven Leistungsfähigkeit führen. Eventuell kann der Entzug durch die Umstellung auf Clonazepamtropfen erleichtert werden, da somit in kleineren Schritten reduziert werden kann.

Der Erfolg einer Benzodiazepinentzugsbehandlung hängt maßgeblich davon ab, wie gut der Patient auf Begleiterscheinungen und das veränderte Empfinden in der Zeit nach dem Entzug vorbereitet wird. Folgende begleitende therapeutische Hilfen gibt es:

- Empfehlung zur Schlafhygiene und zur Entspannung, eventuell Hinweis auf entsprechende Verfahren wie Muskelrelaxation nach Jacobson,
- Empfehlung zur körperlichen Aktivität,
- Ggf. Motivierung zu einer psycho- oder suchttherapeutischen Behandlung.

Das Wissen über das vorübergehende Auftreten einer verstärkten Depressivität, Körpermissempfindungen und Schlafstörungen hilft den Patienten, mit diesen Entzugssymptomen besser umzugehen. Aber auch das Wissen, dass die Patienten nach einem Entzug wieder ein ganz normales und teilweise emotional ausgeglicheneres Leben führen können, motiviert sie in der Entzugsphase und führt zu einer hohen Erfolgsquote bei der Behandlung.

Prof. Dr. Christian Haasen
Klinik für Psychiatrie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Silke Lüder
Allgemeinmedizinerin
in Hamburg



Hausarztzentrierte Versorgung

Die neue Herrschaft von Juristen und Gesundheitsökonomien über die Ärzte

Von Dr. Silke Lüder

Bereinigungswahnsinn und Vergütungschaos

Anfang 2010 – die Leute vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen können zufrieden sein. Seit Jahrzehnten haben sie versucht, das „Monopol“ der Ärzteschaft im ambulanten „Sektor“ zu knacken, jetzt können sie mit ihrer Arbeit zufrieden sein. Wir bieten ein schönes Bild für unsere Gegner: Wie die Kesselflicker streiten wir uns in manchen Regionen auf Vertreterversammlungen um die Brotkrumen eines kranken Systems, von unseren Gegnern bei Kassen und privaten Konzernen im Gesundheitswesen in diese Rolle getrieben. Über viele Gesetzesänderungen wurde das KV-System gezielt immer mehr entmachtet und entdemokratisiert. Aber die Axt ans System legen die Gesetzesänderungen zur „hausarztzentrierten Versorgung“ nach § 73 b und c, die auch von der neuen Koalition aus CDU und FDP nicht wieder zurückgenommen worden sind.

Ganz klar ist das Vorbild: das in den USA in den achziger Jahren eingeführte System der *Managed-Care-Medizin* (eine von den Kostenträgern gesteuerte Versorgung). Leute wie Karl Lauterbach haben über Gutachten für das Friedrich-Ebert-Institut vor vielen Jahren hier schon den Kurs vorgegeben.

Bürokratie- und Versorgungskosten explodieren

Jetzt passiert genau das Gleiche wie in den USA bei uns: Die Bürokratiekosten explodieren, die Versorgungskosten vervielfachen sich – das Ergebnis des in den USA völlig gescheiterten Systems. Anscheinend haben historisch negative Erfahrungen in anderen Ländern keinerlei Lerneffekt auf unsere Entscheider.

Nicht so offensichtlich ist für viele Ärzte, welche Macht- und Geldverschiebungen sich im Rahmen der Veränderungen abspielen: Das Geld wandert zu den Bürokraten, zur IT-Industrie. Entscheidungen werden von Juristen und Gesundheitsökonomien getroffen.

1.800 Schiedsgerichtsverfahren

Es gibt zurzeit 1.800 Schiedsgerichtsverfahren in Deutschland wegen der Verträge zur „hausarztzentrierten Versorgung“. Die wichtigsten Entscheidungen werden im „Erweiterten Bewertungsausschuss“ (EBA) in Berlin getroffen. Zünglein an der Waage ist Gesundheitsökonom Jürgen Wasem, der im Dezember 2009 den Vorschlag machte, dass bei der Bereinigung der HZV-Verträge eine Grenze von 2,5 % für den RLV-Absturz der „Restärzte“ nicht überschritten werden darf. Ohne diese Kompromissentscheidung wäre das ganze System kollabiert. Was sich einfach anhört, ruft in der praktischen Folge einen katastrophalen Bürokratieberg hervor, dessen Kosten einzig und allein wir bezahlen werden.

Nach der EBA-Entscheidung wird nach Aussagen von KV-Vertretern ein neuer Regelungsapparat aufgebaut. Gigantische Datenlieferungen werden notwendig, in jedem Quartal müssen bundesweit in 17 KV-Bezirken genaueste Berechnungen zur „Bereinigung“ versichertenbezogen stattfinden. Ständige Konflikte mit Kassen und „Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft“ sind programmiert. Und wer entscheidet im Streitfall? Mehr oder minder (in-)kompetente Juristen. Sie haben die Macht über uns und die Entscheidungen im Gesundheitswesen übernommen.

Und das Geld der Versicherten – eigentlich dazu da, um Ärzte zu bezahlen, die Versorgung leisten – landet bei IT-Firmen, Juristen, neuen Managementgesellschaften von „Ärzteverbänden“, die neue Verträge abschließen. Es landet beim „Institut des Bewertungsausschusses“, eine Neugründung, im Gesetz von 2007 eingeführt und aus GKV-Beiträgen bezahlt. Profitieren die „Premium-Ärzte“ von diesem Vergütungschaos? Vielleicht kurzfristig, ansonsten nicht. Im Land des „Blaupausenvertrages“ Baden-Württemberg haben sich bis Ende September 2.875 Ärzte in den AOK Vertrag eingeschrieben (Vortrag Dr. Herz 9-2009), in 20 Monaten etwas mehr als ein Drittel der Hausärzte Baden-Württembergs. Ein deutliches Zeichen, dass diese Verträge kein Erfolg sind. Einige Praxen haben sich pro forma eingetragen, ohne irgendwelche Patienten einzuschreiben. Es gibt 630.000 eingeschriebene Versicherte. Das macht pro Arzt nur 219 eingetragene Patienten aus.

Das perfekte Chaos

Das „Mehr“ an Geld für diese Versicherten wird negativ kompensiert durch alles, was die „Premium-Ärzte“, genau wie alle anderen Niedergelassenen, ertragen müssen: Chaos bei der Abrechnung, Rückforderungen, noch weniger Planungssicherheit, Zerstrittenheit in Hausärztkreisen wegen Teilnahme oder Nichtteilnahme, Gängelung als AOK-Außenstelle, Zwangsförderungen, vorgeschriebene Arzneimittelverordnungen, teure Ausbildung von VERAH-Helferinnen mit anschließend höheren Gehaltsforderungen und Stress im Team, Verpflichtung zum Einstellen der Patientendaten in eine elektronische Patientenakte bei der Firma Life Sensor, verpflichtende Online-Anbindung aller Praxen, hohe IT-Kosten...

Das Chaos wird perfekt, wenn die 1.800 Schiedsverfahren von den neuen Herrschern im Gesundheitswesen „geschiedst“ worden sind. Eine Menge unterschiedlicher § 73 b und c Verträge wird nicht mehr „händelbar“ sein, weder für Ärzte noch für die KVen. Und alles, was die KV zusätzlich „errechnen“ und regeln muss, bezahlen wir mit unseren RLVs!

Der KBV ist das alles sonnenklar, ihr Verhalten in gewisser Hinsicht von Konkursverschleppung geprägt. Andreas Köhler erinnert an die Kapelle, die beim Untergang der Titanic weiter spielt. Unser Gesundheitswesen wird sich so auch nicht retten lassen.

Eine ehrliche, transparente Vergütung ärztlicher Leistungen nach einer einfachen Gebührenordnung wäre gut für den Erhalt einer Qualitätsversorgung, des klassischen Arztberufes, unseres ärztlichen „Nachwuchses“, das Überleben der Land- und Stadtarztpraxen und einer persönlichen Medizin. Wir wollen Behandler und nicht Krankheitsverwalter sein!

SICHER VERORDNEN

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Telefon: 02 11 / 43 02-15 60

Gefahr in der Schwangerschaft

Eisensubstitution

Eine Substitution von Eisen ist bei Hämoglobinwerten unter 11 g/dl im ersten und dritten Trimester und unter 10,5 g/dl im zweiten Trimester sinnvoll und erst dann, wenn diätetische Maßnahmen erfolglos geblieben sind. Bei diesen Werten kann von einer Anämie gesprochen werden, da im Verlauf einer Schwangerschaft die Hb-Werte abfallen.

Bei einem Hb über 13 g/dl kann u. a. das Geburtsgewicht erniedrigt sein, eine Frühgeburt eintreten oder Bluthochdruck der Mutter entstehen. Unter 9 g/dl besteht die erhöhte Gefahr von mütterlichem und kindlichem Tod und von Infektionen. Damit zeigt sich wie für viele Substitutionstherapien (z. B. Elektrolyte, Spurenelemente, Vitamine) auch für eine Eisensubstitution die bekannte U-Kurve: hohe und niedrige Spiegel schaden, nur mittlere sind physiologisch. Ein weiterer Hinweis gegen eine unkritisch hohe Zuführung von „Vitalstoffen“.

Quelle: *Prescr. internat.* 2009; 18: 261-2

Sekundäre Übertragung auf Kinder

Testosteron-Gel

In den USA sind 20 Fälle bekannt geworden, bei denen Kinder sekundär mit Testosteron-Gel in Kontakt kamen. Zugelassene Indikationen dieser Gele (Androtop®, Testim®, Testogel®, Tostran®) sind Funktionsstörungen der männlichen Gonaden, sie werden jedoch versuchsweise auch bei Libidostörungen der Frau sowie illegal in der Bodybuilder-Szene und bei Anti-Aging-Instituten eingesetzt.

Bei Kindern verursacht der Kontakt mit dem Gel u. a. eine Vergrößerung der Genitalien und andere Virilisierungssymptome, aggressives Verhalten, vorzeitiges Knochenwachstum. Bei einem dreijährigen Mädchen sanken die Testosteronblutspiegel (vorher über 10fach über der Norm) erst, als die Familie für einen Monat in ein Hotel zog. Andere Übertragungswege als über Hautkontakt sind denkbar (z. B. Bettwäsche). Sorgfältiges Reinigen der Hände sowie Bedecken der behandelten Hautareale mit Kleidung können einer sekundären Übertragung vorbeugen – dies gilt auch für (illegal bezogene) Präparate aus dem Internet.

Quellen: *www.fda.de, Dtsch. Apo. Ztg.* 2009; 149: 2248-9

Neue Metaanalyse

Arzneimittel und Stürze im Alter

In einer Metaanalyse wurde das Medikamenten-bedingte Sturzrisiko für ältere Menschen evaluiert (s. Tab.). Stürze im Alter sind multifaktoriell bedingt (potenzierende Risikofaktoren sind: Stabilitätsverlust durch Haltungsänderung, Schwäche der Sehkraft und des Gleichgewichtsinns, Dysregulationen des Blutdrucks, Schwindel und Drop-Anfälle, kardial- und zentralnervös-bedingte Synkopen, Änderungen des Umfeldes). So betrifft ein Kraftverlust der Muskeln die Dorsalflektoren der Füße und dadurch das Stolpern über die Fußspitze.

Niedrige altersgemäße Dosierungen, vorsichtige Neueinstellungen, sorgfältige Überwachung des Patienten und der Änderung seines Umfeldes (z. B. Aufnahme in ein Altersheim) vorausgesetzt, scheint nur bei den ersten vier genannten Arzneimittelklassen ein medizinisch relevantes zusätzliches

Sturzrisiko zu bestehen. Bei Klassen mit Konfidenzintervallen nahe 1 oder darunter ist eine Evaluation anderer Sturzursachen vordringlicher. Ferner zu erwägen: ein Sturz-bedingtes seelisches Trauma, das therapiebedürftig sein kann.

| Arzneimittelklasse | Odds ratio* | 95% Konfidenzintervall |
|-----------------------------|-------------|------------------------|
| Antidepressiva | 1,68 | 1,47 - 1,91 |
| Neuroleptika/Antipsychotika | 1,59 | 1,37 - 1,83 |
| Benzodiazepine | 1,57 | 1,43 - 1,72 |
| Sedativa | 1,47 | 1,35 - 1,62 |
| Antihypertensiva | 1,24 | 1,01 - 1,50 |
| Nicht-steroidale Analgetika | 1,21 | 1,01 - 1,44 |
| Diuretika | 1,07 | 1,01 - 1,44 |
| Betablocker | 1,01 | 0,86 - 1,17 |
| Narkotika | 0,96 | 0,78 - 1,18 |

* 1,68 bedeutet z. B. ein um 68 % erhöhtes Sturzrisiko

Quellen: *Arch. Intern. med* 2009; 169(21): 1952-60, Füsgen, *Der ältere Patient, Urban und Schwarzenberg* 1995, S. 387 ff

Schweinegrippe

Neues und Fragliches

Nach der schwedischen Arzneimittelbehörde ist eine Impfung (derzeit 9 Millionen Impfungen) mit Pandemrix® mit geringen unerwünschten Wirkungen (UAW) verbunden. Erwähnt sind 426 allergische (bis hin zu anaphylaktischen Reaktionen) und 157 neurologische (Kopfschmerzen, Krämpfe, Parästhesien, Schwindel) UAW. Medizinisch-wissenschaftlich korrekt werden 2 Fälle von Gesichtslähmungen nur als möglicher Kausalzusammenhang und nicht assoziiert mit der Impfdosis eingeschätzt. Anders bei den Todesfällen (132 in Deutschland, 1934 in der EU, 20.937 weltweit, Stand 05.01.2010): nach Verlautbarungen des Gesundheitsministeriums MAGS gilt aus epidemiologischer Sicht ein Todesfall, bei dem während des Krankheitsverlaufs das Schweinegrippevirus nachgewiesen wurde, als ein H1N1-assoziiertes Todesfall. Wenn dies eine allgemein anerkannte epidemiologische Zählmethode von Todesfällen ist – ohne Untersuchungen, ob der Patient nicht zwangsläufig oder überwiegend an seiner Grunderkrankung starb, scheinen Kritiker epidemiologischer Studien Recht zu behalten: sie können Fragen aufwerfen, beweisend sind sie nicht.

Auch der Hersteller von Oseltamivir (Tamiflu®) geriet in die Kritik. In einem Editorial wurden beklagt, dass unabhängigen Untersuchern kein Zugriff zu allen Daten möglich war. Die Autoren stellen fest, Risiko und Nutzen von Oseltamivir seien derzeit noch nicht gesichert. Während die amerikanische Zulassungsbehörde FDA zum Ergebnis kommt, dass Oseltamivir Komplikationen einer Grippeinfektion nicht verhindern kann, stellt die europäische Behörde EMEA fest, dass Oseltamivir Antibiotika-pflichtige Bronchitiden signifikant vermindern soll. Studien nach der Zulassung von Oseltamivir über dessen Sicherheit und Wirksamkeit seien von begrenzter Aussagekraft, so andere Kritiker in der gleichen medizinischen Zeitschrift.

Quellen: *Rhein. Ärztebl.* 2010; (1): 49; *Brit. med.J.* 2009; 339: 1321-2; 1342-7, 1352-4

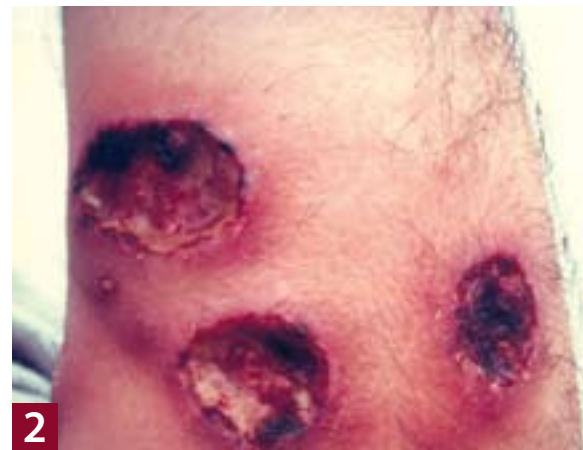
I H R E D I A G N O S E ?

Lösung: Seite 33

Anamnese:

Was machte die Ulcera am Unterarm eines 48-jährigen Mannes, der sich vor wenigen Wochen einen Monat in ländlicher Gegend in Belize/Zentralamerika aufgehalten hatte?

(Dr. Hanno Scherf)



The collage features several covers of the 'Hamburger Ärzteblatt' journal. The top row shows five covers with titles: 'Herzversagen', 'Die postmortale Hornhautspende', 'Häusliche Gewalt', 'Käufsucht', and 'German Doctors im Einsatz'. The bottom row shows more covers, including one with a large eye image and another with a stethoscope. A prominent red banner in the foreground reads: 'Media-Informationen 2010. Bitte anfordern unter info@wels-verlag.de. Als download verfügbar unter www.wels-verlag.de'. The word 'Media' is written in large white letters on the left, and 'Hamburger Ärzteblatt' is written in white on the right.

| Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht. | | | |
|---|---|---|--|
| Zeit | Thema | Veranstalter/Auskunft | Ort |
| Montag, 12. April, 17 – 19 Uhr | Arbeitsmedizinische Falldemonstration und Fallbesprechung „Deutsche Arbeitsschutzstrategie – Konzept und erste Erfahrungen“ (H. Rupprecht-Leiser) (4 P) | Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Tel.: 428894-501, Fax: -514 | ZfAM, Seewartenstr. 10 |
| Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr | Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P) | AK Altona, Tumorklinik | Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG |
| Montags, 19 Uhr | Interdisziplinäre Fallkonferenz (Fallanmeldung bei Dr. Maaßen unter Tel.: 18 18 86-23 41, Fax: -21 49 möglich) | Brustzentrum Hamburg-Süd | Besprechungsraum |
| Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr | Klinisch-Pathologische Konferenz | Marienkrankehaus, Institut für Pathologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46-27 02 | Hörsaal der Pathologie |
| Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr | Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin | Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. Haerberlin, Tel.: 75 12 11 | Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4 |
| Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr | Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten | Asklepios Klinik Harburg, Chirurgie | IBF-Raum Haus 3, 1. OG |
| Dienstag, 23. März, 20 – 22.30 Uhr | „Arzneimittelwechselwirkung – Relevanz in der Praxis“ | AescuLabor, Tel.: 33 44 11-99 66, E-Mail: seminare@aesculabor-hamburg.de | AescuLabor Hamburg, Haferweg 36+40 |
| Dienstag, 13. April, 16.30 – 18 Uhr | „RPS: Theorie und Klinik“ (Dr. A. Reiners, Städt. Kliniken München) | BG Unfallkrankenhaus, Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg, Tel.: 73 06 - 28 11 | Hörsaal, Bergedorfer Str. 10 |
| Dienstag, 13. April, 20 – 22.30 Uhr | „Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Diagnostik und Therapie“ | AescuLabor, Tel.: 33 44 11-99 66, E-Mail: seminare@aesculabor-hamburg.de | AescuLabor Hamburg, Haferweg 36+40 |
| Dienstags u. donnerstags, 7.30 – 8.30 Uhr | Interdisziplinäre Tumorkonferenz | Marienkrankehaus, Zentrum Innere Medizin, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 25 02 | Haus 1, Institut für Radiologie, Demoraum |
| Dienstags, 16 Uhr | Chirurgische Facharztfortbildung | Bethesda AK Bergedorf | Konferenzraum 1 |
| Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr | Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie | Asklepios Westklinikum/ Herr Lehmann (81 91-0), Herr Lauk (81 91 - 25 15) | Konferenzraum, Haus 10 |
| Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr | Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P) | Aktivion MVZ Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92 | Seminarraum, Praxislinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2 |
| Jd. 4. Dienstag im Monat, 18 – 19.30 Uhr | Interdisziplinäre Schmerzkonferenz (3 P) | UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 74 10 - 5 90 94 | Gebäude W10, 3. Stock, Seminarraum |
| Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr | Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“ | Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel.: 23 84 30 - 42, Fax: -45 | Radiolog. Privatpraxis Finkentaedt/Maas, Raboisen 40 |
| Alle 2 Monate dienstags, 18 – 20 Uhr | 6.4.: Informationsveranstaltung „Kinderherzprogramm“ | UKE, Kinderherzchirurgie, Fr. Barbara Remberg, Tel.: 74 10 - 5 82 21 o. b.remberg@uke.de | Universitäres Herzzentrum HH, Gebäude N23, EG |
| Mittwoch, 17. März, 15 – 18 Uhr | „Update Schlafmedizin“ (4 P) | VGB, Bezirksverwaltung HH, Herr Hohensee, Fax: 23 6 56 - 4 59, | Hotel Marriott, ABC-Str. 52 |
| Mittwoch, 24. März, 19 Uhr s.t. | 57. Sonographisches Kolloquium – „Sonographie des Pankreas“ | Arbeitskreis Sonographie HHer Internisten, Dr. A. Stang, Tel.: 18 18 81 - 12 11, E-Mail: a.stang@asklepios.com | AK Barmbek, EG, Seminarraum 3, Rübenkamp 220 |
| Mittwoch, 14. April, 17 Uhr | Symposium zum dreijährigen Bestehen des Hanse Hernienzentrums Hamburg | Hanse Hernienzentrum, Dr. H. Niebuhr, Tel.: 725 75-115 o. post@hansehernienzentrum.de | Literaturhaus Hamburg, Schwanenwik 38 |
| Mittwoch, 14. April, 17 – 20 Uhr | „Endokrine Tumoren – eine interdisziplinäre Herausforderung“ | ENDOC Zentrum f. Endokrine Tumoren, Praxis f. Endokrinologie, Andrologie u. medikamentöse Tumortherapie, Anm. unter Tel.: 401 87985 | Hotel Hafen Hamburg |
| Mittwoch, 14. April, 19 Uhr | „Von Borreliose bis Vaskulitis – Rheumafrüherkennung in der hausärztlichen Praxis“ (Prof. J. Wollenhaupt) | Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Innere Abteilung, Dr. Poppele, Tel.: 50 77 32 02 | Alte Küche Alsterdorfer Markt 18 |
| Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr | Pädiatrische Fortbildung | Altonaer Kinderkrankenhaus, Prof. Riedel, Tel.: 88 90 82 01 | Konferenzraum |
| Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr | Senologisch-onkologische Konferenz des Kooperativen Mammazentrums Hamburg | KH Jerusalem und KH Elim (Diakonie-Klinikum Hamburg) Tel.: 41 17 29-29/ 490 66 582 | KH Jerusalem, Konferenzraum, Moorkamp 8 |
| Mittwochs, 15 – 16 Uhr | Große Neurokonferenz: Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie | AK Altona, Neuroradiologie, Dr. Eckert, Tel.: 18 18 81 – 18 13 | Radiologie, 1. OG, Demoraum 1 |
| Mittwochs, 15.30 – 16 Uhr | Gynäkologisch-onkologische Konferenz | Gynäkologisches Tumorzentrum des DKH (KH Elim) Tel.: 490 66 582 | KH Jerusalem, Konferenzraum, Moorkamp 8 |
| Mittwochs, 15.30 Uhr | Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P; Fallanmeldung unter Tel.: 20 92-12 01) | Schön Klinik Hamburg-Eilbek | Radiolog. Demo-Raum, Haus 7, EG |
| Mittwochs, 16 Uhr | Interdisziplinäre onkologische Konferenz | Bethesda AK Bergedorf | Röntgenkonferenz, Hs. B |
| Mittwochs, 16 Uhr | Interdisziplinäre Mammakonferenz | Marienkrankehaus, Institut für Radiologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46-16 02 | Haus 1, Demoraum |
| Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr | Interdisziplinäre Schmerzkonferenz | Schmerzambulanz Alten Eichen, Anmeldung Frau Falckenberg, Tel.: 54 04 060 | Krankenhaus Alten Eichen, Wördemannsweg 23 |

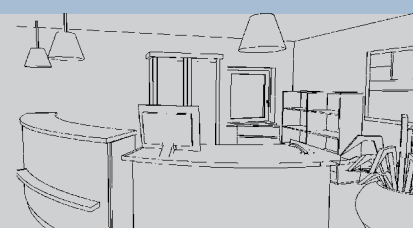
Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.

| Zeit | Thema | Veranstalter/Auskunft | Ort |
|---|--|--|--|
| Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr | Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46-14 02) | MarienKH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med. | Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1 |
| Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr | Interne Fortbildung | AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 1885-4274 | Haus CF, Konferenzraum |
| Donnerstag, 1. April, 14.30 – 16 Uhr | „Therapie der Rechtsherzdekompensation auf der Intensivstation“ | UKE, Klinik für Intensivmedizin, Dr. S. Kluge, Tel. 74 10 - 5 70 10 | Neues Klinikum, 3. OG, Seminarraum 311 |
| Donnerstag, 8. April, 16.15 – 18.30 Uhr | „Eine erklärte Pandemie und ihre Folgen: die Schweinegrippe“ | UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 7410-53696 | Seminarraum Frauenklinik, Martinistr. 52 |
| Donnerstag – Samstag, 18. – 20. März | Fetomaternale Doppelsonographie Grund-, Aufbau- u. Abschlusskurs | Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11-99 66 o. seminare@endokrinologikum.com | Seminarraum Aquarium, Lornsenstr. 4 – 6 |
| Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr | 11.3.: „Journal-Club“; 18.3.: „Das Brustzentrum im UCCH“; 25.3.: „Paclitaxeltherapie bei Ovarialkarzinom in wöchentl. Intervallen“; 1.4.: „Re-Organisation der Kreissaal- u. Ambukanzbereiche“; 8.4.: „State of the Art bei der Therapie des Ovarialcarcinoms“ | UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken u. Polikliniken für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel.: 74105-3506 | Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10) |
| Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr | Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion | AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Prof. Kortmann, Tel.: 18 1881-16 11 | Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG |
| Donnerstags, 8 – 8.45 Uhr | Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P) | Diakonie-Klinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 54 87-21 01 | Diakonie Krankenhaus Alte Eichen, IBF-Raum |
| Donnerstags, 8 – 9 Uhr | Interdisziplinäres Tumorboard (2 P) | AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abt., Tel.: 18 1883-12 65 | Visitenraum, 1. OG |
| Donnerstags, 13 – 14 Uhr | Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/Neonatologie/Neuropädiatrie (1 P) | Kinderkrankenhaus Wilhelmstift / Dr. Püst, Tel.: 673 77-2 82 | Ärztbibliothek |
| Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr | Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P) | AK Altona, Tumorklinik | Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG |
| Donnerstags, 16 – 17 Uhr | Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration | Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/Onkologie, Tel.: 18 1882-35 19 | Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431 |
| Donnerstags, 16 – 17 Uhr | Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz | Albertinen-KH, Abt. für Allgemein, Viszeral- und Thorchir., Dr. Daniels, Tel.: 55 88 - 22 57 | Raum KU 13 |
| Freitag, 26. März, 9:30 – 16.30 Uhr | Symposium „Feiern bis zum Umfallen? Die Ursachen und Folgen jugendlichen Rauschtrinkens“ | UKE, Dt. Zentrum für Suchfragen des Kindes- u. Jugendalters, Tel.: 7410-59307, E-Mail: sekretariat.dzskj@uke.uni-hamburg.de | Hörsaal der Klinik u. Poliklinik für Gynäkologie, Martinistr. 52 |
| Freitag, 26. März, 20 – 21.30 Uhr | „Indikationen und Behandlungsmöglichkeiten der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie“ (2 P) | APH, Frau Harff, Tel.: 22 72 88 14, www.aph-online.de | Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Lerchenfeld 14 |
| Freitag, 9. April, 20 – 21.30 Uhr | „Traumgeschehen und szenisches Verstehen“ (2 P) | APH, Frau Harff, Tel.: 22 72 88 14, www.aph-online.de | Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Lerchenfeld 14 |
| Samstag, 27. März, 9 – 17 Uhr | Workshop Traum | AK Wandsbek, Neurologie, Anm. bei Dr. J. Hoppe, E-Mail: j.hoppe@asklepios.com | Kleiner Speisesaal, Alphonsstr. 14 |
| Samstag, 17. April, 17 Uhr | Symposium zum dreijährigen Bestehen des Hanse Hernienzentrums Hamburg | Hanse Hernienzentrum, Dr. H. Niebuhr, Tel.: 725 75-115 o. post@hansehernienzentrum.de | Literaturhaus Hamburg, Schwanenwik 38 |
| Auswärts | | | |
| Borstel: 17. April | 23. Allergiekolloquium Update Allergologie | Forschungszentrum Borstel, Prof. Dr. Zabel, Tel. 0 4537 – 188 300, E-Mail: pzabel@fz-borstel.de | Herrenhaus, Parkallee 1 |
| Husum: 20. April | „Leichter in den Beruf“ | Theodor-Schäfer-Berufsbildungswerk (TSBW) u. Adipositas Zentrum Nord, Dr. Feldmann, Tel. 0 48 41 - 89 92-721, E-Mail: katharina.feldmann@tsbw.de | TSBW, Theodor-Schäfer-Str. 14-26 |

Ritter & Peter
TISCHLEREI

EMPFANGSTRESEN

Individuelle Planung und Fertigung
Vielfalt in Form und Farbe
Rufen Sie uns gerne an, Tel. 040-721 99 64
www.ritter-peter.de





Mobilisation eines beatmeten Patienten durch die Physiotherapie

Critical-Illness-Polyneuropathie

Längerfristig beatmungspflichtige Patienten können an einer Critical-Illness-Polyneuropathie erkranken. Die Frührehabilitation sollte bereits auf der Intensivstation beginnen.

Von Dr. Jes Matthias Wiemer, Dr. Jean-Jacques Glaesener

Deutliche Erfolge durch frühe Intervention

Die Critical-Illness-Polyneuropathie (CIP) ist ein Krankheitsbild, welches für alle in der Frührehabilitation Tätigen eine große Herausforderung darstellt. Beginnend mit der Diagnosestellung, über die Entwöhnung vom Respirator bis zur frühen Mobilisation wird die Kompetenz und Erfahrung verschiedener ärztlicher Fachrichtungen sowie therapeutischer Berufsgruppen benötigt. Nur mit einer engen Verknüpfung dieser Bereiche in einem Frührehabilitationsteam können ausreichende Voraussetzungen geschaffen werden, um diese Erkrankung erfolgreich zu diagnostizieren und zu behandeln.

Eine CIP tritt häufig als Begleiterkrankung bei längerfristig beatmungspflichtigen Patienten mit schwierigem und komplikationsträchtigen intensivmedizinischen Behandlungsverlauf auf. Vor allem ein Multiorganversagen, eine Sepsis oder ein SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*) begünstigen die Entwicklung einer CIP; hier beträgt das Risiko zwischen 68 – 100%. Klinisch zeigen sich eine erschwerte Entwöhnung von der maschinellen Beatmung („weaning“), die keine kardiopulmonale Ursache hat sowie eine schlaffe Tetraparese mit generalisierter Muskelatrophie und Hypo- oder Areflexie. Zur Absicherung der Diagnose ist in der Regel die Durchführung einer Elektro-neuro- (ENG) und einer Elektromyographie (EMG) notwendig. Hier lässt sich beim Vorliegen einer „klassischen“ CIP, wie sie Prof. Charles F. Bolton aus Kanada zuerst beschrieben hat, elektrophysiologisch eine axonale sensomotorische Polyneuropathie nachweisen.

CIP, CIM oder beides?

Bedauerlicherweise zeigte sich in späteren systematischen Untersuchungen, dass neben der „klassischen“ CIP auch eine CIM (*Critical-Illness-Myopathie*) existiert, die allein oder auch in Kombination mit der CIP auftreten kann. In der Folge kam es in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Literatur zu einer geradezu babylonischen Sprachverwirrung mit dem Auftreten unzähliger Akronyme, z. B. *Intensive care unit acquired paresis* (ICUAP) oder *Critical illness with neuromuscular abnormalities* (CINMA), die den eher hilflosen Versuch illustrieren, ein Krankheitsbild zu charakterisieren, das in seiner Ätiologie und Pathophysiologie noch wenig verstanden wird.

Da es klinisch-neurologisch unmöglich ist, eine CIP von einer CIM sicher zu unterscheiden, ist man auf die Durchführung von ENG und EMG angewiesen. Doch besonders bei der neurophysiologischen Diagnose einer Myopathie hängt viel von der Kooperationsfähigkeit des Patienten ab, die bei beatmungspflichtigen Patienten auf der Intensivstation meist nicht gegeben ist. Letztlich müsste dann zur Sicherung der exakten Diagnose eine Muskelbiopsie erfolgen, die jedoch ein zusätzliches Trauma für den Patienten bedeutet, und die, zumindest nach gegenwärtigem wissenschaftlichem Kenntnisstand, keinen therapeutisch-relevanten Nutzen bringt. Hinweise, dass Patienten mit einer CIM eine tendenziell etwas bessere Prognose im Vergleich zu einer CIP haben, werden in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers diskutiert. In Anbetracht dieser Umstände wird im Weiteren aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur das Akronym CIP verwendet. Nach unseren Erfahrungen gelingt es auf der Intensivstation nur selten, die notwendige Diagnostik durchzuführen, bevor eine Verlegung in die Frührehabilitation stattfindet. Dessen ungeachtet wird die Verdachtsdiagnose vom erfahrenen Intensivmediziner oftmals bereits im Verlegungsbrief gestellt.

Manchmal besteht während der Entwöhnung von der maschinellen Beatmung bereits die Möglichkeit, mit dem Patienten über einen Sprechaufsatz bei liegender geblockter Trachealkanüle zu kommunizieren, was für den neurophysiologischen Untersuchungsablauf von großem Vorteil ist. So lässt sich feststellen, ob der Patient ausreichend kooperationsfähig ist (bei einem eventuell vorliegenden Psychosyndrom) und ob Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen bestehen, die ein vollständiges Anspannen der zu untersuchenden Muskulatur unmöglich machen.

Nach erfolgreicher Entwöhnung von der Beatmung und Verlegung in die Frührehabilitation (in der Regel auf eine Intermediate-Care-Station) stehen wichtige therapeutische Maßnahmen, wie regelmäßige Atemgymnastik und erste Mobilisationsversuche durch die Physiotherapie, eine Schluckdiagnostik durch Reha-Mediziner und Logopädie oder auch operative Interventionen (z. B. die Anlage einer PEG) im Vordergrund, so dass sich der Neurologe zur Durchführung der Diagnostik zunächst in Geduld üben muss.

Bei Vorliegen einer CIP zeigen sich in der ENG nach den Bolton-Kriterien eine sensible und motorische Amplitudenminderung der Nervenaktionspotentiale (NAP) in zwei oder mehreren untersuchten Nerven. Zusätzlich lassen sich in der EMG, je nach Stadium der Erkrankung, Zeichen der pathologischen Spontanaktivität oder eine verminderte Rekrutierung verbreiteter, hochamplitudiger Potentiale motorischer Einheiten im untersuchten Muskel nachweisen. Die eigenen Erfahrungen zeigen jedoch, dass in den meisten Fällen eine vorwiegende Schädigung der motorischen und weniger der sensiblen Nervenanteile in der ENG feststellbar ist.

Erschwerend kommen nicht selten Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, chronischer Alkoholismus, Schilddrüsenfunktionsstörungen oder chronische Steroidtherapie bei COPD hinzu, die manchmal eine genaue ätiologische Zuordnung der erhobenen neurophysiologischen Befunde unmöglich machen.

Festzustellen ist, dass die wissenschaftliche Literatur zurzeit, trotz intensiver Bemühungen einiger Review-Autoren, kein in sich schlüssiges Krankheitskonzept zur CIP oder CIM bietet.

In Nervenbiopsien zeigte sich histologisch eine axonale Degeneration der betroffenen Nervenfasern, deren Ursache nach wie vor wenig erforscht ist. Für das Entstehen der CIP wird von einigen Autoren ein „bioenergetisches Versagen“ der Nervenzelle als Erklärungsmodell postuliert: Durch Störungen der Blutversorgung des peripheren Nervs sowie den hohen Energieverbrauch bei Sepsis oder Multiorganversagen kann kein NAP mehr aufgebaut werden, es resultiert eine Lähmung. Der axonale Transport von Proteinen und Molekülen bricht zusammen, es kommt zu einer distalen Axonopathie, die einen strukturellen Schaden der Nervenzelle zur Folge hat.

Zur Pathophysiologie der CIM gibt es Studien, die ein komplexes Zusammenspiel aus metabolischen, inflammatorischen und bioenergetischen Veränderungen vermuten lassen. In Muskelbiopsien wurden bisher drei Subtypen myopathischer Veränderungen beschrieben: eine akute nekrotisierende atrophische Myopathie, eine diffuse nicht-nekrotisierende Myopathie und eine *thick filament myopathy*. Der Versuch, die Ätiologie dieser krankhaften Veränderungen auch nur im Ansatz zu erklären, würde den Umfang dieses Artikels bei weitem überschreiten. Nur soviel sei gesagt, dass neben den weit reichenden Stoffwechselfprozessen im Rahmen der Apoptose von Muskelzellen auch Störungen der Aktivierung bestimmter Natriumkanäle und Arzneimittelinteraktionen eine Rolle spielen könnten.

Möglichkeiten von Prävention und Rehabilitation

Sucht man in der Literatur nach erfolgreichen Behandlungsmaßnahmen der Erkrankung, so stellt man fest, dass es auch auf den Versuch einer ausreichenden Prävention der CIP auf der Intensivstation ankommt. Besonders die Dauer der maschinellen Beatmung und die erschwerte Entwöhnung von Respirator scheinen wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer CIP zu sein. Hier gilt es, die Beatmungszeiten durch den Einsatz von weaning-Protokollen und mit Hilfe eines Beatmungstherapeuten (*respiratory therapist*) so weit wie möglich zu minimieren.

Neben dem bereits erwähnten Vorliegen bestimmter Krankheitszustände (SIRS, Sepsis und Multiorganversagen) wurden auch eine parenterale Ernährung, Hyperglykämie-Zustände und die allgemeine Immobilität des Patienten als Risikofaktoren ausgemacht. Darüber

hinaus scheinen bestimmte Medikamente (z. B. Muskelrelaxantien, Antibiotika und Kortikoide) die Entwicklung einer CIP zu begünstigen. Daher sollte ein planvoller und möglichst geringer Einsatz dieser Medikamente erfolgen.

Besonders die Prävention einer Hyperglykämie mittels intensiver Insulintherapie (Blutglukosespiegel von 80 bis 110 mg/dl) führte, nach einer gut konzipierten prospektiven Studie, zur Reduktion von CIP-Fällen nach dem siebten Tag auf der Intensivstation von 52 % auf 29 % in der elektrophysiologischen Routinetestung.

Vor allem gilt: Immobilität verhindern! Die Kontrakturprophylaxe mit passiver Bewegung der Extremitäten sowie der Versuch der Mobilisierung in den Bettkantensitz und in den Lagerungsrollstuhl sollten sofort nach Aufnahme in die Frührehabilitation beginnen.

Ein effizientes, frührehabilitatives Setting zeichnet sich durch das reibungslose Zusammenspiel der Fachdisziplinen aus. Mobilisierung in den Rollstuhl durch Physiotherapie, Schlucktraining in aufrechter Sitzposition durch Logopädie, gefolgt von geführten Pflegemaßnahmen durch therapeutische Rehabilitationspflege und motorisch-funktionelle Übungen durch Ergotherapie sind sinnvoll.

Weiterhin ist wichtig, die medizinischen Voraussetzungen für ausreichende Rehabilitationsfähigkeit durch ein kompetentes, interdisziplinäres Team (Neurologie, Anästhesie, Innere Medizin) zu gewährleisten.



CIP: Muskelmasse bei Aufnahme ...



... und drei Monate nach Therapiebeginn

Prognose der CIP

Zunächst einmal muss man sich vor Augen führen, dass es sich bei den Patienten mit CIP, die in der Frührehabilitation gesehen werden, um Überlebende komplizierter und lebensbedrohlicher Krankheitsverläufe handelt. In einer Studie über Intensiv-Patienten mit Sepsis, Multiorganversagen und einer Beatmungsdauer von mehr als zehn Tagen lag die Mortalität bei 57 %; beim zusätzlichen Vorliegen einer CIP sogar bei 84 %.

Umso erstaunlicher ist es, dass in einer follow-up Studie mit einem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren lediglich noch 32 % der Patienten mit abgelaufener CIP Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigten. Dessen ungeachtet zeigte sich in anderen Studien, dass eine leichte persistierende Schwäche, die nicht immer funktionell bedeutsam sein muss, bei vielen Betroffenen verbleibt.

Die Behandlung der CIP erfordert eine möglichst frühe rehabilitative Intervention, um ein Maximum an Funktion, Mobilität und Fähigkeit zur Selbstversorgung für den Betroffenen zu erreichen.

Bisher durchgeführte Studien zeigen, dass für den überwiegenden Teil der Patienten nach Überwindung der Krankheit die Aussicht besteht, ein Leben mit relativ geringer funktioneller Behinderung sowie der Möglichkeit der Partizipation und Selbstbestimmung zu führen.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Jes Wiemer, Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg (ZRH), Chefarzt Dr. Glaesener, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg, Telefon: 7306-2814,

E-Mail: j.wiemer@buk-hamburg.de

Bild und Hintergrund

Türöffner für Haitis Freiheit und Elend?

Nach dem Erdbeben Anfang des Jahres blickt die Welt auf das völlig verarmte Land Haiti, gezeichnet von 200 Jahren Terror und Gewalt.

Von Dr. Hanno Scherf

François Dominique Toussaint wurde 1743 als ältestes von acht Kindern auf Haiti geboren. Die Eltern waren christliche Sklaven afrikanischer Herkunft. 250 Jahre zuvor (1492) hatte Christoph Kolumbus Haiti als erste Insel des Neuen Kontinents betreten. Er nannte die Insel Hispaniola, klein Spanien. Aiti, Bergland, nannten sie die Ureinwohner, die bald ausgerottet sein sollten.

Der junge Schwarze wuchs auf einer gut geführten Plantage auf, war Hausklave, Kutscher, war lern- und wissbegierig. Er lernte lesen und las Klassiker in französischer Übersetzung, Cäsars Gallischen Krieg und Schriften des französi-

1791 schloss Toussaint sich der Sklavenrevolte in Haiti an, die von der französischen Revolution inspiriert wurde. Mirabeau, Lafayette und Robespierre galten als „Les Amis des Noirs“ in Paris.

1793 erklärte die Französische Republik Spanien den Krieg. Toussaint war anfangs noch königtreu und kämpfte auf spanischer Seite im Ostteil Haitis, war wegen seiner Bildung angesehen, stieg zum militärischen Führer auf und erhielt den Beinamen Louverture (auch l'Ouverture). Damit sollte die Toröffnung zu besserer Zukunft für die Schwarzafrikaner assoziiert werden.

Ende der Sklaverei

1793 verbot der Konvent in Paris den Sklavenhandel und schaffte 1794 die Sklaverei ab. Toussaint wechselte mit seinen Kämpfern zu den Franzosen, die ihn zum obersten Militärbefehlshaber machten. „Die Tyrannen werden zu Boden geschmettert werden, sie werden nicht mehr die Plätze besudeln, wo nur noch die Standarte der Freiheit und Gleichheit wehen darf und wo die heiligen Rechte des Menschen Gültigkeit haben“, so Toussaint.

1798 wurde er Generalgouverneur von Saint Domingue (Haiti) und besetzte 1801 für die Französische Republik den spanischen Ostteil der Insel. England wollte ihm die Königskrone von Haiti anbieten, was er ablehnte. Er war der Sklavenerheld Westindiens.

Haiti wurde eine Art „Dominium“ des Mutterlandes, Port-au-Prince umbenannt in Port Républicain. Es erhielt von Toussaint seine Verfassung, eine konstitutionell drapierte Diktatur. Er konnte Gesetze nach Belieben erlassen, Beamte und Offiziere ernennen, willkürlich Zensur ausüben, jedermann außergerichtlich verhaften und verhören lassen. Nach vielen Jahren von Zerstörung und Grausamkeiten zwischen Weißen, Mulatten und Schwarzen war Toussaint auf der Höhe seiner Macht, brauchte die dezimierten und verarmten Weißen nicht zu fürchten, die ihm als Lehrmeister unentbehrlich waren. Er war mehrfacher Plantagenbesitzer und wollte die heruntergekommene Wirtschaft erneuern, mit emanzipierten Sklaven, die als Arbeiter auf ihren alten Plantagen am Erlös beteiligt werden sollten.

Saint Domingue, die reichste Kolonie einer europäischen Macht, hatte durch Kriegs- und Revolutionswirren seine Bedeutung drastisch eingebüßt. Von 1791 bis 1801 ging die Produktion von Rohrzucker um 80%, von Baumwolle um 60%,



Toussaint Louverture (1743 – 1803)

schen Jesuiten, Aufklärers, Philosophen und Historikers Abbé Raynal (1713-96). Toussaint bewunderte die zivilisatorischen Leistungen der Weißen und hielt sie für unentbehrlich. 1788 zählte Haiti 28.000 Weiße, 22.000 Mulatten und 405.000 Sklaven.

von Kaffee um 40 % zurück, Exportschlager wie Weißzucker und Indigo wurden so gut wie nicht mehr produziert, nur Kakao um 75 % mehr geerntet. Toussaints Problem war, die anarchischen Zustände nach der Revolution zu überwinden. Die Schwarzen wollten nichts mehr von Arbeitspflicht und rigiden Zwangsmaßnahmen wissen. Ihr Revolutionsheld, der „Messias der Afrikaner“ schien zum Despot geworden, dem ein Muster- oder Tugendstaat im Sinne Robespierres vorschwebte.

In diesen Wirren entschloss sich Napoléon, Gesetz und Ordnung wieder herzustellen. Mit 50 Schiffen und 25.000 Mann stellte er die bisher größte Flotte auf unter dem Kommando seines Schwagers General Leclerc. Toussaints Generäle zogen sich in unzugängliche Berge zurück und eröffneten den ersten Guerillakrieg mit Abbrennen der Städte, Töten der Weißen, Zerstörung der Infrastruktur und Plantagen. Die französische Übermacht siegte, bis sie vom Gelbfieber aufgerieben wurde.

„Gottesgeißel der Karibik“

Durch Hinterlist wurde Toussaint mit seiner Familie gefangen genommen und nach Frankreich gebracht, wo er 1803 im Verließ des Fort de Joux nahe der Schweiz starb. Die Kämpfe wurden noch erbitterter, als Haiti erfuhr, dass Napoléon 1802 verfügt hatte, in den Kolonien wieder die vorrevolutionären Zustände einzuführen. General Leclerc und der Großteil des auf 34.000 Mann angewachsenen französischen Heers starben am gelben Fieber. Stefan Winkle schreibt in seiner Kulturgeschichte der Seuchen von einem „epidemischen Bermudadreieck“, welches das Gelbfieber, der „Yellow Jack“ in der Karibik errichtet hätte. Nur etwa jeder vierte Europäer überlebte die „Gottesgeißel der Karibik“ auf Hispaniola. Von 300 Ärzten fielen damals auf Haiti 208 dem Gelbfieber zum Opfer, die Mortalität bei den Schiffsärzten betrug über 60 %.

Dessalines, Schwarzer und Weißenhasser, machte sich 1804 zum Kaiser Jakob I von Haiti. Er brachte die Weißen fast restlos um, so dass heute von acht Millionen 90 % der Bevölkerung schwarzafrikanische Nachfahren sind. „Da jede Rücksicht auf Farbunterschiede bei den Kindern einer einzigen und gleichen Familie notwendig aufhören muss, werden die Haitianer hinfort nur noch unter der allgemeinen Bezeichnung als ‚Schwarze‘ bekannt sein“, so Dessalines. Der erste schwarze Staat ging so aus einer Kolonie hervor.

Es entspann sich ein tödlicher Rassenzwist zwischen Voll- und Mischblut, in dem Dessalines nach zwei Jahren umkam.

Im Süden gründete ein „ $\frac{3}{4}$ -Weißer“, Alexander Pétion (gest. 1818), die „Mulattenrepublik“. Im Norden wurde der Schwarze Henry Christophe Präsident und 1811 Kaiser eines „Negerstaates“ als Heinrich I. Grenze war ein „Zehn-Stunden“ breiter Landstrich, den man absichtlich unbebaut ließ, Vorgriff auf die inzwischen fast vollständige Abholzung Haitis im Gegensatz zur Dominikanischen Republik.

In streng monarchischer Verfassung ahmte er Europa mit riesigem Hofstaat nach. Er ernannte vier Fürsten, acht Herzöge, 22 Grafen, 37 Barone und 14 Ritter (darunter ein Herzog von Marmelade und ein Graf von Limonade). Die schwarzen Arbeiter waren schollengebunden, mit ihren Kindern gegen Lohn zu Dienst verpflichtet, den schwarzen Feudalherren hörig. Die Willkür war noch schlimmer als früher zur Franzosenzeit. Christophe war ein gewalttätiger Tyrann mit Caesarenwahn. Er ließ eines der gewaltigsten Baudenkmäler der Neuen Welt errichten, eine Riesenfestung für 10.000 Mann Besatzung auf einer 900 Meter hohen Bergkuppe, bei deren Bau ständig 10.000 Arbeiter beschäftigt waren und wohl 20.000 starben. Zu Füßen der Festung errichtete er den Palast Sanssouci, wo die schwarze Elite glänzende Feste feierte. Als man gegen ihn rebellierte, der inzwischen zur unteren Hälfte gelähmt war, schoss er sich 1820 eine goldene Kugel in den Kopf. Sechs Millionen Dollar hatte er für seine Erben bei der Bank von England deponiert, Vorbild für alle folgenden Diktatoren.

Hoher Preis der Freiheit

Frankreich erkannte Haitis Unabhängigkeit (inzwischen wieder Republik) 1825 an – gegen eine horrende Entschädigungssumme an ehemalige Plantagenbesitzer, heruntergehandelt auf 60 Millionen Francs, was die Wirtschaft Haitis bis 1947 lähmte und einen Grundstein für Armut und Korruption legte.

32 Militärputsche erlebte Haiti in 200 Jahren, begleitet von Terror und Gewalt bis zu den Duvalier-Diktatoren Papa Doc und Baby Doc unserer Zeit.

Haiti war eine permanente Katastrophe, ökologische und sozialpolitische Staatsruine. Umso mehr hat das hilflose Haiti heute nach dem grauenvollen Erdbeben vom Januar 2010 mit über zweihunderttausend Toten Anspruch auf unsere Hilfe.

(Der Text ist zum Großteil Christian Degns Buch über die Sklaverei „Die Schimmelmanns im atlantischen Dreieckshandel. Gewinn und Gewissen“, Wachholtz Verlag, 2000, entnommen.)



RECHT UND STEUERN IN DER MEDIZIN



Anpfiff im Stadion

zur Seminarreihe: „Karriereplanung für Ärzte“
am 14.04.2010, 17 Uhr (1. Halbzeit)

Ort: Clubheim FC St.Pauli

Anmeldung unter:

www.karriereplanung-fuer-aerzte.de



Der besondere Fall

Ein diagnostisches Dilemma

Therapierefraktäre schwere Ileokolitis Ein 38-jähriger Arzt stellte sich ambulant mit seit einem Jahr progredienter Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme von 20 kg, Leistungsminderung, Nachtschweiß und Erhöhung der Stuhlfrequenz vor. Weitere Vorerkrankungen bestanden nicht.

Von Dr. Annette Hofer, Dr. Stefan Schmiedel, Prof. Dr. Ansgar W. Lohse, Prof. Dr. Gerd-Dieter Burchard

Die Koloskopie zeigte bei dem 38-jährigen Arzt makroskopisch eine Ileokolitis, histologisch eine starke Entzündung von Ileum und Colon mit Granulomen (Abb. 1), gut passend zu einem M. Crohn. Mit dieser Verdachtsdiagnose wurde der Patient auf eine immunsuppressive Therapie mit Cortison und Azathioprin eingestellt. Darunter verschlechterten sich die Symptome jedoch so stark, dass er stationär aufgenommen werden musste.

Der Allgemeinzustand war bei einem BMI von 16,8 deutlich reduziert (58 kg bei 1,86 m). Das Abdomen war im rechten Unterbauch druckschmerzhaft, paraumbilikal waren Resistenzen zu tasten, die körperliche Untersuchung war unauffällig. Laborchemisch waren auffällig die Entzündungszeichen (CRP 42 mg/l, BSG 80 mm/h), leichte Anämie mit einem Hb von 11,1 g/dl und Thrombozytose (591 Mrd/l). Sonografisch zeigte sich das Bild einer Ileitis terminalis und rechtsseitigen Kolitis mit diskontinuierlicher, ödematöser Wandverdickung.

Schwerer Schub?

Unter dem Verdacht eines schweren Schubes des M. Crohn wurde eine Therapie mit Moxifloxacin und Cortison i.v. begonnen. Darunter kam es zur Besserung des Allgemeinbefindens und zum Abfall der Entzündungsparameter mit jedoch persistierenden Diarrhoen.

Während der Reduzierung der Cortisondosis kam es nach wenigen Wochen zur erneuten Verschlechterung des Allgemeinbefindens, zur Erhöhung der Stuhlfrequenz und zu Fieber bis 40°C, sodass erneut eine Krankenhauseinweisung nötig wurde. Die Symptome besserten sich wiederum unter einer Cortison-Stoßtherapie in Kombination mit Moxifloxacin und Metronidazol. Bei nebenbefundlich aufgefallener genera-

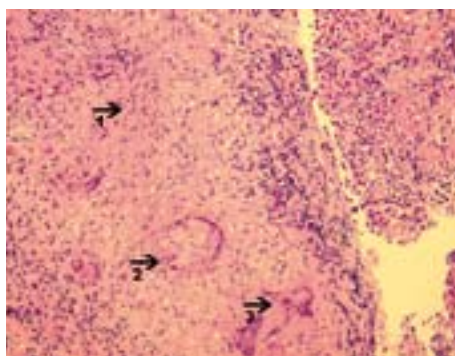


Abb. 1: Histologie: nekrotisierende Kolitis
1: granulomatöse Nekrose
2: Epitheloidzellgranulom
3: mehrkernige Riesenzellen
HE-Färbung, x1000

liserter Lymphadenopathie zeigte ein diagnostisch exstirpierter zervikaler Lymphknoten, histologisch eine nekrotisierende granulomatöse Lymphadenitis. Die Ziehl-Neelsen-Färbung wies säurefeste Stäbchen nach, sodass die Verdachtsdiagnose einer Tuberkulose gestellt wurde. Im Thorax-CT sah man rechtsbetonte ausgedehnte tuberkulöse Herde und eine suprahiläre Kaverne (Abb. 3), das Abdomen-CT (Abb. 2) zeigte entzündlich veränderte Darmwandabschnitte im Ileum und Colon ascendens.

PCR und Sputumkultur positiv

Mikroskopisch gelang der Nachweis von säurefesten Stäbchen aus Sputum- und Stuhlproben sowie einer bronchoalveolären Lavage. Die Diagnose einer Tuberkulose konnte mittels PCR und positiver Sputumkultur für *Mycobacterium tuberculosis* bestätigt werden, die Resistenzbestimmung ergab eine Sensibilität auf alle Tuberkulostatika. Im histologischen Nachbefund der Darmbiopsien wurden Granulome mit zentralen Nekrosen beschrieben, Bakterienfärbungen für säu-

refeste Stäbchen fielen jedoch negativ aus. Aufgrund des histologischen Bildes, das nekrotisierende Granulome in den Darmbiopsien zeigte (Abb. 1), die nicht typisch für einen M. Crohn sind, und des kulturellen Erregernachweises im Stuhl stellten wir die Diagnose einer Darmtuberkulose. Auch gegen die zunächst gestellte Diagnose spricht, dass sich der Zustand unter der Immunsuppression verschlechterte. Unter tuberkulostatischer Vierfachtherapie mit Isoniazid (INH), Rifampicin, Ethambutol und Pyrazinamid verbesserte sich der Zustand des Patienten. Bei entzündlicher Stenose des Darmes mit rezidivierenden Subileus-Zuständen führten wir eine niedrigdosierte Cortison-Therapie fort.

In der Retrospektive lässt sich keine eindeutige Infektionsquelle identifizieren. Der Patient verbrachte 2002 und 2003 jeweils zwei Wochen Urlaub in Südostasien und Südafrika, jedoch ohne besonderes Risikoverhalten. Sicherlich bringt aber sein Beruf als Arzt durch Kontakt mit potenziell kontagiösen Patienten ein erhöhtes Infektionsrisiko mit sich.

Wird bei einem Patienten der Verdacht auf einen M. Crohn gestellt, sollte als Differenzialdiagnose eine Darmtuberkulose in Betracht gezogen werden, auch wenn auf den ersten Blick kein erhöhtes Tuberkuloserisiko besteht. Bei begründetem klinischen Verdacht sollte gezielt danach gesucht werden, auch im Hinblick auf eine folgende immunsuppressive Therapie und die Gefahr einer Exazerbation.

Anzeichen für Tuberkulose

Wir empfehlen zunächst die Durchführung eines IFN- γ -Release-Assays, bei negativem Ergebnis ist eine Infektion unwahrscheinlich. Fällt der Test positiv aus, so ist von einer latenten oder aktiven Tuberkulose auszugehen. Ohnehin sollte mittels eines Röntgen-Thorax nach Anzeichen für eine Tuberkulose oder



Abb. 2: CT-Abdomen (Müritz-Klinikum Waren): Schwere ödematöse Schwellung des Colon ascendens (Pfeil)



Abb. 3: CT-Thorax (Müritz-Klinikum Waren); Apikale Infiltrationen und eine rechtshiläre Kaverne (Pfeil) von max. 1,7cm Durchmesser

einer Granulomatose der Lunge gesucht werden. Zudem sollten koloskopisch gewonnene Gewebeproben auf Mykobakterien untersucht werden. Nur bei einem geringen Prozentsatz der Biopsien von Patienten mit intestinaler Tuberkulose kann man jedoch in der Ziehl-Neelsen Färbung säurefeste Stäbchen nachweisen oder die Diagnose kulturell sichern (23 %, bzw. 4 %), auch nekrotisierende Granulome sind nur in 22 % der Biopsien zu finden. Eine aktive Tuberkulose (positiver IFN- γ -Release-Assay, radiologischer Verdacht, klinische Symptome und ggf. positiver kultureller Nachweis) sollte nach geltenden Richtlinien tuberkulostatisch therapiert werden.

Bei positivem IFN- γ -Release-Assay ohne klinischen oder radiologischen Hinweis auf eine Tuberkulose ist von einer latenten Infektion auszugehen, die Indikation für eine präventive Therapie ist gestellt. Aufgrund des

nicht unerheblichen Nebenwirkungsprofils von INH, das über neun Monate eingenommen werden müsste, sollte die Entscheidung für oder gegen eine Therapie individuell abgewogen und eventuell durch engmaschige Kontrolle unter immunosuppressiver Therapie ersetzt werden. Eine Ausnahme ist die Therapie mit TNF- α -Antagonisten. In diesem Fall bildet eine aktive oder latente Tuberkulose eine Kontraindikation und muss vor Therapiebeginn behandelt werden.

Die Autoren arbeiten in der I. Medizinischen Klinik (Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Tropenmedizin) am UKE.

Dieser Artikel ist in ausführlicherer Form bereits veröffentlicht: [Severe ileocolitis refractory to standard medical treatment. A diagnostic dilemma] Hofer A, Schmiedel S, Lohse AW, Burchard GD. Internist (Berl). 2008 Sep; 49 (9): 1115-9. German.)

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

Lösung: Quiz von Seite 25

Kutane Leishmaniose

Es lag eine kutane Leishmaniose vor. Bei histologischer Abklärung und im Abstrich fanden sich Makrophagen mit Leishmanien im Zytoplasma und in der Kultur Wachstum von *Leishmania mexicana*. Erfolgreich therapiert wurde mit Interferongamma sc. und Infusionen von Pentostam (fünfwertiges Antimon). Binnen dreier Wochen heilten die Geschwüre unter Narbenbildung ab, fünf Monate nach den Mückenstichen der weiblichen Sandfliege Phlebotomus.

Erratum

Die Lösung der Quiz-Frage in der Ausgabe HÄB 12/09 hatte eine falsche Überschrift. An Stelle von „Parapneumonisches Pleuraempyem“ musste es heißen „Atypische Lipidinseln der Schleimhaut des Magencorpus“.

KOCH STAATS KICKLER SCHRAMM & PARTNER

RECHTSANWÄLTE • NOTARE

Sie sind für Ihre Patienten da – wir für Ihr Recht

Unser Leistungsangebot:

- Zulassungsverfahren
- Berufs- und Weiterbildungsrecht
- Praxisabgabe und -übernahme
- (Zahn)ärztliche Kooperationen
- Honorarstreitigkeiten
- MVZ
- Integrierte Versorgung
- Krankenhausrecht
- Krankenhausfinanzierung
- Institute für Selbstzahlerleistungen
- Arbeitsrecht, Chefarztverträge
- Privatliquidation
- Abwehr von Haftpflichtansprüchen
- Straf- und Disziplinarrecht

Ihr Beraterteam Medizinrecht

Frank Schramm
Dr. Paul Harneit
Joachim Poetsch
Stephan Giertzmühlen
Dr. Kai Stefan Peick
Martina Witte

Kiel Deliusstraße 16
Telefon 0431 / 67 01-0

Hamburg Ferdinandstraße 12
Telefon 040 / 3 00 31 51-0

www.koch-partner.de

Aus der Schlichtungsstelle

Dickdarmkarzinom fehlerhaft diagnostiziert und operiert

Weichteiltumor Schwellung im Bereich der linken Hüftregion fehlerhaft diagnostiziert und operiert.

Von Dr. Herbert Pröpfer

Im Oktober 2000 wurde eine 1992 hysterektomierte 47-jährige Patientin wegen krampfartiger Schmerzen im Unterbauch von ihrem niedergelassenen Frauenarzt in die gynäkologische Abteilung des regionalen Krankenhauses eingewiesen. Bei der Aufnahme gab die Patientin Blut im Stuhl an, teils hellrot, teils schwarz koaguliert. Das Ereignis lag bereits sechs Wochen zurück.

Die digitale rektale Untersuchung wurde als unauffällig beschrieben. Ein sichtbarer Hämorrhoidal- oder Rektumprolaps war nicht festzustellen. Endosonographisch ergab sich kein pathologischer Befund. Bei einem Defäkogramm stellte sich eine Raumforderung im kleinen Becken computertomographisch als 7,5 x 3 x 8 Zentimeter große Ovarialzyste links dar, die operativ entfernt wurde. Die anamnestisch erwähnten rektalen Blutungen wurden weder diagnostisch weiterverfolgt, noch im Abschlussbericht erwähnt.

Im Zusammenhang mit der hausärztlichen Behandlung finden sich von März 1994 bis Juli 2001 etwa 60 datumsbezogene Eintragungen. Dabei wurden bei 13 Praxiskontakten Darm- oder Darmausgangsprobleme beziehungsweise unklare Bauchschmerzen und im März 2000 gastroenterale Blutungen dokumentiert. Mehrfache rektale Untersuchungen hätten keinen pathologischen Befund ergeben. Wiederholt wurden äußere Hämorrhoiden beschrieben, jeweils gefolgt von der Verordnung von Hämorrhoidenzäpfchen.

Schwarze Streifen am Stuhl und Abgang hellroten Blutes

Als sich die Patientin im März 2002 bei einem Chirurgen wegen schwarzer Streifen am Stuhl und Abgang hellroten Blutes vorstellte, sah dieser bei einer Rektoskopie von oben herabfließendes Blut. Die daraufhin von ihm veranlasste Röntgendoppelkontrastuntersuchung ergab eine etwa vier Zentimeter lange zirkuläre Stenose im rektosigmoidalen Übergang. Nach umgehender stationärer Einweisung zeigte sich koloskopisch ein Tumor am rektosigmoidalen Übergang, der histologisch einem Karzinom entsprach. Nachdem sich sonographisch und radiologisch keine Hinweise auf eine Metastasierung ergaben, wurde eine anteriore Rektosigmoidresektion mit Deszendorektostomie durchgeführt. Die histologische Aufarbei-

tung des Resektats wies ein mittelgradig differenziertes, ulzerös infiltrierendes Adenokarzinom des Rektosigmoids mit einer maximalen Tumorausdehnung von 40 Millimetern, einer Infiltrationstiefe von elf Millimetern, tumorfreie Resektionsränder und eine Lymphangios carcinomatosa nach. Von insgesamt zwölf Lymphknoten waren elf tumorfrei. Die Tumorklassifikation lautete: pT3, pN1, pM0, G2, V0, R0, L1. Es schloss sich eine adjuvante Chemotherapie an, die jedoch nach zwei Zyklen wegen Unverträglichkeit abgebrochen werden musste.

Die Patientin wirft sowohl Ihrem Hausarzt als auch den Gynäkologen der in Anspruch genommenen Klinik Versäumnisse bei der diagnostischen Klärung der geschilderten Symptome vor. Angesichts der Krankheitssymptome wäre eine Darmspiegelung dringend erforderlich gewesen. Bei Erhebung der notwendigen Untersuchungsbefunde hätte die Krebserkrankung bereits im November 2000, spätestens Mitte 2001 erkannt werden können und müssen. Die Heilungschancen wären bei frühzeitiger Erkennung des Karzinoms wesentlich besser gewesen. Die Verspätung der Diagnosestellung sei für die eingetretene Verschlechterung der Heilungschancen kausal.

Blutungsquelle nicht nachgewiesen

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter führt dazu aus, dass bei der Patientin gesichert anale Blutabgänge vorgelegen hätten. Neben Hämorrhoiden als häufigster Blutungsursache sei jedoch auch an Neoplasien und entzündliche Darmerkrankungen zu denken. Die geringe Intensität der Blutung hätte es zugelassen, die weitere Diagnostik zum Nachweis der Blutungsquelle konsequent durchzuführen. Bei sichtbaren Blutabgängen habe es nicht eines Tests auf okkultes Blut bedurft.

Vom Hausarzt seien Hämorrhoiden als Ursache der Blutungsquelle angenommen worden, ohne dass die Diagnose durch weitergehende Untersuchungen gesichert worden wäre. Keinesfalls sei es gestattet, die Differentialdiagnose aufgrund der Farbe der Blutung oder durch Anwenden eines Tests auf okkultes Blut klären zu wollen. Auch der Versuch, blutende Hämorrhoiden kausal zu therapieren, sei unterblieben. Blut im Stuhl sei immer ein Alarmsignal. Als oberster Leitsatz der Proktologie gelte, jede Blutung aus dem Darm bis zum zweifelsfreien Aus-

schluss als karzinomverdächtig anzusehen. In einer Zeit, in der selbst bei subjektiv symptomfreien Zustand die Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen propagiert wurden, habe erst recht bei transanal Blutungen eine endoskopische Untersuchung des Dickdarmes zu erfolgen. Nach den von der Patientin geschilderten perianalen Blutabgängen im März 2000 hätte hausärztlicherseits die Blutungsquelle gesichert werden müssen. Das Unterlassen adäquater Maßnahmen habe eine Verschleppung der Erkrankung von 24 Monaten verursacht.

In der gynäkologischen Klinik seien in der Anamnese transanale Blutungen im Oktober 2000 vermerkt. Hier wäre eine Koloskopie beziehungsweise die Einbeziehung gastroenterologischer Kompetenz zwingend geboten gewesen. Bei zeit- und sachgerechter Einleitung der Diagnostik durch die Gynäkologen hätte die oben genannte 24-monatige Verschleppung der Erkrankung um 17 Monate verkürzt werden können. Da Gynäkologen Vorsorgeuntersuchungen einschließlich des Testes auf okkultes Blut durchführen, könne die Symptomatik transanaler Blutungen für Frauenärzte nicht als fachfremd angesehen werden.

Sowohl dem Hausarzt als auch den Gynäkologen in der Klinik sei das Unterlassen einer endoskopischen Dickdarmdiagnostik als ärztlicher Fehler anzulasten. Bei standardgemäßem Vorgehen hätte man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit 17, beziehungsweise 24 Monate vor der Operation das Karzinom beziehungsweise dessen Vorstufe im Sinne des adenomatösen Polypen entdecken können.

Der Hausarzt hält dem entgegen, dass eine ambulante Diagnostik gegenüber einer stationären gravierende Unterschiede beinhalte. Wenn eine Patientin mit jahrelang bekannten Hämorrhoiden in die Praxis komme und auf veränderte Umstände hinweise, könne nicht zwingend eine sofortige Endoskopie veranlasst werden. Im Vordergrund einer hausärztlichen Praxis stünden immer Anamnese, Inspektion, rektale Untersuchung und gegebenenfalls ein wiederholter Test auf okkultes Blut im Stuhl. Dies sei durch ihn erfolgt, bis auf den Stuhltest, zu dem die Patientin nicht erschienen sei. Der ambulant tätige Arzt wäre in hohem Maße Ratgeber, dem Patienten obliege es, diese Ratschläge zu befolgen, was die Patientin allerdings unterlassen habe. Wäre die Patientin nicht fern geblieben, wäre nach den bis dahin ausreichenden und wirtschaftlichen diagnostischen Maßnahmen auch eine Therapie erfolgt. Eine

endoskopische Untersuchung würde er erst veranlassen, wenn sich der Verdacht auf eine höher gelegene Blutung verstärkte oder bestätigte. Seine eigene Statistik besage, dass er durchschnittlich 80 Patienten an einem Sprechtag habe und darunter fünf gastrointestinale Blutungen pro Woche. Eine Blutung so lange als karzinomverdächtig zu betrachten, bis dies zweifellos ausgeschlossen ist, sei aus Gründen fehlender Kapazität unmöglich und unwirtschaftlich.

Versäumnisse der behandelnden Ärzte

Die Schlichtungsstelle konnte dieser Argumentation des Hausarztes (der selbst koloskopierender Arzt ist) nicht folgen. Seine Hinweise auf Kosten und Wirtschaftlichkeit beziehungsweise Selbstverantwortung der Patientin lasse sich nicht als Erklärung für die Unterlassung indizierter Untersuchungen heranziehen. Seine beabsichtigten Stuhluntersuchungen auf okkultes Blut waren bei Vorliegen sichtbarer Blutabgänge ohnehin obsolet. Völlig unverständlich ist jedoch, dass er bei einer derart langen Darmbeziehungsweise Darmausgangsanamnese im März 2000 gastroenterale Blutungen notierte, ohne eine weitergehende endoskopische Diagnostik durchzuführen oder zu veranlassen, sondern lediglich Hämorrhoidalzäpfchen verordnete. Die Schlichtungsstelle sieht in der bewussten Unterlassung zwingend indizierter Diagnostik einen schweren Behandlungsfehler des Hausarztes.

Die Gynäkologen der Klinik hätten während der stationären Behandlung wegen seit Jahren bestehender rezidivierender krampfartiger Unterbauchschmerzen und der anamnestischen Angabe von länger andauernden perianalen Blutungen ebenfalls eine koloskopische Diagnostik veranlassen oder sicherstellen müssen. Dieses Versäumnis ist auch den Klinikärzten als schwerer Behandlungsfehler anzulasten.

Das von der Patientin angegebene zusätzliche, über das von der Krankheit ohnehin verursachte Ausmaß hinaus an psychischer Beeinträchtigung durch das Wissen um die fehlerbedingte Behandlungsverzögerung und eine Prognoseverschlechterung sind schmerzensgeldfähig. Die Schlichtungsstelle hielt daher Schadensersatzansprüche insoweit für begründet und hat eine außergerichtliche Regulierung vorgeschlagen.

Dr. Herbert Pröpper ist Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

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

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

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

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

Weibliche Genitalverstümmelung Hamburger Frauenärzte helfen beim Aufbau einer gynäkologischen Station in Äthiopien.

Von Antje Soleimanian



Eine Karawane der Hoffnung

Seit zehn Jahren kämpft Rüdiger Nehberg zusammen mit seiner Ehefrau Annette Nehberg-Weber gegen den brutalen Ritus der weiblichen Genitalverstümmelung. Beim Hamburger Gynäkologen-Tag am 23. Januar 2010 im Ärztehaus an der Humboldtstraße warben die beiden Aktivisten vor den Frauenärzten der Hansestadt für Unterstützung beim Aufbau einer gynäkologischen Station in der äthiopischen Wüste.

Das mobile Hospital von Nehbergs Menschenrechtsorganisation „Target“ mit seinen zwei Geländefahrzeugen, Zelten, einer deutschen Ärztin, einer äthiopischen Krankenschwester und einer Dolmetscherin ist derzeit die einzige Anlaufstelle für rund 800.000 Frauen vom Stamm der Afar in der ost-äthiopischen Danakil-Wüste. Weit und breit gibt es sonst niemanden, an den sich genital verstümmelte Frauen wenden können, die medizinische Hilfe benötigen.

Dabei ist Genitalverstümmelung das häufigste und gravierendste medizinische Problem in der Gegend: Wie Nehberg berichtete, werden nach wie vor unter unvorstellbaren hygienischen Bedingungen täglich etwa 8.000 Mädchen ihrer Klitoris beraubt, vielen von ihnen werden auch die Schamlippen entfernt und die Genitalien bis auf eine Öffnung von der Größe eines Reiskorns zugenäht (pharaonische Verstümmelung). Schätzungsweise ein Drittel der Mädchen überlebt den brutalen Eingriff nicht.

Verschlossen, nicht mehr triebhaft, verheiratbar

Doch für die Überlebenden fängt mit der Genitalverstümmelung das eigentliche Drama erst an. Das Urinieren ist schmerzhaft und braucht eine halbe Stunde, jede

Regelblutung dauert zwei Wochen. Nehberg erklärte: „Das Mädchen ist nun verschlossen, nicht mehr triebhaft und damit verheiratbar. Erst der Ehemann darf sie in der Hochzeitsnacht wieder öffnen. Erst versucht er es mit seinem Penis, doch wenn das nicht gelingt, darf er einen Dolch gebrauchen.“ Auch Geburten sind für verstümmelte Frauen eine Tortur. Der Brauch gebietet zudem, dass sie nach der Geburt erneut verschlossen werden.

Um die medizinische Versorgung der betroffenen Frauen zu verbessern, will Target im Distrikt Conaba eine gynäkologische Krankenstation aufbauen. Ziel ist es, verstümmelte Frauen möglichst vor ihrer Hochzeit wieder zu öffnen und soweit wie möglich wieder anatomische Verhältnisse herzustellen – „medizinisch und hygienisch korrekt, und in Narkose“, sagte Nehberg. Auch für natürliche Geburten und Kaiserschnitte soll die geplante Station ausgerüstet werden.

Es gibt weder Gynäkologen noch Instrumente in Äthiopien

Nehberg-Weber erzählte: „Es ist in Äthiopien bereits sehr schwierig, Gynäkologen zu finden. Gynäkologinnen, die als Frauen leichter das Vertrauen der Patientinnen gewinnen können, gibt es überhaupt nicht. Auch die erforderlichen Instrumente kann man in Äthiopien nicht kaufen.“ Sie wünscht sich daher, dass die geplante Target-Krankenstation von deutschen Gynäkologinnen und Gynäkologen geleitet und finanziert wird.

Der Hamburger Gynäkologen-Tag 2010 war die erste Station der Lobbyarbeit für die Target-Krankenstation. „Wir brauchen Ihr gynäkologisches Fachwissen. Welche Ausstattung ist für eine solche Station erforderlich? Für Geburten oder für eine Sectio? Wer von Ihnen möchte

dieses Projekt finanziell oder direkt vor Ort mit einem Arbeitseinsatz unterstützen?“ fragte Nehberg-Weber.

Deutsche Gynäkologen sollen das Projekt tragen

Die Hamburger Gynäkologen honorierten das Engagement der beiden Target-Aktivistinnen mit stehenden Ovationen – zwölf von ihnen boten nach der Veranstaltung spontan ihre Hilfe an. Der Vorsitzende des Hamburger Landesverbandes des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF), Dr. Wolfgang Cremer, übernahm die Koordination der Unterstützung aus Hamburg. Nehberg-Weber freute sich über den Zuspruch: „Es ist unsere große Vision, dass die deutschen Gynäkologen dieses Projekt tragen.“

Momentan gehe es zum Beispiel darum, geeignete Untersuchungsinstrumente aufzutreiben. „Verstümmelte Frauen sind meist so eng zugenäht, dass normale Spekula für sie nicht geeignet sind. Selbst Kinder-Spekula sind häufig noch zu groß und außerdem zu kurz. Unsere Unterstützer wollen nun spezielle Spekula anfertigen lassen und sich vorläufig auch auf dem Markt für tiermedizinische Instrumente umsehen – man muss ein bisschen erfinderisch sein“, sagte Nehberg-Weber.

Aktionen und Erfolge von „Target“

Die gemeinnützige Organisation wurde im Jahr 2000 gegründet. Hauptaufgabe ist der aktionsbetonte Einsatz vor Ort gegen weibliche Genitalverstümmelung. Da die Genitalverstümmelung fälschlicherweise mit Hinweis auf den Koran zur religiösen Pflicht erklärt wird, sucht Target den Dialog mit islamischen Geistlichen.

2002 erklärte der Stamm der Afar bei der von Target organisierten 1. Wüstenkonferenz den Brauch der Genitalverstümmelung zur Sünde. 2004 folgten politische und religiöse Stammesführer aus Mauretanien und Dschibuti. Bei der „Karawane der Hoffnung“ im Jahr 2005 trug Target die Nachricht von der Ächtung des Brauchs im Auftrag des Großmuftis von Mauretanien auf wehenden Fahnen mit Kamelen in die Oasen.

Zusammen mit hochrangigen islamischen Geistlichen veranstaltete Target 2006 in der Al-Azhar-Universität zu Kairo eine „Internationale Konferenz islamischer Gelehrter gegen weibliche Genitalverstümmelung“. Dort verabschiedeten die Teilnehmer eine Erklärung mit dem Stellenwert einer Fatwa (Rechtsgutachten): „Weibliche Genitalverstümmelung ist ein strafbares Verbrechen. Es verstößt gegen höchste Werte des Islam.“

Daraufhin schrieben der Oberste Rat für Islamische Angelegenheiten der Afar und sämtliche Clanführer der Afar 2007 per Stammesgesetz die Strafe für Genitalverstümmelungen fest: „Anzeigepflicht gegen die Eltern und Blutgeld gegen die Beschneiderin!“

In seiner aktuellen Kampagne verbreitet Target das „Goldene Buch“, das in vier Sprachen die Fatwa von Kairo sowie Auszüge aus Reden islamischer Geistlicher dokumentiert. Das spendenfinanzierte Buch, das voraussichtlich in einer Gesamtauflage von vier Millionen Exemplaren erscheinen wird, soll den Vorbetern der Moscheen als Predigtgrundlage dienen. Universitäten, Frauenrechtsgruppen und Koranschulen können das Buch ebenfalls kostenlos von Target erhalten.



Rüdiger Nehberg und Annette Weber mit einem Afar-Mädchen



Beschneidungsbesteck in den Händen einer Verstümmlerin

Wer Target beim Aufbau der gynäkologischen Krankenstation in Äthiopien unterstützen möchte, kann sich direkt an Annette Nehberg-Weber wenden:

Tel.: 04154 9999-40,

E-Mail: info@target-human-rights.com

Spendenkonto:

Sparkasse Holstein

Kontonummer 50500, BLZ 21352240

Internet: www.target-human-rights.com

Intersektorale Zusammenarbeit

Seit drei Jahren gibt es das Hanse Hernienzentrum Hamburg – ein Beispiel für gelungene Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen.

Von PD Dr. Henning Niebuhr¹, Dr. Carsten Möllmann², Prof. Dr. Marco Sailer²

Kooperation im Sinne des Patienten

Das Konzept einer intersektoralen, integrierten Versorgung des Hanse-Hernienzentrums Hamburg bietet Patientinnen und Patienten ambulante und kurzstationäre Behandlungen entsprechend dem individuellen Bedarf. Die Entscheidung, ob eine ambulante oder kurzstationäre Behandlung erfolgt, wird von Arzt und Patient getroffen.

Das Hanse-Hernienzentrum wurde 2007 von PD Dr. Henning Niebuhr und Prof. Dr. Marco Sailer als gemeinsames Projekt der Hanse Chirurgie, des Bethesda Krankenhaus Bergedorf (BKB) und der Praxisklinik Bergedorf gegründet. 2009 kam, im Zuge der Erweiterung der Hanse Chirurgie in Eppendorf und Eidelstedt, die Kooperation mit der Facharzt-klinik Hamburg in Eppendorf dazu. Dieses Konstrukt ermöglicht konzentrierte, spezialisierte Diagnostik und Therapie aller Leisten-, Bauchwand-, Narben-, Nabel- und Zwerchfellbrüche. Im ersten Jahr des Bestehens wurden über 800 Hernieneingriffe durchgeführt. Diese Zahl bedeutete eine Steigerung um 23 Prozent im Vergleich zu den summierten Vorjahresergebnissen der Partner. Im Jahr 2009 konnten bereits 950 Hernieneingriffe durchgeführt werden.

Behandlung „aus einem Guss“

Die Behandlung erfolgt „aus einem Guss“, von der Diagnosesicherung durch spezielle Ultraschalluntersuchung über Terminfestlegung, Eingriffsvorbereitungen, Operation sowie die Nachbehandlung bis zur Genesung des Patienten. Operateure mit jeweils mehr als 600 persönlich durchgeführten Hernieneingriffen pro Jahr, interne und externe Qualitätssicherung sowie die laufende wissenschaftliche Analyse der Operationsresultate im neu eingerichteten Hernienregister garantieren ein hohes Maß an Qualität.

Auch im Bereich der Facharztweiterbildung geht das Hanse-Hernienzentrum konsequent den Weg der Kooperation zwischen stationärem und ambulanten Sektor im Gesundheitswesen: So kommen die Assistenzärzte der chirurgischen Klinik des BKB im Rotationsverfahren ins Hernienzentrum, um durch Assistenz bei hernienchirurgischen Eingriffen der „externen“ Operateure angewandte Operationstechniken zu erlernen.

Abgestimmtes Entlassungsmanagement

Bei zirka 30 Prozent der Patienten, die sich einer Leistenbruchoperation unterziehen, ist eine ambulante Behandlung nicht möglich. Einerseits liegen hierfür medizinische Gründe wie Vorerkrankungen oder Risikofaktoren vor. Andererseits – und das ist offenbar der wichtigere Faktor – verhindert dies die nicht geeignete soziale Situation (z. B. alleinstehendes Wohnen, keine Verwandtschaft, nicht barrierefreies Wohnen).

Schnittstellenprobleme vor und nach ambulanter Operation oder (kurz-) stationärer Behandlung sind durch standardisierte Kommunikationswege mit sofortiger Berichterstattung und Befundübermittlung via Fax oder E-Mail sowie durch ein entsprechendes, mit den Hausärzten abgestimmtes Entlassungsmanagement gelöst. Diese Kooperation im Sinne einer vorab organisierten Nachbehandlung, häuslichen Pflege und Haushaltshilfe nimmt Patienten die häufig vorhandene Furcht davor, wie der Alltag nach ambulanter oder kurzstationärer Behandlung zuhause zu bewältigen ist.

Moderne Techniken

Die Therapie von Leisten- sowie Bauchwandbrüchen erfolgt durch eine Operation. Frü-

her wurde der notwendige Verschluss der Bruchlücke durch eine Naht, mit der das umliegende Fasziengewebe unter Spannung zusammengesogen wurde, erzielt. Nach dieser Technik mussten die Patienten zunächst drei bis vier Monate auf eine normale, körperliche Belastung verzichten und waren damit über diesen Zeitraum arbeitsunfähig. Rezidivquoten von bis zu 40 Prozent (bei Leistenhernien) und bis zu 70 Prozent (bei Bauchwandhernien) werden in der Literatur beschrieben. Seit Anfang der Neunziger Jahre wird der Bauchwanddefekt durch eine spannungsfreie Netzverstärkung verschlossen. Nach dieser Art des Eingriffes ist nur noch eine „Schonfrist“ von zirka zwei Wochen erforderlich.

Eine einseitige, kleine inguinale Primärhernie kann erfolgreich per Leistenschnitt auch in örtlicher Betäubung mit einem Kunststoffnetz verschlossen werden (Lichtenstein-Methode). Ein doppelseitiger Bruch sowie eine Rezidivhernie, aber auch einseitige Hernien werden per Laparoskopie von innen mit dem Kunststoffnetz versorgt. Bei doppelseitigen Brüchen braucht so nur einmal der Zugang geschaffen zu werden. Bei Rezidivhernien muss beim Verfahren per „Schlüsselloch“ nicht ein zweites Mal dieselbe Narbe eröffnet werden, was die Gefahr von Komplikationen deutlich herabsetzt.

Winzige Schnitte

Die im Hanse-Hernienzentrum Hamburg u. a. angewandte TAPP-Technik (transabdominale präperitoneale Netzimplantation: Schlüsselloch-/Sandwichtchnik) wird endoskopisch inzwischen mikrochirurgisch mit 2 mm durchmessenden Instrumenten vorgenommen. Es werden drei kleinste Zugänge benötigt. Nach Anlage des Pneumoperitoneums und Inzision des Peritoneums über der Leiste kann der Bruchsack aus dem Leistenkanal zurückgezogen werden. Zwischen Bauchfell und der Transversalisfaszie (Leistenkanalhinterwand) wird das Kunststoffnetz eingelegt. Der wesentliche Vorteil bei dieser Versorgung der Leistenhernie besteht im Verschluss des inneren Leistenkanaleingangs sowie in der deutlich geringeren Rate postoperativer Nervenirritationen/-läsionen. Weitere Informationen über das Zentrum, angewandte Behandlungsmethoden und Kooperationsstrukturen gibt es auf einem Symposium, das am Mittwoch, den 14. April, um 17 Uhr im Literaturhaus, Schwanenwik 38, anlässlich des dreijährigen Bestehens des Hanse Hernienzentrum Hamburg stattfindet.

Literatur beim Verfasser.

PD Dr. Henning Niebuhr, Leitender Arzt des Hanse-Hernienzentrum Hamburg, Tel: 72 57 51 15, E-Mail: post@hernienzentrum.de.

¹ Hanse-Hernienzentrum Hamburg; ² Klinik für Chirurgie, Bethesda Krankenhaus Bergedorf)



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!

NEU!

040/ 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

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

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

patientenberatung@aekhh.de
www.patientenberatung-hamburg.de

DER BLAUE HEINRICH

von Dr. Hanno Scherf, aus: „Der Stechlin“ von Theodor Fontane

Wassersucht



Theodor Fontane

In dieser Notlage sann Dubslav hin und her, und eines Tages, als er mal wieder in rechter Bedrängnis und Atemnot war, rief er Engelke und sagte: „Engelke, mir is schlecht. Aber rede mir nich von dem Doktor. Ich mag unrecht haben, aber ich will ihn nicht. Sage, wie steht das eigentlich mit der Buschen? Die soll ja doch letzten Herbst uns` Kossät Rohrbeckens Frau wieder auf die Beine gebracht haben.“ „Ja, die Buschen...“ „Na, was meinst du?“ „Ja, die Buschen, die weiß Bescheid. Versteht sich. Man bloß, dass sie ´ne richtige alte Hexe is, und um Walpurgis weiß keiner, wo sie is.“

Noch an demselben Nachmittag erschien die Buschen im Herrenhause. [...] Sie blieb an der Tür stehen.

„Na, Buschen, kommt man ran oder stellt Euch da ans

Fenster, dass ich Euch besser sehn kann. Es ist ja schon ganz schummrig.“ Sie nickte. „Ja, mit mir is nich mehr viel los, Buschen. [...] Ihr sollt ja Kossät Rohrbeckens Frau damals wieder auf die Beine gebracht haben. Mit mir is es auch so was. Habt Ihr Courage, mich in die Kur zu nehmen? Ich zeig Euch nicht an. Wenn einem einer hilft, is das andre alles gleich. Also nichts davon. Und es soll Euer Schaden nicht sein.“ „Ick weet joa, jnäd`ger Herr... Se wihren joa nich. Un denn de Lüd`, de denken ümmer, ick kann hexen un all so wat. Ick kann awer joar nix und hebb man blot en beten Liebstöckel un Wacholder un Allermannsharnisch. Un allens blot, wie`t sinn muss. Un de Gerichten können mi nix dohn.“ „Is mir lieb. Und geht mich übrigens auch nichts an. Mit so was komm ich Euch nich. [...] Und nu sagt mir, Buschen, wollt` Ihr den Fuß sehn? Einer is genug. Der andre sieht ebenso aus. [...] „Nei, jnäd`ger Herr. Loaten`s man. Ick weet joa, wi dat is. Ihrst sitt et hier up de Bost, un denn sackt et sich, un denn sitt et hier unnen. Un is all een und dat sülwige. Dat möt allens rut, un wenn et rut is, denn drückt et nich mihr, un denn können Se wedder gapsen.“ „Gut. Leuchtet mir ein. [...] Aber womit wollt Ihr`s rut-bringen? [...] „Joa, de Mittel hebb ick. Un hebbn wi ihrst de Mittel, denn finnen sich ook de Weg. Ick schick hüt noch Agnessen mit twe Tüten; [...] „Un Agnes, de sall denn unnen in de Küch`goahn, to Mamsell Pritzbur, un de Pritzburn de sall denn den Tee moaken för`n jnäd`gen Herrn. Morgens ut de witte Tüt`, un abens ut de blue Tüt`. Un immer man`nen gestrichnen Esslöffel vull un nich to veel Woater; awers bullern möt et. Und wenn de Tüten all sinn, denn is et rut. Dat Woater nimmt dat Woater weg.“ „Na gut, Buschen. [...] Nun will ich aber bloß noch wissen, was Ihr mir da in Euern Tüten schicken wollt, in der weißen und in der blauen. Is doch kein Geheimnis?“ „Nei, jnäd`ger Herr.“ „Na also.“ „In de witte Tüt`is Bärlapp un in de blue Tüt`is, wat die Lüd`hier Katenpoot nennen.“

„Versteh, versteh“, lächelte Dubslav, und dann sprach er wie zu sich selbst. „Nu ja, nu ja, das kann schon helfen. Dazwischen liegt eigentlich die ganze Weltgeschichte. Mit Bärlapp zum Einstreuen fängt die süße Gewohnheit des Daseins an, und mit Katzenpfötchen hört es auf. So verläuft es. Katzenpfötchen... die gelben Blumen, draus sie die letzten Kränze machen... Na, wir wollen sehn.“

An demselben Abend kam Agnes und brachte die beiden Tüten und es geschah, was beinah über alles Erwarten hinaus lag: es wurde wirklich besser. Die Geschwulst schwand, und Dubslav atmete leichter. „Dat Woater nimmt dat Woater“, an diesem Hexenspruch [...] richteten sich seine Hoffnungen und seine Lebensgeister wieder auf. Er war auch wieder für Bewegung und ließ, wenn es das Wetter irgendwie gestattete, seinen Rollstuhl nicht bloß auf die Veranda hinausschieben, sondern fuhr auch um das Rundell herum und sah dem kleinen Springbrunnen zu, der wieder sprang. Ja, es kam ihm vor, als ob er höher spränge. „Findest du nich auch, Engelke? Vor vier Wochen wollt`er nich. Aber es geht jetzt wieder. Alles geht wieder, und es ist eigentlich dumm, ohne Hoffnung zu leben; wozu hat man sie denn?“

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan der Herausgeber
Ärztelkammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion

Nicola Timpe, Dorthe Kieckbusch

Verlag

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

Anzeigen

Verlag Francis von Wels,
Inhaber Heiner Schütze e.K.
Marschnerstieg 2, 22081 Hamburg
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg
Telefon: 0 40/29 80 03 - 0, Fax: 0 40/29 80 03-90

Anzeigenleitung: Bernd Roloff
Telefon: 0 40/29 80 03 - 22

E-Mail: info@wels-verlag.de
Internet: www.wels-verlag.de
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 40
vom 1. Januar. 2010

Anzeigenschluss für

Texteilanzeigen: 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 übernom-
men. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

Grafische Konzeption

Peter Haase, Michael von Hartz

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 15.350 Exemplare

Titel: Michael von Hartz

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

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Prüfungstermine für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Für die Durchführung der 147. Abschlussprüfung wurden folgende Termine festgesetzt.

Anmeldung zur Prüfung

Der Termin für den Anmeldeschluss ist der 15.04.2010. Später eingehende Anmeldungen können nicht mehr berücksichtigt werden. Die Anmeldeunterlagen erhalten die Auszubildenden über die Berufsschule.

Rücktritt von der Anmeldung

Der letzte Zeitpunkt für einen Rücktritt von der Anmeldung ist am 07.05.2010.

Schriftliche Prüfung

Die schriftliche Prüfung findet am 25.05.2010 um 14 Uhr und am 26.05.2010 um 8 Uhr statt.

Praktischer Teil der Prüfung

Der praktische Teil der Prüfung wird in der Zeit vom 02.06.2010 bis zum 30.06.2010 abgenommen.

Bei dieser Gelegenheit wird noch einmal auf die Zulassungsvoraussetzungen hingewiesen:

Dem ausgefüllten Anmeldeformular sind folgende Anlagen beizufügen:

- das letzte Berufsschulzeugnis
- die Abschlussbeurteilung des Ausbilders
- der ordnungsgemäß geführte Ausbildungsnachweis
- ein Nachweis über die Ausbildung in Laborkunde
- ein Nachweis über eine Erste-Hilfe-Ausbildung

Wurde die Ausbildung in Laborkunde und Erste-Hilfe-Ausbildung in der eigenen Praxis absolviert, genügt eine entsprechende Bestätigung im Arztzeugnis.

In anderen Fällen ist eine Bescheinigung über die Teilnahme an einer überbetrieblichen Laboraus- bildung oder die Ableistung der Laboraus- bildung in anderen Ausbildungsstätten notwendig.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass gemäß § 2 j) des Ausbildungsvertrages die Auszubildende am Tag vor der schriftlichen Prüfung freizustellen ist.

Abschlussfeier

Die Abschlussfeier findet am 07.07.2010 um 16 Uhr im großen Saal des Bürgerhauses Wilhelms- burg, Mengenastraße 20, 21109 Hamburg, statt.

Hierzu sind auch die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte sowie Familienangehörige der Auszubilden- den herzlich eingeladen.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshil- fe in 20149 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf seine hälftige vertragsärztliche Zulassung ver- zichtet.

Kennziffer: 20/10 F

Hausärzte

Eine Praktische Ärztin in 22459 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 21/10 HA

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin mit einer angestellten Ärztin (halbe Arztstelle) der Fach- gruppe Allgemeinmedizin in 22089 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf ihre hälftige ver- tragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 22/10 HA

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die Praxis eines verstorbenen Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten in 22587 Hamburg soll zum schnellstmöglichen Zeitpunkt an eine/n Nachfolger/in übergeben werden.

Kennziffer: 23/10 D

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31. März 2010** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldt- straße 56, 22083 Hamburg.

Diese Unterlagen werden den (hälftig) ausscheiden- den Vertragsärzten sowie den Erben des Vertrags- arztes zur Verfügung gestellt.

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

Amtliche Veröffentlichungen im Internet

Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Verei- nigung Hamburg unter www.kvvh.de -> *Amtliche Veröffentlichungen* werden folgende Vereinbarun- gen bekannt gegeben:

- Vergütungsvereinbarung mit der Knappschaft vom 01.01.2005 bis 31.12.2005
- Vergütungsvereinbarung mit der Knappschaft vom 01.01.2006 bis 31.12.2006
- Vergütungsvereinbarung mit der Knappschaft vom 01.01.2007 bis 31.12.2007

Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Ge- sundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

Sollte die Einsichtnahme im Internet nicht mög- lich sein, stellen wir Ihnen den entsprechenden Ausdruck gern zur Verfügung.

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

KVH Arbeitskreis „Interdisziplinäre Infektiologie“

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises „Interdisziplinäre Infektiologie“ findet statt am

Montag, 26.04.2010, 20 Uhr, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, (Ärztehaus), Saal 1

Dr. P. Buggisch wird referieren zum Thema:

Infektiöse Durchfallerkrankungen – Diagnostik und Therapie

Erwünscht ist die Vorstellung eigener Fälle aus der Praxis. Sofern dies von Teilnehmern vorgesehen ist, bitten wir um vorherige telefonische Absprache

(Prof. Plettenberg/Dr. Stoehr, ifi, Tel.-Nr. 18 18 85 - 37 80 / - 37 81 / - 37 82).

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden

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

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

Mitteilungen

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Ermächtigte Ärzte / Ärztinnen / Institutionen

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

| Ausführende(r) | Krankenhausanschrift | Umfang der Tätigkeit |
|--|---|--|
| Dr med. Bernd Hinrichs | Stader Straße 203 c 21075 Hamburg Tel.: 790 06-430 Fax: 790 06-488 | 1. Diagnostik und Behandlung von chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in der Regel bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ausschließlich in Problemfällen, 2. flexible Tracheoskopien ohne Sedierung über die Kanüle bei tracheotomierten Kindern und Jugendlichen in der Regel bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, 3. ambulante polygraphische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen in der Regel bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres mit dem Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie nach Diagnosestellung einer neuromuskulären Erkrankung auf Überweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Lungenärzte, Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie. |
| Prof. Dr. med. Wolfgang Schulze | Martinstraße 52 20251 Hamburg Tel. 74 10-536 40 Fax: 74 10-548 75 | Durchführung von Hodenbiopsien auf Überweisung durch Urologen, Dermatologen, reproduktionsmedizinisch tätige Gynäkologen und Internisten, sämtliche soweit sie eine Genehmigung zur Durchführung von Spermogrammen haben. In den Fällen, in denen die notwendigen Voruntersuchungsergebnisse des Ejakulats nicht eindeutig sind, können auch Ejakulatuntersuchungen durchgeführt werden. |

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



**Bedingungslos
menschlich.**

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
 Informationen für einen Projekteinsatz
 Informationen zur Fördermitgliedschaft
 die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“

Name _____

Anschrift _____

E-Mail _____



Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN helfen Sie Menschen in Not.

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de • Spendenkonto 97 0 97 • Sparkasse KölnBonn • BLZ 380 500 00

Wann hatten Sie das letzte Mal wirklich Zeit?

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

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de



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

Ärzten in Weiterbildung (m/w)

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:

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

Ihre Aufgaben:

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

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

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



erfolgreich!
Gehören Sie bald auch zu uns?

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



Unsere Klinik für Geriatrie liegt in Geesthacht in einer traumhaften Lage direkt am Elbhaf. Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet der Zukunft.

Zurzeit betreiben wir 65 stationäre Betten, 20 teilstationäre Plätze und beginnen mit der geriatrischen ambulanten Versorgung.

Für diese anspruchsvollen Aufgaben suchen wir ab sofort eine/n engagierte/n



Facharzt/-ärztin und Assistenzarzt/-ärztin

(Innere Medizin oder Neurologie) mit klinischer Erfahrung

Wir bieten Ihnen eine flache Hierarchie, einen modernen Führungsstil sowie eine strukturierte Weiterbildung für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin und Rehabilitation. Lassen Sie sich Ihre Initiative und Ihr innovatives Denken von uns belohnen und entspannen Sie nach Feierabend bei einem Segeltörn auf der Elbe. Auf Ihre Bewerbung freuen wir uns.

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Menzel gerne telefonisch unter 04152 / 171 430 oder per Email j.menzel@vitanas.de zur Verfügung.

Vitanas Edmundsthal
Jörg Menzel · Johannes-Ritter-Straße 100
21502 Geesthacht

www.vitanas.de

proDERM

proDERM ist ein unabhängiges Auftragsforschungsinstitut, spezialisiert auf die Durchführung von dermatologischen Prüfungen sowohl von Arzneimitteln als auch von Kosmetika und Medizinprodukten. Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir

Dermatologen (m/w)

- flexible und temporäre Einsätze nach Absprache -

Ihre Aufgaben:

- Durchführung ärztlicher Untersuchungen im Rahmen klinischer Prüfungen gem. ICH/GCP und den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes. Die Einsätze sind temporär und werden zusammen mit Ihnen je nach Ihrer Verfügbarkeit vereinbart.

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Facharztausbildung Dermatologie
- Gute Englischkenntnisse

Bitte senden Sie uns Ihre Unterlagen oder nehmen Sie direkt Kontakt auf per Email oder Telefon:

proDERM
Institut für Angewandte Dermatologische Forschung GmbH
Prof. Dr. med. Klaus-P. Wilhelm
Kiebitzweg 2
22869 Schenefeld/Hamburg
Telefon 040/839 358-17
Bewerbung@proDERM.de
www.proDERM.de

Dedicated to Skin



In unserer im Jahr 1997 auf der Insel Rügen im unmittelbaren Küstenstreifen des Südstrandes des Ostseebades Göhren errichteten Rehabilitationsklinik mit 192 Betten ist die Stelle einer/eines

Assistenzärztin/Assistenzarzte des Bereiches Orthopädie

als **Stationsärztin/Stationsarzt** zu besetzen.

Die Struktur der orthopädischen Abteilung mit 114 Betten entspricht räumlich und personell modernsten Anforderungen (Stellenschlüssel 1/1/5).

Das orthopädische Indikationsspektrum umfasst neben degenerativen und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Bewegungsorgane und ihren Anschlussheilbehandlungen insbesondere chronische Schmerzkrankungen der Wirbelsäule mit ihren psychosozialen Ursachen und Folgen. In der psychosomatischen Abteilung werden vorwiegend Patienten mit neurotischen und somatoformen sowie Belastungsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen rehabilitiert. Die Teams beider Bereiche arbeiten übergreifend zusammen.

Weiterbildungsermächtigungen bestehen für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Innere Medizin und Allgemeinmedizin.

Für die Position können wir uns sowohl jüngere Ärztinnen/Ärzte nach der Approbation bzw. in Weiterbildung als auch Kolleginnen und Kollegen mit Freude an einer ganzheitlichen Rehabilitation vorstellen, die gegebenenfalls eine dauerhafte Anstellung suchen.

Wir bieten Ihnen eine vielseitige und interessante Tätigkeit mit **geregelter Arbeitszeit**, eine **überdurchschnittliche Vergütung** nach TV-TgDRV mit allen bekannten Sicherheiten eines öffentlichen Arbeitgebers, die Möglichkeit der Teilnahme an internen und externen **Fortbildungen** sowie **Erholung und Entspannung** in unberührter Natur auf der größten und schönsten Urlaubsinsel Deutschlands.

Nach Möglichkeit unterstützen wir Sie gern in allen sozialen Angelegenheiten. Rufen Sie uns bei Interesse an oder bewerben Sie sich.

Rehabilitationsklinik Göhren
Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland
Fachklinik für orthopädische und psychosomatische Rehabilitation
Personalbereich, Südstrand 6 in 18586 Ostseebad Göhren
Tel.: 038308 53315 oder 53424, Mail: info@rehabklinikgoehren.de

Gem. § 103 Abs. 7 SGB V schreiben wir den Abschluss eines Belegarztvertrages in der Fachrichtung HNO-Heilkunde aus. Bewerbungen bitte an: Facharztklinik Hamburg, Martinistr. 78, 20251 Hamburg

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



Wir suchen zur Mitarbeit in großer Praxis-Klinik in Hamburg-Barmbek

Weiterbildungsassistenten/innen

für Voll- oder Teilzeittätigkeit

Wir suchen Kollegen/Kolleginnen mit Einfühlungsvermögen, Engagement und der Bereitschaft, die Praxis mitzugestalten. Die Arbeitsbedingungen sind großzügig gestaltet und lassen individuelle Lösungen zu.

Dr. Weser & Partnerinnen
Fuhlsbüttler Straße 182
22307 Hamburg
Tel. 01 73-6 10 38 41

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



Zentralinstitut für Transfusionsmedizin GmbH

Blutspendedienst Hamburg

Wir sind

Der Blutspendedienst Hamburg (BSD HH) ist einer der größten Blutspendedienste in Norddeutschland. Aus dem Zentraldepot im Zentralinstitut für Transfusionsmedizin (ZIT) versorgt der BSD HH in der Großraumregion Hamburg und Schleswig-Holstein Krankenhäuser und Arzt-Praxen mit Blut und Blutkomponenten und führt transfusions- und transplantationsmedizinische Untersuchungen durch. Im BSD HH werden im Blutspendedienst Eilbek, 8 weiteren festen Entnahmestellen in Hamburg und Schleswig-Holstein sowie mit mobilen Entnahmeteams aus einem Stamm von ca. 30.000 Blutspendern jährlich ca. 80.000 Vollblutspenden und ca. 500 Eigenblutentnahmen gewonnen. Die Verarbeitung der Vollblutspenden geschieht zentral im ZIT.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

ASSISTENZÄRZTINNEN/-ÄRZTE

befristet für 1 Jahr, mit der Hälfte der vollen Arbeitszeit für die Zentralinstitut für Transfusionsmedizin GmbH (ZIT)

Ihr Aufgabengebiet umfasst den dienstplangeregelten Einsatz in allen Entnahmestellen des BSD Hamburg, die ärztliche Leitung des jeweiligen Blutspendetermins vor Ort, die ärztliche Untersuchung und Freigabe von Blutspendern, die ärztliche Betreuung von Spendern während des Blutspendetermins, bei Bedarf Übernahme der Funktion "Punktionskraft" oder "Check In" während des Blutspendetermins, die Teilnahme am Schulungsprogramm des BSD Hamburg sowie die Verpflichtung zur Teilnahme an gelegentlicher Mehrarbeit. Sie sollten die ärztliche Approbation, Grundkenntnisse in der Notfallmedizin, EDV-Kenntnisse sowie Teamfähigkeit, Motivation und Einsatzfreude besitzen.

Wir bieten

eine gründliche Einarbeitung entsprechend unserem ausführlichen Schulungsprotokoll. Geregelt Arbeitszeiten (versetzte Dienste) bei voller Anerkennung geleisteter Mehrarbeit. Mitarbeit in einem jungen motivierten Team und eine angemessene Vergütung.

Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gern Herr Schmidt, Ärztlicher Leiter, Tel. 040/1818 84-2552.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte bis zum 31.03.2010 unter Angabe der Kennziffer ZIT-35 an:

Asklepios Klinik Nord
Personalmanagement, Frau Frodeno
Langenhorner Chaussee 560 • 22419 Hamburg
E-Mail: bewerbung.nord@asklepios.com

Gemeinsam für Gesundheit www.asklepios.com

Wir suchen Fachärzte (m/w)

für Frauenheilkunde, Allgemeinmedizin und Chirurgie, gern auch in Teilzeit, zum weiteren Aufbau der Maxcura Gesundheitszentren. Lassen Sie sich von unserem Konzept überzeugen! Außerdem suchen wir kontinuierlich Praxen zur Übernahme in Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Chirurgie. Zur Fortführung der wohnortnahen Versorgung entwickeln wir gemeinsam Konzepte.

Bewerbungsunterlagen an Maxcura MVZ GmbH,
Hoheluftchaussee 20, 20253 Hamburg,
www.maxcura.de, info@maxcura.de,
Ärztlicher Leiter: Michael Ehlebracht.



ASKLEPIOS

Klinik Nord

Wir sind

Die Asklepios Klinik Nord ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. Sie versorgt an zwei Standorten in 28 medizinischen und psychiatrischen Fachabteilungen über 72.000 Patienten jährlich. Modernste Diagnose- und Behandlungsverfahren sichern Kompetenz in allen medizinischen Bereichen und Versorgungsstufen. Mit rund 1.500 Betten ist die Asklepios Klinik Nord die größte Klinik in Hamburg und verfügt über eine KTQ-Zertifizierung.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

ASSISTENZÄRZTIN/ASSISTENZARZT
für die Ambulanz Altona, IV. Fachabteilung Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, befristet bis 31.12.2010, in Vollzeit

Ihr Aufgabengebiet umfasst die Substitutionsbehandlung und allgemein medizinische Betreuung von schwerkranken Drogenabhängigen.

Wünschenswert sind Erfahrungen im Umgang mit suchtkranken Patienten, insbesondere Drogenabhängigen und mit psychiatrischen Erkrankungen und der Nachweis „Fachkunde Sucht“. Sie arbeiten gern in einem multiprofessionellem Team, sind kooperations- und konfliktfähig, besitzen Einfühlungsvermögen und bringen sich ihre Ideen konstruktiv ein. Die Teilnahme an regelmäßigen Schicht- und Wochenenddiensten wird vorausgesetzt, kein Nachtdienst.

Wir bieten

eine interessante, verantwortungsvolle Aufgabe in einem engagierten Team mit sehr gutem Betriebsklima. Als Mitarbeiter/in in einem Unternehmen der Asklepios Kliniken GmbH profitieren Sie von den Strukturen eines weltweit tätigen Konzerns der Gesundheitsbranche mit wachstumsstarken Prognosen. Wir bieten unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern neben einer leistungsgerechten Vergütung gem. TV-KAH eine betriebliche Altersversorgung, die HVV-Profi-Card, Fort- und Weiterbildungen am unternehmenseigenen Bildungszentrum sowie eine Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände.

Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gern Frau Dr. Bonorden-Kleij, Ärztliche Leitung, unter Tel. 040/432925-0.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe der Kennziffer 144-251 an:

Asklepios Klinik Nord
Personalmanagement, Frau Schmidt
Langenhorner Chaussee 560 • 22419 Hamburg
E-mail: bewerbung.nord@asklepios.com

Gemeinsam für Gesundheit www.asklepios.com



Evangelisches Krankenhaus Stift Bethlehem Ludwigslust

Wir sind

ein Regelversorgungs Krankenhaus im Südwesten Mecklenburgs und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock. In den letzten Jahren haben wir eine gefäßchirurgische und eine kardiologisch-angiologische Abteilung etabliert.

Wir suchen

für den Ausbau des kardiovaskulären Schwerpunktes zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/-n weitere/-n

Assistenzärztin/-arzt
für die kardiologisch-angiologische Abteilung

Gemeinsam mit der gastroenterologisch-hämatologischen Abteilung des Hauses verfügen wir über die komplette internistische Weiterbildung mit strukturierter Rotation zwischen den einzelnen Schwerpunkten. Beide Abteilungen organisieren gemeinsam die internistische Versorgung der Region. Das Spektrum der kardiologisch-angiologischen Tätigkeiten umfasst: Herzkatheteruntersuchungen einschließlich 24-Std.-PCI, periphere Angiographien, PM- und ICD-Implantationen und -nachsorge, Echokardiographien, Duplexsonographien, klinische Tätigkeit auf der kardiologischen und der Intensivstation. Über Ihre Bewerbung in unserem Team würden wir uns freuen.

Wir bieten

Bezahlung nach Marburger Bund, finanzielle Beteiligung beim Umzug oder einer Zweitwohnung, Fortbildungen, Beteiligung am Notarzdienst, Promotionsmöglichkeit. Bei einer möglichen beruflichen Neuorientierung des Lebenspartners wären wir behilflich. Die Kreisstadt Ludwigslust bietet alle weiterführenden Schulen, ist in unmittelbarer Nähe zum Autobahnkreuz A 24/A 14 gelegen und ICE-Haltepunkt der Bahnstrecke Hamburg – Berlin (40 Min. vom Hamburger Hauptbahnhof/ 1 Min. vom Bahnhof zur Arbeitsstelle).

Nähere Auskünfte erteilt:

PD Dr. med. Dierk Werner
Chefarzt der Abteilung Innere Medizin II
Evangelisches Krankenhaus/Westmecklenburg-Holding
Neustädter Straße 1, 19288 Ludwigslust
Tel.: 03874/433 540
www.stift-bethlehem.de/krankenhaus.html

WB-Assistent/in Allgem.Med.

für hausärztlich intern.Praxis in HH-Bramfeld ab September 2010 gesucht. Dr. Hengstermann 01 70/3 42 66 85.

WB-Assistent/in

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

WB-Assistent/-in

für Allgemeinmedizinische Praxis in Altona gesucht, Tel. 38 03 75 91

Gut eingeführte, zertifizierte neurologische Schwerpunktpraxis für MS sucht eine/n **Facharzt (w/m) für Neurologie/Neurologie und Psychiatrie zur Mitarbeit**

FÄ/FA für Neurologie gesucht

für Teil- oder Vollzeitstelle in neurologischer Praxis. Zuschr. erb. unter Y 6557 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

(Assistenz/Jobsharing/eigener Vertragsarztsitz) ab Juli 2010. Zuschr. erb. unter W 6545 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Stellengesuche

WB-Ass. Radiol./MBA/Dr. med.

langj. Wirtschafts.erf. sucht WB-Stelle Rad. mgl. in Praxis zur Beend. WB (2,5 J.) ev. spät. Ass. Zuschr. erb. unter O 6522 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Stelle Allgemeinmedizin

zum 01.08.2010 oder später im Großraum HH gesucht, Tel.: 015 77/5339528.

Psych. Psychotherapeutin, VT, Arzttreg. sucht Jobsharing Tel. 01 63/927 85 66

Prom. Ass. Ärztin,

4. Weiterbildungsjahr Innere/Allg., ab März 2010 frei. Zuschr. erb. unter P 6524 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Stelle in intern.Praxis gesucht von Ärztin nach 7 J. Klinik Psychosomatik u. abgeschl. Psychotherapieausbildung, Tel. 8 50 61 84

Fachärztin für Allgemeinmedizin sucht

flex. Teilzeitanstellung in HH-West. Zuschr. erb. unter Q 6527 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erf. FÄ für Dermatologie

sucht Praxis zur Mitarbeit/Assoz./Übernahme in Hamburg und Umgebung. Zuschr. erb. unter D 6507 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Weiterbildungsassistent/in

Allgemeinmedizin/Innere ab 1.5.10. Ein nettes, freundliches Team in einer gut ausgestatteten Praxis in Harburg sucht engagierte Kollegin. Dres. Kaden und Neldner
Telefon: 7 90 85 11/Fax: 7 90 96 06

Kinderärztin/-arzt gesucht

für dauerhafte Mitarbeit halbtags in gr. Kinderarztpraxis im östl. HH. Zuschr. erb. unter N 6521 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Assistenzarzt/-ärztin

gesucht für hausärztl. anthropos. Praxis mit 2 kinderärztl. Praxen im Familien-Gesundheitszentrum bei HH. Gisela Fulda-Peiler 0 41 02/69 51 66, Hagener Allee 70 d, 22926 Ahrensburg.

WB-Assistent/in Innere/AM

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



Wir suchen zur Mitarbeit in großer Praxis-Klinik in Hamburg-Barmbek eine/n

Fachärztin/arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Voll- oder Teilzeittätigkeit

Wir suchen eine/n Kollegin/Kollegen mit Einfühlungsvermögen, Engagement und der Bereitschaft, die Praxis attraktiv mitzugestalten. Jobsharing ist genauso möglich wie Teilhabe oder eine spätere Übernahme.

Dr. Weser & Partnerinnen
Fuhlsbüttler Straße 182
22307 Hamburg
Tel. 01 73-6 10 38 41

Psychologischer od. ärztl. Psychotherapeut m. KV-Sitz
gesucht für große interdisziplinäre Einrichtung mit Selektivverträgen. Verschiedene Kooperationsformen denkbar incl. Kauf eines halben oder vollen KV-Sitzes.

Zuschr. erb. unter Z 6501 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Große Intern. Hausarztpraxis
im Hamburger Osten sucht Kooperationspartner/-in ab 2010.
Zuschr. erb. unter B 6505 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

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

Für ein geplantes MVZ/GP in HH, gute Lage (Spitalerstr.), suche ich Arztstühle verschiedener Fachrichtungen, auch Kooperation erwünscht,
Tel. 01 71/4 70 47 57.

FÄ für Allgemeinmedizin
mit KV-Sitz sucht Mitarbeit/Kooperation in Hausarztpraxis in HH, gerne GMP.
Zuschr. erb. unter X 6489 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Allg.Medizinerin mit SONO
von Internist wg. Koop. (ÄBAG) ab sof. gesu. (KV-Liz. vorh.) 01 75/2 90 11 93

Mobile Anästhesie

Mobiler Anästhesist
mit KV-Zulassung hat Termine frei, Hamburg und südl. Schleswig-Holst.
Zuschr. erb. unter J 6514 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Anzeigenschluss
für die April-Ausgabe
ist am
22. März 2010

Radiol. Gemeinschaftspraxis,
kollegial geführt, außerhalb von Konzernstrukturen, sucht Radiologen mit Kassensitz.
Zuschr. erbeten unter L 6516 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Dringend gesucht:
Orthopäde u./o. Unf.-Chirurg
auch als WB-Assistent
auch Teilzeit
www.orthopaedie-elbchaussee.de
E-Mail: info@praxis-drlange.de

Große Allgemeinarztpraxis
in HH-Bergedorf sucht FÄ/FA Innere/Allg.Med. zwecks GMP ab sofort, KV-Sitz erforderlich., praxis.ah60@web.de

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

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

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

Praxisübernahme

Praxis/KV-Sitz für Urologie
in Hamburg von jungem FA gesucht sofort oder auch später.
Zuschr. erb. unter S 6357 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA f. Psychiatrie/Psychoth.
z. Z. Chefarzt Psychiatrie, sucht Praxis-Übernahme od. KV-Sitz Psychiatrie/Nervenarzt od. Einstieg in Psychiatrie-/Psychotherapie od. Nervenarztpraxis. Mail: praxis.psychiatrie.hh@googlemail.com od. Tel. 01 79/5 93 87 41

Hausarztpraxis

GP-Anteil mit KV-Sitz abzugeben. Zuschr. erb. unter K 6515 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Biete Kl. Kardiolog. Privatpraxis HH

z. Integration i.mgl. zentrale Praxis, flexibel bzgl.weiterer MA/Vertretg. Zuschr. erb. unter R 6528 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Große gynäkolog. Praxis in HH-Nord abzugeben

Zuschr. erb. unter V 6533 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Phlebologische Privatpraxis

an Gefäßchirurgisch tätige Kollegen zu übergeben, flexible Mgl. z. Einarbeitung/weiterer MA/Vertretg.
Zuschr. erb. unter S 6529 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausärztliche Internisten-Praxis im Nordwesten HH's,

ertragsstark geführt, in 2010 abzugeben; evtl. auch nur KV-Sitz.
Zuschr. erb. unter I 6513 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

KV-Sitz

Psychol. Psychotherapeut VT

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

Suche zur Praxiserweiterung einen **KV-Sitz Neurologie/ Psychiatrie**

email: nervenarzt-hamburg@arcor.de
Telefon: 01 51/10 79 15 25

Hausärztlicher KV-Sitz

von internistischer Gemeinschaftspraxis gesucht.
Zuschr. erb. unter E 6509 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

KV-Sitz Allg.Med.

abzugeben, auch an MVZ und/oder in Kooperation, 01 76/48 17 97 84

Allgemeinmedizin SH

deutlich überdurchschnittlich ertragstarker BAG-Anteil in modernem Ärztehaus abzugeben
www.promedis.de
Telefon 0 43 40 - 40 28 11

Wir suchen Praxen:

Urologie, Dermatologie, Orthopädie, HNO, Fachärztl. Internisten und Psychiatrie/Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapie.
Unsere Kunden sind Niederlassungswillige Ärzte/Psychologen und MVZ, die Praxen in o. g. Fachrichtungen suchen. Diskretion und gute Marktpreise verstehen sich von selbst.
Zuschr. erb. unter X 6553 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Internistische Hausarztpraxis in HH-NW abzugeben

Langjährig ertragsstark geführt, Räume für GP vorhanden; ab 2010.
Zuschr. erb. unter T 65 31 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Privatpraxis Allgemeinmed./

Naturheilverfahren (u.a. komplementäre Onkologie). Praxis mit Whg. ca. 240 m², sehr gute zentrale Lage, 01 72/4 56 46 20 ab 18.00 Uhr.

Hausärztlicher KV-Sitz dringend gesucht

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

KV-Sitz Gynäkologie gesucht,

auch Übernahme kleiner gyn. Praxis.
Zuschr. erb. unter U 6532 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Balint-Gruppe

Suche Supervisions-/Inter-visionsgruppe für Gruppentherapie
margaretekloess@web.de

Medizinische Geräte



Ultraschall

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

AMT
Abken Medizintechnik

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

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

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

Ottensen

2 sehr zentr. geleg. helle u. ruhige Praxisräume (17 + 22 m²/auch teilbar) in großzügig. Räumlichkeiten in psychotherapeut. Praxis längerfristig zu vermieten. Gruppen-, Abstell-, kl. Büro- u. Warteraum vorhanden, Telefon: 040/3 90 58 68 oder 01 72/9 93 89 27

Nähe S-Holstenstraße

2 schöne, ruhige PT-Praxisräume (1 Gesprächs- + 1 Gruppenraum) zur Mit- od. Nachmiete, 040/38 01 17 46

224 m² schöne, helle Praxis

in EKZ, HH-NW, bisher HÄ, 3 Sprechz., renoviert, günstig nachzuvermieten, Tel. 040/47 45 27

Praxisraum Zentrum (35 m²)

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

Suche Raum in Eppendorf

(N. th./Psth/Traumath.), auch Teilzeit 01 72/4 10 88 99

Neubau

Stadtteilzentrum HH-Rothenburgsort

Fertigstellung: Ende 2011

Wir erstellen das neue Stadtteilzentrum „Rothenburgsorter Marktplatz“ mit einer Gesamtmietfläche von rund 15.700 m². Mieter sind u.a. die CARITAS mit einem Pflegeheim und Betreuten Wohnungen sowie eine Kindertagesstätte. Im integrierten Ärztehaus werden Praxisflächen ab 85 m² für Facharztpraxen sowie für therapeutische Praxen vermietet.

Kontakt: (08 00) 7 78 08 77
www.avw-ag.de



AVW Immobilien AG

Mehr Ideen.
Mehr Leistung.
Mehrwert.

**Arztpraxis EKZ Altona
Neue Große Bergstraße 7**

Praxisflächen von ca. 180 m² (bisher Neurologie) in stark frequentiertem Ärztehaus zum 1.05.10 zu vermieten. Geeignet für Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Augenarzt, T. 01 73/239 1257

In unserer Praxis mitten in Winterhude sind
sehr helle 100 m² frei.

Sehr gut geeignet für Kinderchirurg Mitbenutzung OP/Rö) oder Neurologen. Gegebenenfalls auch einzelner Raum für Psychologen, Tel. 67 56 11 14.


Rotherbaum

Raum in Psychoth. PG 4 Tage/Wo. od. weniger zu vermieten, Tel. 44 85 74

Blankenese

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht für schöne Praxisräume (verkehrsgünstig) 1–2 Kollegen für Praxengemeinschaft zum 01.01.2011 (auch für Arztpraxis gut geeignet), Tel. 86 62 45 59

Marienthal/Wandsbek, „Schloßgarten“

Praxisräume im gepflegten Mehrfamilienhaus in guter Lage, ca. 175 m² Nutzfl., Hochparterre, sep. Eingang + Eingang m. behindertenger. Rampe, individuelle Aufteilung mögl., Stellplätze anmietbar, NKM € 1.600,- zzgl. Nk, Kt, Courtag, www.ursula-eckelmann.de, IVD-Makler,  Telefon: 040 / 89 97 92 12

HH-Eimsbüttel, Am Weiher 7

(unmittelbare Nähe Osterstr.), Umbau des Jugendstilhaus – ehem. Michaeliskrankenhaus – in familiengerechte Wohnungen + 2–3 Praxen von 130 bis 200 m² NFL.; Raumaufteilung u. Ausstattung nach Mieterwunsch. Fertigstellung/Bezug 01.04.11. Miete je nach Ausstattung ab € 14,- ex/BK/Hzg. Pfadt & Immobilien, 20095 HH, Ballindamm 4–5, Tel. 45 06 06 74/76

HH-Zentrum

3 schöne und helle Praxisräume; (1) ideal für Psychotherapie (2) und (3) für Allgemein od. Innere Medizin, alles vorbereitet:

Nur den Kittel anziehen und loslegen!

Telefon: 01 79/9 13 60 44

104 m² – 2 Praxisr., 20148 HH,
2 Min. z. Dammtorbhf., charm. Altbau, € 2.200,- warm, Tel. 040/41 35 58 20

Praxisräume in Arzthaus

zu vermieten, günstig, dir. am EEZ, 140 m², geeig. f. Gemeinschaftspr. od. PT, Tel. 80 34 21 od. 01 79/2 08 16 33

Nähe Winterhuder Marktplatz

Praxisräume 140 m² l. Obergeschoß zu vermieten von privat 040/47 87 16

Ärztehaus-Neubau in 21635 Jork

KV-Sitz Gynäkologe, Internist, Augenarzt möglich, noch zwei Praxen frei. Praxisfläche jeweils 125 m², auch Gemeinschaftspraxis möglich. Repräsentativer Fachwerk-Neubau im Kern des Alten Landes. Sehr gute Lage, direkt neben neuer Seniorenwohnanlage; bezugsfertig Mitte 2011, Telefon: 041 62/9 12 91 60, E-Mail an: miv-jork@web.de

DUVENSTEDT (neben Lidl)

ca. 115 m² im 1.OG, Fahrstuhl, TiGa-Stellpl. möglich, Bus vor der Tür. Im Haus: Augenarzt, Zahnarzt, Logopädin, Apotheke, Optiker, Hörgeräteakustiker. Gegenüber: HNO, Internist, Hausarzt. Telefon: 60 76 11 33 oder 01 72/5 22 57 84

ab Mai 110 m² 3–4 Zi-Praxisr.

im zentralen Eppendorf an 1 od. mehr Kollegen günstig zu vermieten, 040/41 46 79 03 oder 01 72/4 10 88 99

Praxisraum Harvestehude

ab 1.05. frei in privater Allg. Arztpraxis für PT od. Arzt, 040/41 49 63 27

Vertretungen

Vertretung in Praxis/Klinik

erf. Urologe bietet Vertretung im Raum SH/HH/MV, Tel. 01 73/5 97 41 78

Konservative Orthopädische Praxis

Suche ständig für meine Kurzaufträge fachärztliche Vertretung in HH-Rahlstedt, Tel. 040/6 77 10 33

Für Hausarztpraxis

Regelmäßige Vertretung an 3 bis 4 Vormittagen pro Monat gesucht. Kontakt: schwenn@t-online.de

Praxisverkauf

Einstieg-Orthopädie-Hamburg

große konserv. orthop. Praxis, Top Zustand u. Lage, aus Altersgründen abzugeben. Einkauf-Mitarbeit-Übernahme baldmöglichst erwünscht; hohe Scheinzahl! Zuschr. erb. unter A 6503 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Technische Daten

Hamburger Ärzteblatt

Druck- und Bindeverfahren: Offsetdruck, Rückendrahtheftung

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

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

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

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

Anzeigen: Verlag Francis von Wels
Inhaber: Heiner Schütze e.K.
Marschnerstieg 2,
22081 Hamburg
Postfach 76 12 20,
22062 Hamburg
Telefon: (040) 29 80 03-0
Telefax: (040) 29 80 03-90
E-Mail: info@wels-verlag.de
Internet: www.wels-verlag.de

Wie antworte ich auf eine Chiffre-Anzeige?

Wenn Sie sich für eine Chiffre-Anzeige interessieren, dann schreiben Sie auf den Briefumschlag unsere Adresse und die Chiffre-Nr. der betreffenden Anzeige.

Beispiel:

**Chiffre-Nr. A1234
HAMBURGER ÄRZTEBLATT
Verlag Francis von Wels
Postfach 76 12 20
22062 Hamburg**

Wir leiten Ihre Zuschriften umgehend auf dem Postweg an den Inserenten weiter.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns einfach an.

**Verlag Francis von Wels
Anzeigendisposition
Hamburger Ärzteblatt
Tel. 040 / 29 80 03-0**

NEU!

„Fortbildung in der Sport-REHA-Kiel/Wellingdorf“

Kurse in **Manueller Medizin**,
von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt (60 Fortbildungspunkte).

Angeboten werden die kompletten Kurse 1–6.

Kurs 1:

10. bis 18. April 2010 in der Sport-REHA-Kiel/Wellingdorf
und 8. bis 16. Mai 2010 im Reha-Zentrum Lübeck
Vorgesehen sind **Kurs 2** vom 5. bis 13. Juni 2010 und
Kurs 3 vom 11. bis 19. September 2010 in der

Sport-REHA-Kiel/Wellingdorf
Kosten: **450,- Euro** pro Kurs

Ausbilder: Dr. D. Heimann (ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Manuelle Medizin)/Dr. C. Schwartzkopf
Anmeldung: Frau Renate Schunert, Sport-REHA-Kiel/Wellingdorf,
Telefon: (04 31) 24 18 86, RichiSchunert@gmx.de



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Professionelle zertifizierte Fort- und Weiterbildung
in unseren Kursen

**AKUPUNKTUR • NEURALTHERAPIE
Regulationsmedizin**

Aktuelle Termine in Rostock-Warnemünde

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

29. Kongress der DGfAN

23. – 25.04.2010 in Jena – mit Präkongress am 22.04.2010
„Akupunktur und Neuraltherapie –
Methoden mit Zukunft“



Geschäftsstelle:
07356
Bad Lobenstein
Mühlgasse 18b
Tel.:
03 66 51/5 50 75
Fax:
03 66 51/5 50 74

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



DÄGfA

**Kompetenz und Erfahrung
in Akupunktur und
Chinesischer Medizin**

AKUPUNKTUR

Erweitern Sie Ihre medizinische Kompetenz
mit unseren Kursen **in Hamburg**

Starten Sie am 27.03.2010

Außerdem bieten wir bundesweit:

- Aufbaukurse zum B-Diplom,
- Chinesische Arzneitherapie und Diätetik,
- Schmerz- und Psychosomatikurse,
- Fallkonferenzen

**Deutsche Ärztesellschaft
für Akupunktur e.V., gegr. 1951**

Fortbildungszentrum, Würmtalstr. 54, 81375 München
Tel. 089/710 05 11, Fax 089/710 05 25, e-mail: fz@daegfa.de

Komplettes Kursprogramm: www.daegfa.de



Gesellschaft zum Studium der Akupunktur

Budgetfreies Geld?

Neues 2tes Standbein
Akupunktur-KOMPAKT-Kurse für Anfänger (Block A, B & C oder Block D,
E & G – 72 UE) und Fortgeschrittene (Refresher/Hospitation, QZ – 60 UE)
Psychosomatische GV (50 UE), Einführung in Hypnose auf Anfrage.
Sonne, Meer, Segeln, Surfen, Golf und 24 h ALL INKLUSIVE!
Club MAGIC Life WATERWORLD IMPERIAL, Südtürkei

Termin: 19.03.–26./28.03.2010

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

Online-Anzeigenannahme

www.wels-verlag.de

www.westerland-seminar.de

**4. Curriculum Psychosomatische Schmerzbegeutachtung
der Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische
Schmerztherapie (IGPS) zum zertif. Psychosomatischen**

Schmerzgutachter (www.igps-schmerz.de)

Nach übergreifenden Leitlinien
(<http://www.awmf-leitlinien.de>)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. U. T. Egle; L. C. Lauk

Ort: Hamburg, Haus Rissen

Zeit: Modul A: 25./26.06.; B: 17./18.09.; C: 26./27.11.2010

Preis: 550 € / 450 € (Mitgl. IGPS) je Modul

Anerkannte Fortbildung (ÄK Hamburg-Punkte sind beantragt)

Info und Anmeldung:

Telefon: (079 31) 47 78 33 oder siebenderra@gmx.de

Unternehmensberatung

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



Praxisberatung
für Heilberufe

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

Weitere Informationen und Details
finden Sie im Internet unter:

www.horstmann-praxisberatung.de

Psychodynamische Psychotherapie mit Älteren

Veranstalter: Institut für Alternspsychotherapie
und Angewandte Gerontologie (Kooperationspartner der Deutschen
Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie)
Asklepios-Klinik Nord, Ochsenzoll, Fachabteilung Geronto-
psychiatrie (Dr. med. C. Wächtler)
Adolf-Ernst-Meyer-Institut für Psychotherapie
(PD Dr. med. U. Lamparter)

Beginn/Dauer: 17./18.09.2010, 7 Blöcke **Ort:** Hamburg

Information: Dr. M. Peters, Geschäftsführer des Instituts
Schwanallee 48a, 35037 Marburg,
Telefon: (064 21) 17 56 60
E-Mail: info@alternspsychotherapie.de
www.alternspsychotherapie.de

Zum 4. Mal in Folge ausgezeichnet!



Die Steuer-berater für Ärzte

Krumbholz König & Partner
Steuerberater · Rechtsanwälte

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



ADVIMED
wirtschaftliche und steuerliche Beratung
für Heilberufler

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

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

estimed

bewerten.bewegen

Unsere Leistungen:

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

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

estimed

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

Mail:
beratung@estimed.de

www.estimed.de



Steuerberatung für Ärzte

- Fachbezogene Steuerberatung für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte
- Existenzgründungsberatung, Finanzberatung und betriebswirtschaftliche Beratung
- Statistische, zeitnahe Vergleichszahlen der ärztlichen Fachbereiche

BUST
Steuerberatung für Ärzte
BUST - Steuerberatungsgesellschaft mbH

Niederlassung Hamburg
Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg
Tel: 040 271 41 69-0, Fax: 040 22087 49
E-Mail: hamburg@BUST.de, www.BUST.de

Wirtschafts- und Finanzberatung

DYAS Beratungsges. mbH
Finanzwirtschaftliche Beratung

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

Schreibarbeiten

Statistik

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

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

Steuerberatung für Ärzte
seit über 40 Jahren

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

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



Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxiseinrichtungen

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

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



Praxismöbel

Schränke - Schreibtische - Tresen
- günstig, direkt vom Hersteller -
- www.interhansa.de -

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

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

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

Coaching

KARIN WEIST COACHING

professionelles
Einzelcoaching
für Ärzte

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

Leadership Coaching für Ärzte

Dr. med. Cristina Barth Frazzetta
ECA Master Health Coach
www.dr cristinabarth.com
Telefon: (040) 445 01 11

Medizinischer Schreibdienst

10 Jahre Medizinischer Schreibdienst

Nicole Kuschel

- Klinikverwaltung inbound/outbound
- Fachbereiche aller Art
- individuelle Lösungen

Telefon: 040/532 99-285
E-Mail: nicole.kuschel@t-online.de

Anzeigenschluss für die April-Ausgabe

Textteilanzeigen
15. März 2010

Rubrikanzeigen
22. März 2010

Rechtsanwälte

Wer Recht behält, ist gut beraten

Beratungsschwerpunkte:

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

Die persönlichen Berater an Ihrer Seite:

Hans Peter Ries
Dr. Karl-Heinz Schnieder
Dr. Ralf Großböling
Felix Ismar



rechtsanwälte
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ballindamm 8
20095 Hamburg
Telefon: 040/2 09 44 90
Telefax: 040/2 09 44 910

www.kwm-rechtsanwaelte.de
Münster – Berlin – Hamburg

praxisrecht.de



Raffelsieper & Partner GbR

Hamburg - Berlin - Heidelberg

Spezialisten für alle Rechtsfragen rund um den Arztberuf
Beratung für
• niedergelassene Ärzte
• angestellte Ärzte
• Krankenhausträger
• sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen

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

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

Sonstiges

Praxis-Marketing

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

Online-Anzeigenannahme

www.wels-verlag.de

Sonstiges

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

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

INHALT:

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

BESTELLUNGEN:

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

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

Bestattungen

Ertel

Beerdigungs-Institut

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

Filialen

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

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

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Samstag, 20. März 2010, 9:00 bis 14:30 Uhr

Wirbelsäulenerkrankungen ⑦*

Renommierte Experten aus dem ganzen Bundesgebiet referieren über das gesamte Spektrum der konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten.

Asklepios Klinik Wandsbek, Abt. Orthopädie u. Unfallchirurgie

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 20

Mittwoch, 24. März 2010, 18:00 bis 20:00 Uhr

Medikamentöse und interventionelle Therapie der KHK und degenerativer Klappenerkrankungen – Update 2010 ③*

Vorstellung aktueller Aspekte der Therapie mit interventionellem Eingriff live aus dem Katheterlabor.

Asklepios Klinik St. Georg, II. Med. Abteilung – Kardiologie

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 44 44

Freitag, 26. März 2010, 13:00 bis 18:00 Uhr,

Samstag, 27. März 2010, 9:00 bis 14:00 Uhr

Ochsenzoller Fort- und Weiterbildungen – Psychotherapieworkshops 2010 ⑭*

Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Fort- u. Weiterbildung

Teilnahmegebühr: Für Mitarbeiter/innen der Asklepios Klinik Nord frei. Externe Teilnehmer: 180,- €

Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 32, EG,

Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-27 23 45;

E-Mail: k.schuemann@asklepios.com

Samstag, 27. März 2010, 9:30 bis 14:00 Uhr

Aktuelle Probleme der Wirbelsäulenchirurgie ⑥*

Update-Veranstaltung zur Einweihung des Wirbelsäulenzentrums Altona (Neurochirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie).

Asklepios Klinik Altona, Neurochirurgische Abteilung

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG,

Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 11

Mittwoch, 14. April 2010, 16:30 bis 18:00 Uhr

Ochsenzoller Fort- und Weiterbildungen – Vorlesungen zu Psychiatrie und Psychotherapie ②*

Thema: Ist die Borderline-Störung eine Persönlichkeitsstörung? Neueste Daten und Erkenntnisse.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Fort- und Weiterbildung

Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 32, EG, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

Anmeldung nicht erforderlich.

Freitag, 16. April 2010, 15:00 bis 19:30 Uhr,

Samstag, 17. April 2010, 9:00 bis 17:00 Uhr

3. Workshop Airway-Management ⑮*

Vorstellung und praktische Anwendung von Hilfsmitteln zur Atemwegssicherung beim schwierigen Atemweg.

Asklepios Klinik Barmbek, Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin; Institut für Notfallmedizin der

Asklepios Kliniken Hamburg; Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN)

Teilnahmegebühr: 80,- € (inkl. Speisen u. Getränke);

55,- € bei Anmeldung bis 28.02.2010

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-4, EG,

Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

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

E-Mail: k.lange@asklepios.com

Mittwoch, 21. April bis Freitag, 23. April 2010

Ultraschall-Abschlusskurs / Refresherkurs ③①*

Kurs zur Vervollständigung und Auffrischung vorhandener Sonographiekenntnisse.

Asklepios Klinik Harburg, Abt. Diagnostische u. Interventionelle

Radiologie, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft

für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), dem Arbeitskreis

Sonographie Hamburger Internisten (ASH) und der Deutschen

Röntgengesellschaft (DRG)

Teilnahmegebühr: 300,- € (inkl. Mittagessen)

Ort: Asklepios Klinik Harburg, Medienzentrum, Haus 6, 3. OG,

21075 Hamburg

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-86 28 44,

E-Mail: c.dose@asklepios.com, m.rehaag@asklepios.com

*Fortbildungspunkte

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie