

02•11

10. Februar · 65. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

PKV

Sie sägen den Ast ab,
auf dem sie sitzen

Forum Medizin | 22

Chirurgie

Neue Zugänge
zur Schilddrüse

Forum Medizin | 34

Familie und Beruf

Die Balance finden

Das Thema | 12
Arbeitsmedizin

Problem Asbest

Umdenken erforderlich
in der Begutachtung
asbestbedingter
Berufskrankheiten





11. Hanseatische Klinikkonferenz

Pneumologie in Hamburg 2011

Samstag, 26. März 2011, 9:00-14:00 Uhr

Programm

Vorsitz: Prof. Dr. M. Semik, PD Dr. G. Wiest

Differentialdiagnose der Dyspnoe

- ▶ PD Dr. G. Wiest, Asklepios Klinik Harburg

Effekte des Nikotin

- ▶ Prof. Dr. H. Becker, Asklepios Klinik Barmbek

COPD – Neue Therapieansätze

- ▶ Prof. Dr. J. Braun, Asklepios Klinik Wandsbek

Chirurgie des Pneumothorax und des Lungenemphysems heute

- ▶ Prof. Dr. M. Semik, Asklepios Klinik Harburg /
Asklepios Klinik Barmbek

Vorsitz: Prof. Dr. J. Braun, Dr. H. Ludwig

Asthma 2011 – State of the Art

- ▶ Dr. M. Müller, Asklepios Klinik Altona

Update PET-CT 2011

- ▶ Prof. Dr. H. Gross-Fengels, Asklepios Klinik Harburg

Moderne Chirurgie des Bronchialkarzinoms

- ▶ B. Keller, Asklepios Klinik Harburg

Gemeinsame Diskussion beim Lunchbuffet

Hanseatische Klinikkonferenzen

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

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

26.02.11 - Nr.10: Kardio-Medizin

26.03.11 - Nr.11: Pneumologie in Hamburg 2011

07.05.11 - Nr.12: Altersmedizin

25.06.11 - Nr.13: Wirbelsäulenerkrankungen

24.09.11 - Nr.14: Neuro-Medizin

29.10.11 - Nr.15: Psychosomatik

19.11.11 - Nr.16: Onkologie

Veranstalter

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Asklepios Klinik Altona

Asklepios Klinik Barmbek

Asklepios Klinik Harburg

Asklepios Klinik Wandsbek

www.asklepios.com

in Kooperation mit der Asklepios Ärzteakademie

Veranstaltungsort

Museum für Völkerkunde Hamburg

Rothenbaumchaussee 64

20148 Hamburg

Anmeldung

www.asklepios.com/klinikkonferenzen

Teilnahmegebühr

kostenlos

Kongressorganisation

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Ärzteakademie

Frau Lena Götze

Tel.: (0 40) 18 18-85 25 42

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

E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com



Anerkennung

Diese Veranstaltung ist von der Ärztekammer Hamburg
mit **6 Punkten** anerkannt.

Weitere und aktuelle Informationen

www.asklepios.com/klinikkonferenzen

 **ASKLEPIOS**
Gemeinsam für Gesundheit



Dieter Bollmann
Vorstandsvorsitzender
der KV Hamburg

»Mit einer Hand lässt
sich kein Knoten knüpfen.«

Ungleichgewicht

Übergewicht ist in Deutschland ein weit verbreitetes Phänomen. Aller guten Vorsätze zu Beginn eines jeden Jahres zum Trotz haben mehr als die Hälfte aller Erwachsenen in unserem Land einen Body-Mass-Index über 25, Tendenz steigend. Unsere Ernährung und unsere Lebensgewohnheiten sind aus dem Gleichgewicht geraten. Frei nach Wilhelm Busch „Ist das Gewicht erst ruiniert, lebt sich's gänzlich ungeniert“ sind sieben von zehn Deutschen bei Eintritt in das Rentenalter übergewichtig. Oft ist es Unwissenheit, die die Menschen hindert, sich richtig zu ernähren, nicht selten sind Ernährungsgewohnheiten auch Ersatz für Zuwendung.

Aber nicht nur in der Körperlichkeit fehlt es an Gleichgewicht; zentralistische Vorgaben wie die asymmetrische Verteilung der Honorare oder der Verlust an Autonomie in der Verteilung der Finanzmittel lassen einen Verlust an ausgewogener Versorgung befürchten. Gleichgewicht fehlt auch in den Rahmenbedingungen für die tägliche Arbeit der Ärzte in Klinik und Praxis. 40% Hausärzte in Bayern, die bereit sind, die eigene wirtschaftliche Existenz in Frage zu stellen, um bessere Arbeitsbedingungen zu erreichen, sind Beleg für die Unzufriedenheit mit der Teilhabe an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und den bürokratischen Belastungen. Sie sind aber auch Zeichen für die Notwendigkeit, selbst in schwierigen Situationen gesprächsbereit und realitätsorientiert zu bleiben.

Andererseits ist das bayrische Votum eine klare Aufforderung an die Selbstverwaltungen der Ärzteschaft, alles in ihrer Macht stehende zu versuchen, die freie ärztliche Berufsausübung als Grundlage für eine am Wohl der Patienten ausgerichtete Versorgung zu stärken. Dies kann nur gelingen, wenn die Ärzteschaft – ob in Ärztekammer oder Kassenärztlicher Vereinigung – Geschlossenheit nach außen zeigt, bei allen notwendigen innerärztlichen Diskussionen. Dabei steht nicht zu erwarten, dass die zukünftige Finanzierung in einem Umfang erfolgen könnte, der bestehende Meinungsunterschiede in der Frage einer sachgerechten Mittelzuweisung übertüncht; es ist nicht einmal zu erwarten, dass die Finanzierung auch nur mit der Entwicklung von Morbidität und Soziodemographie Schritt halten könnte.

Auf die neu gewählten Selbstverwaltungsorgane von Ärzte- und Vertragsärzteschaft warten in der neuen Amtsperiode wieder große Herausforderungen, die nur gemeinsam bewältigt werden können, denn „mit einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen“.



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

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

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

Gern.

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

Rufen Sie uns an!

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

Rufen Sie uns an!

040/ 20 22 99 222
www.patientenberatung-hamburg.de

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

02•11

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Xaver Baur, Ordinariat für Arbeitsmedizin am UKE, erklärt die neue Leitlinie zur „Diagnostik und Begutachtung von asbestbedingten Berufskrankheiten“ (Seite 12). **Dr. Gheorghe Tonndorf**, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, AK Altona, vergleicht Vor- und Nachteile neuer Zugänge zur Schilddrüse (Seite 22). **Prof. Dr. Christian Arning**, Chefarzt der Abteilung Neurologie der AK Wandsbek, weiß, wie gefährlich abendlicher Alkoholkonsum sein kann (Seite 32).



Das Thema

- 12 **Problem Asbest**
Umdenken erforderlich
in der Begutachtung
asbestbedingter Berufs-
krankheiten
Von Prof. Dr. Xaver Baur

Service

- 6 Gratulation
7 In memoriam
8 Verlorene Arztausweise
11 Bibliothek
21 Sono Quiz
26 Terminkalender
37 Impressum
31 Sicher verordnen

Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · cac (cum amicis citius) – PD Dr. Ulrich Lamparter wird 60 Jahre alt · Eigene Anästhesie-Abteilung für Groß-Sand · Tarifabschluss für MFA · WB-Umfrage: Auftakt für eine neue Runde · Reorganisation Handbuch für das Gesundheitswesen · Irreführende Anzeige zu KV-Safenet · JADe: Junge Ärzte gestalten mit · Neues Klinikum für Eimsbüttel öffnet seine Pforten

Gesundheitspolitik

- 18 **PKV** · Sie sägen den Ast ab, auf dem sie sitzen. Von Dr. Frank Ulrich Montgomery
20 **Ambulante Versorgung** · Lückenlose Verwertungskette. Von Dr. Dirk Heinrich

Forum Medizin

- 22 **Chirurgie** · Neue Zugänge zur Schilddrüse. Von Dr. Gheorghe Tonndorf
28 **Aus der Schlichtungsstelle** · Low-grade-Infektion bei Kniegelenkersatz.
Von Dr. Kord Westermann
30 **Bild und Hintergrund** · 1/3 blind. Von Dr. Hanno Scherf
32 **Der besondere Fall** · Wie verursacht Rotwein einen Schlaganfall? Von Prof. Dr. Christian Arning,
Dr. Jürgen Hoppe, Dietmar Rose
34 **Familie und Beruf** · Die Balance finden. Von Dr. Birgit Wulff, Dorthe Kieckbusch
37 **Der blaue Heinrich** · Alzheimer. Von Dr. Hanno Scherf
38 **Gratulation** · Das Melderis'sche Universum. Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 40 · 42 **Ärztchamber Hamburg** · Beitragsordnung der Ärztekammer Hamburg · 315. Sitzung der Delegiertenversammlung · Zulassung von Weiterbildungsstätten
42 · 43 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Werner Otto Stiftung;
Zentrum für Innere Medizin, UKE (Eppendorfer Diabetes Forum 2011)

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 26.02. **Dr. med. Helmut Koppermann**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Innere Medizin

zum 85. Geburtstag

- 23.02. **Dr. med. Helmuth Vetter**
 Arzt
- 24.02. **Dr. med. Günter Laubinger**
 Facharzt für Innere Medizin
- 01.03. **Dr. med. Fritz Hetsch**
 Facharzt für Augenheilkunde
- 01.03. **Dr. med. Manfred Nitschke**
 Facharzt für Innere Medizin
- 11.03. **Anton Domicewicz**
 Arzt

zum 80. Geburtstag

- 13.03. **Dr. med. Helmuth Claus**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
- 14.03. **Dr. med. Dietrich Egner**
 Facharzt für Radiologie

zum 75. Geburtstag

- 23.02. **Dr. med. Rosemarie Bucke**
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 01.03. **Dr. med. Hans-Walter Kempenich**
 Facharzt für Chirurgie
- 14.03. **Dr. med. Erich Stuewer**
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

zum 70. Geburtstag

- 18.02. **Dr. med. Gerhard Paus**
 Facharzt für Chirurgie
- 19.02. **Dr. med. Werner Heege**
 Facharzt für Frauenheilkunde
 und Geburtshilfe
- 24.02. **Dr. med. Hans-Joachim Proescher**
 Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 02.03. **Jolante Rybczynski**
 Ärztin
- 12.03. **Dr. med. Ulf Bauer**
 Facharzt für Chirurgie

zum 65. Geburtstag

- 19.02. **Dr. med. Helmut Breuer**
 Facharzt für Innere Medizin
- 19.02. **Dr. med. Werner Siepe**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
- 21.02. **Jerzy Przulski**
 Arzt
- 24.02. **Dr. med. Claudia Naeve**
 Ärztin
- 28.02. **Susanne Lambrecht**
 Ärztin
- 28.02. **Dr. med. Irene Volquartz**
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 06.03. **Alfons Demleitner-Köllisch**
 Facharzt für Radiologie

Gratulation Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychoanalyse, PD Dr. med. Dipl. Psych. Ulrich Lamparter, wird am 21. Januar 60 Jahre alt.

cac (*cum amicis citius*)

Vor wenigen Wochen – der Winter hatte uns verfrüht mit Frost und viel Schnee überrascht – passierte es, dass Uli Lamparter spät abends an der Tür klingelte und verummt und zugeschnit wie Amundsen selig mit einem Rennrad an der Hand, das als solches kaum noch zu erkennen war, da stand. Nicht zu vergessen, seine Geige führte er im Rucksack mit sich. Was will uns dies sagen? Der Privatdozent Dr. Ulrich Lamparter fährt nicht nur gern mit dem Rad in Hamburg von einem Ort zum nächsten, an einem Tag von Hamburg an die Ostsee und zurück, von Hamburg nach Berlin im Stück, sondern überhaupt bei jedem Wetter. Winterliche Schnee- und Eisglätte „ignoriert er nicht einmal“, wie würde er es sonst wagen, auf schnee-glatter Straße mit seiner Geige auf dem Rücken mit schmalen Rennradpneus quer durch die Stadt nächtens nach Hause zu radeln.



Uli Lamparter

Geboren in Reutlingen, dem Tor zur schwäbischen Alb, der jüngsten Großstadt Baden-Württembergs, die zwischen 1973 und 1994 bezeichnenderweise einen Bürgermeister Namens „Oechsle“ hatte, studierte er in Tübingen Psychologie und Medizin, beides mit Abschluss, und erhielt 1978 die Approbation und promovierte zum Doktor med. Im Oktober 1981 kam Lamparter nach Hamburg an das Universitätskrankenhaus Eppendorf. Schon als Gymnasiast hatte er sich Sigmund Freud lesend für das Seelische interessiert. So lag es nahe, dass er neben seiner nervenärztlichen Facharztausbildung am Michael-Balint-Institut die Ausbildung zum Psychoanalytiker der DPV absolvierte. 1995 wurde er nach Erstellung einer Monographie zum Hörsturz im Fach Psychosomatik am UKE habilitiert. Hierfür erhielt er im selben Jahr vom Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin den Römer-Preis. Viele, die Lamparter als akademischen Lehrer in einer seiner Vorlesungen, als Klinikkollegen oder als Supervisor in der

psychotherapeutischen Ausbildung kennen gelernt haben, und möglicherweise nicht nur diese, hätten ihn gern als Inhaber eines Lehrstuhles gesehen. Einer der Gründe ist, dass er als akademischer Lehrer eigenständig denkt, d. h. auch gegen Zeitgeist, Mehrheitsmeinung und ein Wissenschaftsideal, das sich ausschließlich am Impact-Faktor orientiert. Und er denkt präzise und fachübergreifend. Die Psychosomatik des Hörsturzes, des Tinnitus und des Schmerzes wäre ohne sein Denken um wichtige Erkenntnisse ärmer. Das seit 2006 bestehende interdisziplinäre Projekt „Feuersturm“, in dem er psychoanalytisch die transgenerationale Weitergabe des größten Traumas der Stadt Hamburg beforcht, ist ein großes heilsames Geschenk für diese Stadt.

Den Lesern des „Blauen Heinrich“, wie das Hamburger Ärzteblatt seit Jahrzehnten von seinen Lesern liebevoll-spöttisch genannt wird, ist Lamparter als regelmäßiger Autor, noch mehr aber in seiner mehr als siebenjährigen Tätigkeit als Schriftleiter (1992 – 1999) bekannt. In seinen Leitartikeln setzte er sich wohlthuend und im Gegensatz zu jenen anderer regionaler Ärzteblätter nicht mit kurzatmiger Berufs- oder Gesundheitspolitik auseinander, sondern schrieb über Humanität und die Arzt-Patient-Beziehung. Unter der Überschrift „Lob des Pförtners“ (Heft 8/95) schrieb er: „Die Humanität im Krankenhaus kann nicht besser sein als die Humanität unter und gegenüber den Mitarbeitern. Politik ist dazu da, die Verhältnisse im Sinne des Humanen zu gestalten und nicht nur Kosten zu dämpfen“. Den missverständlichen Begriff der „sprechenden Medizin“ hatte er in einem früheren Artikel neu definiert mit der Feststellung „für den Arzt müsse es eigentlich nicht Sprechstunde, sondern Hörstunde heißen und das kostet Zeit“.

Mit hohem zeitlichen Einsatz hat er sich als Prüfer und Fachbeisitzer engagiert. Er bewältigt ein umfangreiches Tagespensum: als Psychoanalytiker, als akademischer Lehrer und Forscher und Leiter des Adolf-Ernst-Meyer-Instituts. Dass dieses Institut aus der psychotherapeutischen Ausbildungslandschaft und der Versorgung psychisch Hilfesuchender in Hamburg nicht mehr wegzudenken ist, ist sein Verdienst.

Das Institut ging aus der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie, einer Gruppe von am Universitätsklinikum lehrenden und forschenden Psychoanalytikern der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung hervor. Ulrich Lamparter ist seit der Gründung des Institutes dessen Leiter und hat es mit politischem Geschick, mit Geduld, Achtsamkeit, auch mit Blick für die Bedürfnisse der anderen Weiterbildungsinstitute, aber vor allem mit Blick auf Kolleginnen und Kollegen, die sich entschlossen haben, Psychotherapeuten zu werden, durch nicht immer einfache Zeiten gelenkt und mit einer Anzahl erfahrener psychoanalytischer Lehrerinnen und Lehrer und ehemaligen Absolventen, die sich um ihn scharen, das Institut zu einer Institution gemacht. Stellvertretend für die Hamburger Ärzteschaft rufen wir Lamparter ein fröhliches „Weiter so bei Schnee und Regen“ zu. Ihn als Freund gewonnen zu haben ist ein großes Geschenk, das wir nur ungern mit anderen teilen.

Donald Horn, Andreas Sadjiroen

Eigene Anästhesie-Abteilung für Groß-Sand

Die Anästhesie und Intensivmedizin im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand macht einen Qualitätssprung. Nachdem die Klinik in diesem Bereich seit den 1970er Jahren ausschließlich mit externen Dienstleistern zusammen gearbeitet hat, wird jetzt eine komplett eigene Anästhesie-Abteilung mit einem neuen Chefarzt und drei weiteren Ärzten aufgebaut. Der „Neue“ heißt Dr. Ewald Prokein, ist 50 Jahre alt und war zuvor als Chefarzt der Anästhesie im Kreiskrankenhaus Osterholz in Osterholz-Scharmbeck tätig. Im neuen Team auf der Elbinsel ebenfalls dabei: Oberarzt Dr. Wolf Baumgarten (47), Facharzt für Anästhesie, er kommt aus der Paracelsus-Klinik Kaltenkirchen; Sieglinde Rehm (47), Fachärztin für Anästhesie, vormals Asklepios Klinik Wandsbek; Dr. Michael Stiller (39), Facharzt für Anästhesie, er kommt aus dem Albertinen-Krankenhaus.

Außerdem wird die Klinik neue Behandlungsmöglichkeiten im Hamburger Süden für Menschen mit schweren Hirnverletzungen schaffen. Der neue Hamburger Krankenhausplan bis 2015 sieht 20 zusätzliche Betten in der Frührehabilitation vor. Schon seit Jahren werden in der Klinik ältere, vielfach erkrankte Patienten mit schwersten Beeinträchtigungen an Nerven, Gehirn oder Rückenmark aufgenommen. Neu ist jetzt, dass diese Behandlung auf jüngere Patienten ausgeweitet wird. Vorrangig kommen diese Patienten aus anderen Krankenhäusern, wo nach Auto-, Motorrad- oder Arbeitsunfällen, Entzündungen und Schlaganfällen bereits die Erstbehandlung erfolgt ist. Meist haben sie schwere Hirnverletzungen und werden im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand fünf bis sieben Wochen therapiert, von spezialisierten Ärzten, Pflegern, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Neuropsychologen. | *háb*



Dr. Ewald Prokein

Tarifabschluss für MFA

Rückwirkend zum 1. Januar 2011 steigen die Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte in den ersten drei Berufsjahren um rund fünf Prozent und im vierten bis sechsten um rund 2,6 Prozent. In den anderen Gehaltsgruppen gibt es ein Plus von 1,25 Prozent. Auszubildende erhalten pro Jahr 30 Euro mehr. In den ersten drei Berufsjahren liegen die Gehälter nun in den Tätigkeitsgruppen I und II bei 1.495 bzw. 1.570 Euro. Im vierten bis sechsten Berufsjahr können je nach Qualifikation vier Tätigkeitsgruppen erreicht werden, deren Gehälter auf 1.595 bis 1.914 Euro steigen. Die Tarifverträge im Netz: www.vmf-online.de oder www.bundesaerztekammer.de. | *háb*

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 12.03. **Dr. med. Brigitte Katzenski**
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 12.03. **Dr. med. Erika Schwedes**
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 13.03. **Marianne Bresgen**
Praktische Ärztin
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Vom 65. Lebensjahr an sowie alle weiteren fünf Jahre werden unter dieser Rubrik die Geburtstage veröffentlicht. Falls Sie keine Veröffentlichung im Hamburger Ärzteblatt wünschen, informieren Sie bitte rechtzeitig schriftlich (spätestens drei Monate vor dem Geburtstag) das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg, Tel.: 202299-130.

In memoriam

Eva Kristina Kauppi-Sellhorn
Ärztin
* 13.03.1944 † 11.09.2010

Dr. med. Volker Dietrich Ehinger
Facharzt für Urologie
* 19.06.1935 † 16.12.2010

Dr. med. Andrea Naujocks
Ärztin
* 22.02.1963 † 17.12.2010

Freia Zimmermann
Ärztin
* 29.05.1916 † 23.12.2010

Literarische Matinee

Der Ärztliche Kulturkreis lädt ein zu einer Literarischen Matinee am Samstag, 19. März 2011 um 11 Uhr in der Fortbildungsakademie (Gebäude „Hammonia-Bad“), Lerchenfeld 14, U-Bahnhof Mundsburg.

Es lesen: Dr. Petra Gebhardt, Dr. Katrin Wehmeyer-Münzing, Dr. Gerhard Stübner und Dr. Hanno Scherf. Anschließend bietet der Kulturkreis bei einem kleinen Imbiss Gelegenheit zu persönlichem Gespräch und Austausch.

Bitte melden Sie sich unter der Tel.-Nr.: 20 22 99 302 (Christine Harff) in der Fortbildungsakademie an.

Verloren

Ausweis von

- C 1780 Dr. med. Heide-Rose Bartsch
17.10.2008
- C 126 Svea-Beate Große
30.11.2006
- 29426 Martin Hasilik
29.07.1999
- C 4009 Bianca Hofmann
17.11.2010
- B 9771 Juliane Madee
28.06.2006
- 090301239 Iris Meier
02.06.2008
- B 7901 Dr. med. Tai Huu Thomas Nguyen
09.06.2004
- B 6233 Dr. med. Susanne Ramm
12.09.2002
- B 6090 Bertram Reimann
1990

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

Gefunden

... *Familie und Beruf* ...

Mit großer Sorge lasen wir neulich die Pressemeldung einer Klinik, die eigentlich nur eine neue Abteilung und ihren Chefarzt bekannt machen wollte. Schockiert waren wir über einen Satz, der versteckt am Ende der Meldung zu lesen war: „Dr. M.* ist verheiratet, hat zwei Kinder und einen Hund.“ Gut, verheiratet. Aber der traditionsbewusste Leser muss sich doch bei dieser Formulierung augenblicklich die Frage stellen: Wo ist die Frau geblieben? Ist sie beim Umzug in die Stadt Hamburg verloren gegangen? Hat sie sich abgesetzt, weil sie mit den neuen Arbeitszeiten ihres Mannes nicht einverstanden war? Dies würde die dramatische Arbeitssituation von Ärzten untermauern. Oder gibt es eine andere Erklärung? Einen Hinweis könnte der folgende Satz geben: „Und wenn er einmal Abstand vom norddeutschen Flachland haben möchte, fährt er zum Skilaufen in die Berge.“ Die wichtigen Dinge stehen leider immer verklausuliert am Ende von Pressemeldungen. Dieser Satz lässt uns das Schlimmste fürchten: Sind Mann, Kinder und Hund Opfer einer vergnügungssüchtigen Frau, Mutter und Dosenöffnerin (für den Hund), die sich in den Bergen amüsiert, während sich ihre Lieben zuhause die Augen ausweinen? Wir werden der Sache natürlich auf den Grund gehen. (*Anfangsbuchstabe von der Red. geändert) | *ti*

Weiterbildung
Von Mitte April
bis Ende Juni
2011 können
Weiterbildungsbefugte
und -assistenten
wieder online die
Qualität ihrer
Weiterbildung
bewerten .



Auftakt für eine neue Runde

Die Weiterbildungsumfrage geht 2011 bundesweit in die zweite Runde, in Hamburg bereits in die dritte. Das gemeinsame Projekt von Bundesärztekammer und Landesärztekammern findet von Mitte April bis Ende Juni 2011 statt. Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsassistenten können dann wieder online die Qualität ihrer Weiterbildung bewerten.

Wie in den Vorjahren wird auch diesmal die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) die Befragung organisatorisch und wissenschaftlich begleiten. Die Auswertung der Daten mit den zugehörigen Analysen erfolgt im Herbst 2011, so dass die Berichte für die einzelnen Abteilungen voraussichtlich Anfang 2012 vorliegen werden. Die Ergebnisse der Befragung können die jeweiligen Weiterbildungsstätten über das Webportal mit persönlichen Zugangsdaten zum gegebenen Zeitpunkt abrufen.

Die Umfrage soll dazu dienen, die aktuelle Situation in den Weiterbildungsstätten darzustellen, um die Qualität der Weiterbildung zu erhalten bzw. zu verbessern.

Durch die Bewertung der einzelnen Weiterbildungsstätten und die Darstellung der Ergebnisse in Form von Mittelwerten auf Bundes- und Landesebene soll die Befragung Vergleichsmöglichkeiten schaffen und Transparenz über die Weiterbildungssituation herstellen. Dazu werden die acht Schwerpunkte der Evaluation in einem Spinnendiagramm dargestellt. Die anonymisierten Vergleichswerte auf Bundes- und Länderebene werden veröffentlicht. Weiterbildung ist eine wichtige ärztliche Aufgabe und ein zentrales Anliegen der Ärztekammer. Ob Weiterbildungsassistent oder Weiterbilder – bitte beteiligen Sie sich an der nächsten Evaluation. | *dk*

Reorganisation Handbuch für das Gesundheitswesen

In diesen Tagen werden die Erhebungsbögen für den Eintrag in das Handbuch für das Gesundheitswesen, Ausgabe 2011, verschickt. In der neuen Ausgabe des Handbuches wird es einige Veränderungen geben.

Das Handbuch hat inzwischen einen Umfang angenommen, der es notwendig macht, die Inhalte einzelner Rubriken kritisch zu bewerten. Sowohl in Praxen als auch in MVZ hat die Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte und deren Wechsel so zugenommen, dass angestellte Ärzte nicht im Handbuch aufgelistet werden können.

Für eine dringend notwendige Straffung des Handbuches ist ferner ein Verzicht notwendig, die nach dem Vertragsarztrecht wie nach der Berufsordnung möglichen diversen Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisteile im Handbuch aufzuführen. | *horn*

Irreführende Anzeige zu KV-SafeNet im HÄB

Im Hamburger Ärzteblatt 1/2011, Seite 11, wurde eine Anzeige der Deutschen Telekom veröffentlicht, die nicht sofort als Anzeige erkennbar war. Die Seite war als redaktionelle Textseite gestaltet und trug nicht, wie bei Anzeigen sonst üblich, das Logo der Telekom. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Leser durch diese Aufmachung getäuscht wurden. Deshalb stellt die KV Hamburg ausdrücklich fest: Der Inhalt der Seite stammt nicht von der KV.

Es gibt bundesweit über 20 Unternehmen, die KV-SafeNet* zu unterschiedlichen Konditionen anbieten. Eine bevorzugte Partnerschaft der KV Hamburg mit dem Anbieter Telekom gibt es nicht. Informationen zu KV-SafeNet* finden Sie unter www.kvhh.de. | KV Hamburg

**Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.*

JADe: Junge Ärzte gestalten mit

Die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADe) ist eine Arbeitsgemeinschaft von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung bzw. junger Fachärzte/-ärztinnen für Allgemeinmedizin die sich zum Ziel gesetzt hat, die Weiterbildungs-, Arbeits- und Forschungsbedingungen junger Ärzte in der Allgemeinmedizin zu verbessern.

Sie wurde Ende September 2008 im Rahmen des 42. Kongresses der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) gegründet.

Die JADe möchte Ansprechpartner für alle sein, die in der Allgemeinmedizin, ob in Klinik oder Praxis, als junge Ärzte tätig sind, und hat in Form von regionalen Weiterbildungsgruppen oder Interessensvertretungen in jedem Bundesland lokale Ansprechpartner. Auf nationaler Ebene arbeitet die JADe mit der DEGAM und dem Deutschen Hausärzterverband zusammen. International fungiert sie als Bindeglied zum europaweiten Zusammenschluss der jungen Allgemeinmediziner „Vasco da Gama Movement“ (www.vdgm.eu) und der Weltorganisation für Allgemein- und Familienärzte (www.globalfamilydoctor.com).

Die JADe motiviert junge Kollegen, das Fach Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Jeder vom PJ über die Weiterbildung Allgemeinmedizin bis fünf Jahre nach der Facharztprüfung Allgemeinmedizin ist herzlich eingeladen bei JADe mitzuwirken: www.jungeallgemeinmedizin.de. | häb



Ausstellung Und Tiere sehen dich an

Anna Mandel

Und Tiere sehen dich an

Zeichnungen und Gouachen

5. Januar bis 31. März 2010

Fortbildungsakademie der

Ärztammer Hamburg

Lerchenfeld 14 22081 Hamburg

Mo – Do 9 – 16 Uhr

Fr 9 – 14.30 Uhr



Die in Hamburg lebende Bildhauerin und Malerin Anna Mandel beschäftigt sich seit Jahren mit dem Thema Tier. In der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg zeigt sie nun Zeichnungen, die im Zusammenhang mit ihren Tierskulpturen entstanden, und Gouachen, die diese Studien ins Malerische fortentwickeln.

Vor allem der Blick des Tieres ist es, was sie fasziniert. Von der spezifischen Gestalt des Tierkörpers getragen und geprägt, verbindet er uns mit dem Tier. Wir blicken in uns verwandte Augen, ohne darin lesen zu können. In der Nähe des Blickes spüren wir das Mitgeschöpfliche des Tieres und die unüberwindbare Distanz, die uns auf unsere menschliche Existenz in ihrer stummen Beschränkung zurückwirft.

Diesen Blick in seiner Ambivalenz und Tiefe zu zeigen, eingebunden in den Kosmos der vielfältigsten Tiergestalten, ist die Herausforderung, der sich Anna Mandel in ihren Zeichnungen und Gouachen stellt. | häb



Neubau eingeweiht

Aus drei mach eins: Das Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg nimmt im Februar den Betrieb auf.

Neues Klinikum für Eimsbüttel *öffnet seine Pforten*

Am 14. Februar nimmt das Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg gemeinsam mit der Asklepios Klinik Eimsbüttel – Cardio CliniC (25 Betten) nach drei Jahren Bauzeit den Betrieb mit 360 Betten offiziell auf. Damit ist die Fusion der drei evangelischen Traditionskliniken Alten Eichen, Bethanien und Elim abgeschlossen. Es wurden 101 Millionen Euro investiert, davon trägt die Stadt zwei Drittel.

Die Klinik ist eine Einrichtung im Verbund der Agaplesion gemeinnützige AG. Mit Bezug des Neubaus wird die Klinik „Agaplesion“ nun auch im Namen führen. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Liebe den Nächsten“, was die Philosophie der gemeinnützigen AG verdeutlicht.

Im neuen Haus befinden sich folgende medizinische Fachabteilungen: Innere Medizin, Geriatrie, Diabetologie, Chirurgie, Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Kompetenzzentren (Adipositas-Zentrum, Beckenbodenzentrum, Brustzentrum, Gynäkologisches Tumorzentrum, Darmzentrum) bestehen auch weiterhin. Zentrale Notaufnahme, Intensiv-, Palliativ- und Schmerzmedizin sowie die Schlafmedizin mit Schlaflabor, teilstationäre und offene Angebote wie eine Geriatrie-Tagesklinik, ein Familientreffpunkt rund um die Geburt sowie die enge Kooperation mit Selbsthilfegruppen runden das medizinische Spektrum des Klinikums ab.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit an einem Standort

Mit 360 Betten ist die Einrichtung das drittgrößte konfessionelle Krankenhaus in Hamburg. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachärzte an einem Standort sorgt für eine verbesserte Diagnostik und Therapie. Ein Beispiel: Die seit über 80 Jahren im Elim beheimatete Frauenklinik mit ihrem zertifizierten Brustzentrum findet sich jetzt unter einem Dach mit der Klinik für Plastische Chirurgie – betroffenen Frauen kann nach einer Brustoperation durch enge Kooperation der Spezialisten schnell und sinnvoll geholfen werden.

In der neuen Zentralen Notaufnahme (ZNA) stehen alle medizinischen Abteilungen rund um die Uhr für die Notfallversorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Das Herzkatheterlabor ist an die ZNA angeschlossen, die mit 15 Überwachungsplätzen und modernem Monitoring ausgestattet ist. Mit der ZNA am Standort Eimsbüttel soll das neue Krankenhaus zur Entlastung der meist stark frequentierten Einheit am Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) beitragen.

„Mit Liebe zum Leben“

Bei der Raumgestaltung und der Wahl von Materialien und Farben wurde auf eine Wohlfühl-Atmosphäre viel Wert gelegt, denn sie fördert nachweislich den Heilungsprozess. „Mit Liebe zum Leben“ lautet die Philosophie des Hauses, der sich alle Mitarbeiter verpflichtet fühlen.

Der Ärztliche Direktor am neuen Krankenhaus, Prof. Dr. Christoph Lindner, zeigt sich beeindruckt von der modernen Technik im Haus.

Sieben Operationssäle mit Europas modernster High-Tech-Ausstattung. Medizinischen Geräte sowie die gesamte nicht-medizinische Peripherie der sieben Operationssäle sowie der vier Untersuchungsräume der Endoskopie werden über ein System mit zentralem Touchscreen gesteuert und kontrolliert. Live-Bilder von der Operation sowie endoskopische Aufnahmen können über das vorhandene IT-Netzwerk in jeden gewünschten Raum übertragen werden. Mit dieser Technologie ist die Einholung einer Zweitmeinung beispielsweise über den PC im Chefarztzimmer noch während des Eingriffs möglich. In der neuen Klinik kommen darüber hinaus ein hochmoderner Magnetresonanztomograph (MRT) und ein Mehrzeilen-Computertomograph (CT) zum Einsatz. Die hochleistungsfähige Radiologie verfügt über drei Röntgenaufnahmeplätze sowie ein Röntgengerät speziell für Aufnahmen von Galle und Bauchspeicheldrüse (ERCP). Die Klinik ist im Internet unter www.d-k-h.de zu finden.

Bibliothek des Ärztlichen Vereins

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

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

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

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

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

Neuerwerbungen

Anästhesie bei seltenen Erkrankungen. Von P. Biro, D. Vagts, U. Emmig, T. Pasch. 4. Auflage. 2011.

Bausch, M.: Arzt – und weg? Ärztliche Berufsperspektiven im Ausland. 2010.

Coeppicus, R.: Das „Gesetz über Patientenverfügung“ und Sterbehilfe. Wann sind Umsetzung von Patientenverfügungen und Sterbehilfe rechtmäßig? 2010.

Demenz. Hrsg.: H. Förstl, C. Kleinschmidt*. 2011.

Die Geburtshilfe. Hrsg.: H. Schneider (u. a.). 4. Auflage. 2011.

Handbuch Medizinische Versorgungszentren. Rechtliche Grundlagen, Unternehmensgründung, wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Hrsg.: G. von Leoprechting. 2011.

Heartsaver® AED. Schulungshandbuch. Hrsg.: Amercian Heart Association. Dt. Ausg.: Y. Kühnle, H. Moecke* (u. a.). 2009.

Imhof, M.: Behandlungsfehler in der Medizin – Was nun? Verborgenes im Arzt-Patienten-Verhältnis. 2010.

Kehl, F.; S. Schulz-Stübner: Intensivmedizin Fragen und Antworten. 850 Fakten für die Prüfung „Intensivmedizin“. 3. Auflage. 2011.

Medizinische Fachangestellte, Medizinischer Fachangestellter. Erläuterungen und Praxishilfen zur Ausbildungsordnung. Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung, BIBB. 2. Auflage. 2009.

Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Hrsg.: M. Lengwiler (u. a.). 2010.

Praxis der Echokardiografie. Hrsg.: F.A. Flachskampf. 3. Auflage. 2011. (nebst DVD).

Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe, Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Hrsg.: W. Ortiz-Müller, U. Scheuermann, S.B. Gahleitner. 2. Auflage. 2010.

Psychosomatische Medizin. (Uexküll). Von R.H. Adler (u. a.). 2011.

Reuter*, E.: Leben trotz Krebs – eine Farbe mehr. Interviews zu einem gelingenden Leben nach Krebs. 2010.

Schmerztherapie. Hrsg.: T. Standl, J. Schulte am Esch* (u. a.). 2. Auflage. 2010.

Segmentales Stabilisierungstraining als Baustein einer evidenzbasierten Bewegungstherapie bei Rückenbeschwerden. Hrsg.: J. Schröder* (u. a.). 2010. (Sportwissenschaft und Sportpraxis. Band 159.)

Transfusionsmedizin und Immunhämatologie. Hrsg.: V. Kiefel, C. Müller-Eckhardt. 4. Auflage. 2010.

Urban, E.: Transkulturelle Pflege am Lebensende. Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen. 2011.

Urogenitale Bildung. Hrsg.: P. Hallscheidt, A. Haferkamp. 2011.

Clausen, J.: Technik im Gehirn. Ethische, theoretische und historische Aspekte moderner Neurotechnologie. 2011. (Medizin-Ethik. Band 23.)

Drogennotfälle. Hrsg.: M. Soyka. 2010.

Petersen, E.E.: Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Auflage. 2011.

Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Beratung und Begutachtung. Von A. Erlenkämper, D.F. Hollo. 2010.

Vater, J.; M. Krämer; P. Keppeler; U. Kaiser: Die 50 wichtigsten Fälle Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin. 2011.

Wernitz, M.H.;; J. Pelz: Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen. 2011.

* Geschenk vom Verfasser / ** Geschenk des Deutschen Ärzte-Verlages

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

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Verband
 Deutscher
 Versicherungs-
 Makler e.V.

Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

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

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

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

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

Arbeitsmedizin

Im November 2010 wurde die Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ fertig gestellt. Beteiligt waren die Deutschen Gesellschaften für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Pathologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie sowie die Deutsche Röntgengesellschaft.

Von Prof. Dr. Xaver Baur

Problem Asbest

Asbestfasern, Asbest Rasterelektronenmikroskop

ENDOBASE Untersuchung

Asbest galt aufgrund seiner hohen Stabilität und Isolierfähigkeit bis in die 1970er Jahre hinein als ideales Material, vor allem im Baugeberbe, in Schiffsbau, in der Herstellung bzw. Verwendung von asbesthaltigen Bremsbelägen, Dämmmaterialien, Textilien, Gummi- und Kunstharzprodukten.

Die „Zentrale Erfassungsstelle für Asbeststaubgefährdete Arbeitnehmer“ (ZAs; heute Gesundheitsvorsorge, GVS der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, DGAUM) hat derzeit etwa 500.000 Personen registriert, wobei noch laufend Nachmeldungen eingehen.

Durch Asbestfaserstaub verursachte Erkrankungen (Tab. 1) treten trotz des Asbestverwendungsverbots im Jahr 1993 in Deutschland infolge ihrer Latenzzeit häufig auf. Bezogen auf die häufigste BK Nr. 4103 (Asbestose, asbestbedingte Pleurafibrose) wurden laut BK-Dok 2009 (Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens) im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Gesellschaft für Unfallversicherung (DGUV) bei 3.826 angezeigten Fällen, 1.713 nicht bestätigt (zirka 45%), 1.923 bestätigt und 416 neue Renten gewährt, 108 Personen verstarben in Folge der benignen Erkrankungen. In Hamburg wurden im Jahr 2009 286 Fälle von Asbestose bzw. asbestbedingter Pleurafibrose angezeigt und 203 anerkannt; die Zahlen für asbestbedingte Lungenkrebs- oder Kehlkopfkrebsfälle betragen 247 bzw. 56 und für Mesotheliome 129 bzw. 77. Die große Diskrepanz zwischen der Zahl der einerseits ärztlicherseits begründet angezeigten, andererseits anerkannten Berufskrankheiten wird immer wieder in der Öffentlichkeit kontrovers im Hinblick auf mögliche Ursachen diskutiert. Auf politischer Ebene führt sie zu parlamentarischen Anfragen (Bremische Bürgerschaft Drs. 17/1304; Hamburgische Bürgerschaft Drs. 19/7735) und jüngst zu der von der Partei DIE GRÜNEN bekundeten Bundesratsinitiative einer so genannten Beweislastumkehr (Bremische Bürgerschaft Drs. 17/1466); Letzteres würde bedeuten, dass im Gegensatz zur bisherigen Situation, in der der Erkrankte die Beweislast hinsichtlich der Verursachung hat, die Unfallversicherung in der Pflicht wäre, bei gegebener stattgehabter Exposition eine andere Erkrankungsursache auszuschließen. Die bisherige Problematik in der Diagnostik und Begutachtung der vorgenannten Erkrankungen wird an zwei Fallbeispielen (Fall 1 und 2) verdeutlicht. Hervorzuheben sind die in Berufskrankheitenfest-

stellungsverfahren häufig unzureichenden Arbeitsanamnesen und Lungenfunktionsuntersuchungen sowie die Forderung des Nachweises einer bestimmten Anzahl von Asbestkörpern bzw. -fasern im Lungengewebe.

Diesem kommt neben sozialem ethischen Aspekten eine nicht unerhebliche sozialökonomische und -versicherungsrechtliche Bedeutung in Anbetracht der immensen Kosten v. a. der Vielzahl maligner Erkrankungen und des nicht selten vorzeitigen Todes bei benignen asbestbedingten Erkrankungen zu (vgl. Aufwendungen der DGUV = 450 Millionen Euro pro Jahr).

Tab. 1: Legaldefinitionen asbestbedingter Berufskrankheiten

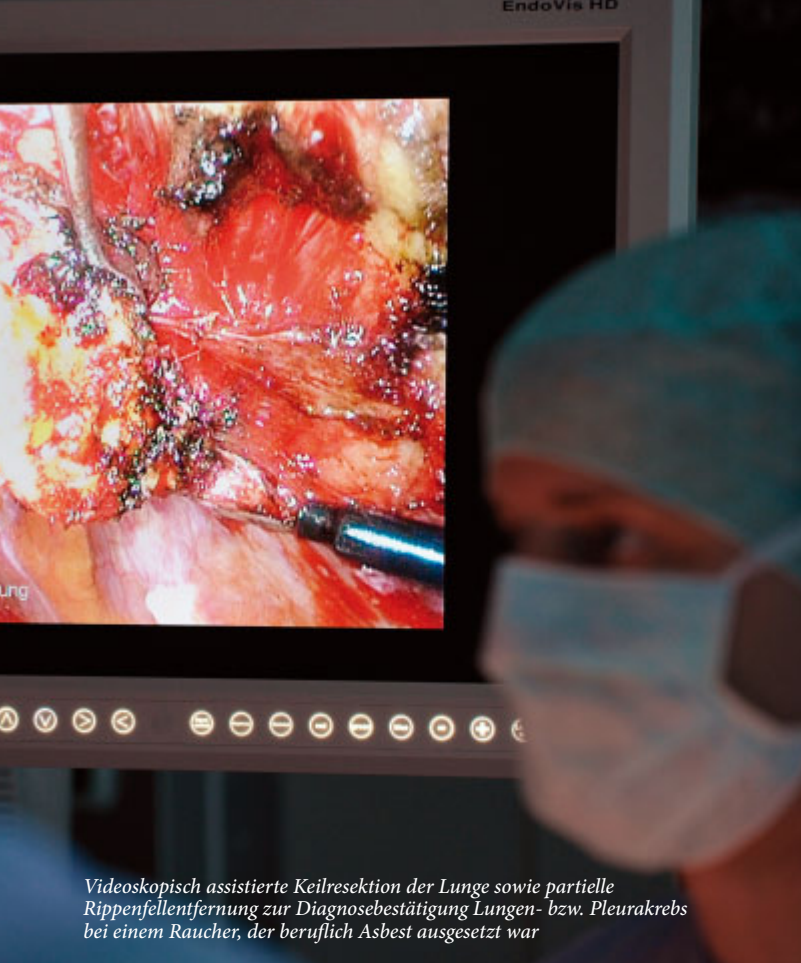
BK Nr. 4103 Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura.

BK Nr. 4104 Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs

- in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose)
- in Verbindung mit durch asbestfaserstaubverursachter Erkrankung der Pleura oder
- bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaubdosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 [(Fasern/m³) x Jahre]).

BK Nr. 4105 Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards.

BK Nr. 4114 Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 Prozent nach der Anlage 2 der BKV entspricht.



Videoskopisch assistierte Keilresektion der Lunge sowie partielle Rippenfellentfernung zur Diagnosebestätigung Lungen- bzw. Pleurakrebs bei einem Raucher, der beruflich Asbest ausgesetzt war

„Fahrerfluchtphänomen“ des Weißasbests

Bereits in den 1970er und 1980er Jahren wiesen verschiedene Arbeitsgruppen darauf hin, dass der hierzulande zu etwa 94 % verwendete Weißasbest Chrysotil im Lungengewebe von Patienten mit asbestbedingten Lungenkrebs oder Mesotheliom nur wenige Prozent der dort auffindbaren Asbestfasern ausmacht, während Amphibol-Asbest (zumeist Blauasbest, Krokydoliten), welcher nur etwa 6 % des Asbestverbrauchs in Deutschland ausmachte, im Lungengewebe dominierte (Woitowitz, Manke et al. 1986); (Jones 1980); (McDonald, McDonald et al. 1982); (Pooley 1976); (Wagner, Moncrief et al. 1986). Die Aufspaltung des Chrysotils in Elementarfibrillen (Weller, Kießler et al. 1983); (Sebastien and Begin 1983) und tierexperimentell gewonnene Halbwertszeiten von nur wenigen Wochen (Bernstein, Rogers et al. 2003) liefern die Erklärungen für dieses sog. „Fahrerfluchtphänomen“.

Die S2k-Leitlinie fasst diese Beobachtungen in folgenden Kernaussagen zusammen: „Wichtig für die Beurteilung der Ergebnisse der licht- als auch der elektronenmikroskopischen Analysen ist, dass in der Regel keine erhöhten Chrysotilfaserkonzentrationen im Lungengewebe nachgewiesen werden und damit hinsichtlich der Aussage beide Methoden hinsichtlich der stattgehabten Chrysotilexposition eindeutig limitiert sind. (Lichtmikroskopie limitiert wegen Fasergröße, Elektronenmikroskopie wegen dem sog. Fahrerfluchtphänomen) (Rogers and Smith 2005).“

„Staubanalytische Untersuchungen (Lungengewebe / BAL) können die Feststellungen aus der Arbeitsanamnese und aus den Ermittlungen der TAD (Anmerkung: Technischer Aufsichtsdienst der Unfallversicherung) nicht ersetzen und nicht Anlass sein, die ermittelte kumulative Exposition nach unten zu korrigieren, sind aber geeignet, um weitere Ermittlungen zu bislang unbekanntem Expositionsquellen auszulösen. Staubanalytische Untersuchungen von Lungengewebe oder einer BAL ersetzen nicht die Ermittlungen der Präventionsabteilungen (Rödelsperger and Woitowitz 1995). Sofern mit geeigneten Verfahren ein erhöhter pulmonaler Asbestgehalt nachgewiesen

Fall 1: Glaswerker mit Asbestose

Pat. G., m., * 1934 – † 2008

Berufsanamnese: 1951 – 1989 Glaswerker, vorwiegend an der Rohrziehanlage tätig. Asbestmaterialien: Platten, Tuch, Schnüre, Handschuhe

Ermittlung der Präventionsabteilung der BG 2007: > 2,5 Asbestfaserjahre

Klinische Diagnosen und initiale Begutachtung:

2004: Erstmals Nachweis einer interstitiellen Zeichnungsmehrung; Vitalkapazität VC 2,65 L (68 %)

2005: Anerkennung BK Nr. 4103, keine MdE

2006: Deutliche Progredienz der Lungenfibrose

2008: VC 51 %. BAL: Keine Asbestkörper. Zusätzliche Diagnose (neben Asbestose): „Idiopathische Lungenfibrose“

2008: † (respiratorische Globalinsuffizienz)

5.1.2009: **Pathologisch-anatomische Untersuchung:** Z. T. verkalkte bds. Pleuraplaques. Fortgeschrittene Lungenfibrose mit fokaler Wabenlungenbildung, vereinbar mit UIP (usual interstitial pneumonia). In den Lungenstaubanaysen bis 260 Asbestkörper/cm³.

Beurteilung vom 5.10.09: „Die interstitielle Lungenfibrose, die letztlich todesursächlich war, ist ganz wesentlich auf asbestunabhängige Faktoren i. S. der idiopathischen pulmonalen Fibrose zurückzuführen. Zusammenfassend kommt der asbestassoziierten pleurapulmonalen Fibrose nicht die Wertigkeit einer Ursache oder wesentlichen Teilursache für den Todeseintritt zu.“

2009: **Widerspruch** der Witwe gegen den BG-Bescheid (mit Unterstützung der Beratungsstelle Arbeit & Gesundheit; dabei Abschätzung der Asbestfaserdosierung auf 54 Asbestfaserjahre* und Empfehlung einer anderweitigen Begutachtung).

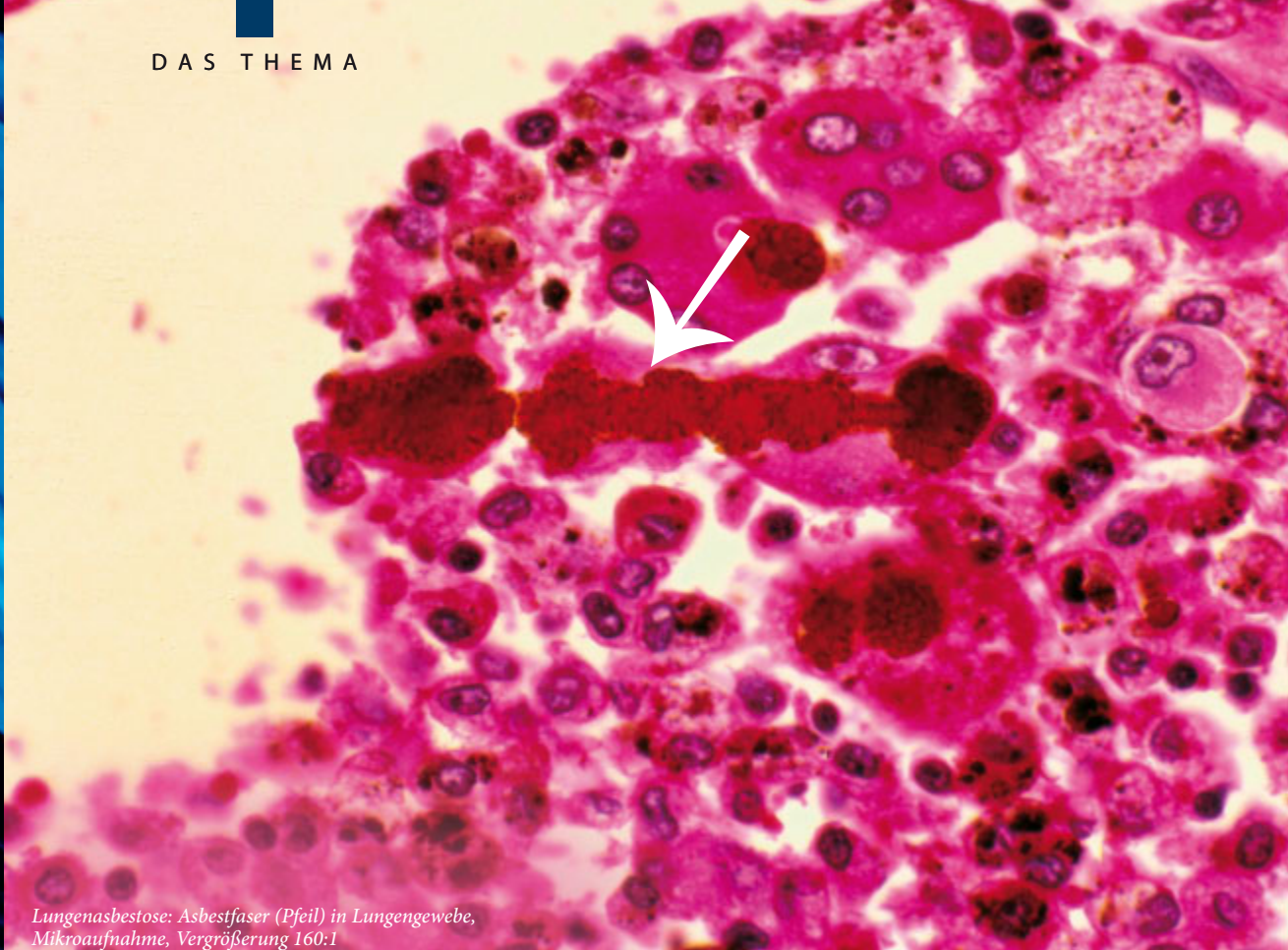
Daraufhin erneute Ermittlung der BG; Ergebnis: 50,1 Faserjahre und Veranlassung einer elektronenmikroskopischen Faseranalytik im Lungengewebe.

Ergebnis und Interpretation derselben: 595.000 Amphibol- und 27.000 Chrysotil-Fasern/g Lungennassgewicht. Es handelt sich um eine fortgeschrittene Lungenfibrose mit wesentlicher Teilursache Asbest. Der Tod des Versicherten wurde durch die fortgeschrittene Lungenfibrose – mit wesentlicher Teilursache Asbest – mindestens um 1 Jahr vorverlegt.

Abschließende Beurteilung des arbeitsmedizinischen Gutachters: Asbestose; idiopathische Lungenfibrose unwahrscheinlich (ist wesentlich seltener). Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 2004 - 2005 30 %, 2005 - 2006 50%, 2006 - 2007 80%, ab 2008 100%.

Fazit: Der fehlende Nachweis von Asbestkörpern in der BAL und die als zu gering angesehene Asbestkörperkonzentration im Lungengewebe führten zu Fehlinterpretationen. Solche Befunde schließen, wie die späteren Untersuchungen zeigen, eine stattgehabte Weißasbestbelastung (Halbwertszeit von nur wenigen Wochen dieser in Deutschland ganz überwiegend eingesetzten Asbestart) nicht aus. Die elektronenmikroskopische Analyse ist wesentlich sensitiver, kann aber ebenfalls „falsch negative“ Ergebnisse aufgrund des Vorgenannten ergeben. Weder die radiologischen noch die pathologisch-anatomischen Befunde sind pathognomonisch und erlauben keine eindeutige Abgrenzung zwischen Asbestose und idiopathischer Lungenfibrose vom UIP-Typ (usual interstitial pneumonia). Die Prävalenz der Letzteren ist mindestens mehr als eine 10er-Potenz niedriger als die der Asbestose in erheblich asbestexponierten Kollektiven. In der Begutachtung reicht die hinlängliche Wahrscheinlichkeit der Verursachung.

* Definition eines Asbestfaserjahres: Durchschnittliche arbeitstägliche achtstündige Exposition von 1 Million Asbestfasern/m³ Luft am Arbeitsplatz über 240 Arbeitstage, bezogen auf Asbestfasern mit einem Durchmesser < 3 µm und einer Länge > 5 µm.



Lungenasbestose: Asbestfaser (Pfeil) in Lungengewebe, Mikraufnahme, Vergrößerung 160:1

werden kann, belegt dies eine Asbestexposition. Die Unzulässigkeit des Umkehrschlusses ist wissenschaftlich belegt. Eine erhöhte Exposition gegenüber Weißasbest (geringe Biostabilität) kann durch einen nur geringen pulmonalen Asbestgehalt nicht ausgeschlossen werden (Rödelsperger, Woitowitz et al. 1985). Es gibt keinen staubanalytischen Grenzwert für asbestbedingte Lungenveränderungen (Heitz 1997).“

Lungenfunktionseinschränkungen

Auch die Zuordnung von Funktionsstörungen zur Abschätzung der MdE wird bisher uneinheitlich gehandhabt und ist weiterhin Gegenstand kontroverser Diskussionen.

Die Leitlinie beruft sich im Wesentlichen auf die Aussagen der ATS Consensus Statement 2004 (American Thoracic Society 2004) und kommt bzgl. der Zuordnung der Funktionseinschränkungen zu den asbestbedingten Erkrankungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- „Die charakteristische Lungenfunktionsstörung bei der Asbestose ist eine restriktive Ventilationsstörung. Bei kombinierten Ventilationsstörungen kann die Obstruktion der Asbestose kausal zugeordnet werden. Isolierte obstruktive Ventilationsstörungen bei einer Asbestose sind ungewöhnlich.“
- „Die Zuordnung pulmokardialer Funktionsstörungen zu asbestbedingten pleuralen Verdickungen muss differenziert betrachtet werden. Dabei ist zwischen pleuralen Verdickungen isoliert an der Pleura parietalis (parietaler Typ nach internationaler CT/HRCT-Klassifikation) und pleuralen Verdickungen mit Einbeziehung parenchymaler Strukturen (visceraler Typ nach internationaler CT/HRCT-Klassifikation) zu unterscheiden. Pleurale Verdickungen vom parietalen Typ können restriktive Ventilationsstörungen verursachen. Pleurale Verdickungen vom visceralen Typ, zu denen auch die Hyalinosis complicata und Rundatelektasen zählen, sind geeignet, restriktive Ventilationsstörungen und Gasaustauschstörungen zu verursachen. Bei kombinierten Ventilationsstörungen und Gasaustauschstörungen kann die Obstruktion der visceralen Pleuraverdickung kausal zugeordnet werden.“

- „Die besprochenen, seit 2004 publizierten Studien erlauben es nicht, bestimmte radiologische Stadien einer Asbestose oder asbestbedingter Pleuraverdickungen festzulegen, ab denen mit Lungenfunktionseinschränkungen zu rechnen ist. Es findet sich eine lockere Korrelation zwischen dem Ausmaß der Lungenfunktionseinschränkungen und dem Ausmaß des radiologischen Befundes.“
- „Die Lungenfunktionseinschränkungen sind selbst ätiologisch vieldeutig, sie können durch unterschiedliche berufs- und nicht berufsbedingte inhalative Noxen verursacht sein.“
- „Auch wenn es derzeit für die Einschränkungen der Lungenfunktion keine diagnostischen Verfahren gibt, die eine trennscharf selektive Zuordnung zu allen einzelnen als ursächlich zu diskutierenden Ursachen erlauben, ist die Zuordnung der Funktionsstörungen im Einzelfall im Rahmen einer Gesamtschau zu beurteilen (s. auch Falkensteiner Empfehlung; Deutsche gesetzliche Unfallversicherung 2010).“

Tabak und Asbest

„Tabakrauchen ist die dominante Ursache einer chronischen Atemwegsobstruktion bei rauchenden asbestexponierten Arbeitern, obwohl berufliche Expositionen erheblich sein können. Die Assoziation zwischen einer Atemwegsobstruktion und der Exposition gegenüber Asbest ist bei Nichtrauchern gut gezeigt und in einigen Studien wird eine Assoziation zwischen der Exposition und einer Atemwegsobstruktion nur bei Nichtrauchern gesehen. Bei rauchenden asbestexponierten Arbeitern ist das Rauchen überwiegend für die „small airways disease“ verantwortlich. Zusätzlich zum Rauchen können auch andere berufliche Expositionen zur chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung beitragen. Die Effekte des Rauchens für die Verursachung von Atemflusobstruktionen sind wahrscheinlich additiv zu sehen.“

Ein eigenes Review und eine metaanalytische Auswertung von Lungenfunktionsbefunden von zirka 10.000 asbestexponierten Personen untermauert im Wesentlichen die Aussagen in den ATS Consensus Statements 2004, gehen z. T. aber darüber hinaus (Baur, Manuwald et al. 2010; Wilken, Baur et al. 2010). Hervorzuheben ist, dass bereits

Fall 2: Isolierer mit Asbestose

IPat. M, m, *1944

Berufsanamnese:

1964 – 1987: Isolierer, erhebliche Asbestexposition

Klinische Anamnese, Befunde und initiale Begutachtung:

Nieraucher

1995: Röntgenthorax: Multiple asbestbedingte Pleuraplaques (laterale Thoraxwände, diaphragmal).

BK Nr. 4103, keine MdE

1995: Beginnende Belastungsdyspnoe

2005: VC 86 % Soll, FEV1/VC 70 %. Progrediente Pleuraveränderungen, subpleurale Parenchymbänder, punktförmige und nicht lineare Verschattungen im Sinne einer beginnenden Asbestose.

VC 79 % Soll, FEV1/FVC 62%, CO-Diffusionskapazität 71 % Soll, alveoloarterielle Sauerstoffdifferenz 45 mm Hg (Norm < 35)

Abschließende Begutachtung: BK Nr. 4103, MdE 20% bei leichter kombinierter Ventilationsstörung und Gasaustauschstörung.

Fazit: Im Vordergrund steht die Gasaustauschstörung bei leichter kombinierter Ventilationsstörung.

Die initial isoliert durchgeführte wenig sensitive Spirometrie deckte die bereits damals anzunehmende MdE-relevante Funktionsstörung (Gasaustauschstörung) nicht auf.

Asbestexponierte ohne radiologisch fassbare Befunde (das gilt auch für HRCT-Untersuchungen) im Mittel leichte Einschränkungen im Sinne einer beginnenden Restriktion aufweisen. Die Einschränkungen sind etwa doppelt so stark ausgeprägt, wenn pleurale Veränderungen und v. a. eine Asbestose vorliegen. Rauchen zeigt dabei keinen nennenswerten Einfluss, wirkt sich aber auf die Obstruktion im Sinne einer Verschlimmerung aus. Entgegen der weit verbreiteten Ansicht und Gutachterentscheidungen haben Asbestexponierte ohne und mit radiologisch fassbaren Veränderungen im Mittel leichte obstruktive Funktionseinschränkungen (Baur, Manuwald et al., 2010).

Es gibt hinsichtlich asbestbedingter Restriktion, Obstruktion und Gasaustauschstörung deutliche Hinweise auf Dosis-Wirkungs-Beziehungen, die bereits in frühen Untersuchungen, u. a. von Becklake et al., beschrieben wurden.

Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit

Im Rahmen der Begutachtung ist es zentrale Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen, neben der Überprüfung bzw. Sicherung der Diagnose zu beurteilen, ob die festgestellte Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit auf die im Rahmen der versicherten Tätigkeit erfolgte Asbestfaserstaubbelastung zurückzuführen ist.

Die initiale entscheidende diagnostische Maßnahme ist die klinische und v. a. die Arbeitsanamnese über das gesamte Erwerbsleben. Das Ziel der Letzteren ist es, gesundheitliche Risiken durch die ausgeübten Tätigkeiten kumulativ zu erfassen, hier speziell der Asbestexposition, im Falle eines Lungenkrebs zusätzlich auch der Belastung durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (vgl. BK Nr. 4114, Tab. 1). Die Leitlinie gibt eine Übersicht über wichtigste Gefahrenquellen und Risikoberufe wie Dachdecker, Isolierer, Stahlwerker, Betriebschlosser, Bauhandwerker.

Bezüglich Art und Umfang der erforderlichen Untersuchungen bei Vorliegen asbestbedingter benigner Pleura- und/oder Lungenveränderungen heißt es in der Leitlinie: „Für die Beurteilung der Folgen einer BK Nr. 4103 sind sämtliche relevanten Lungenfunktionsana-

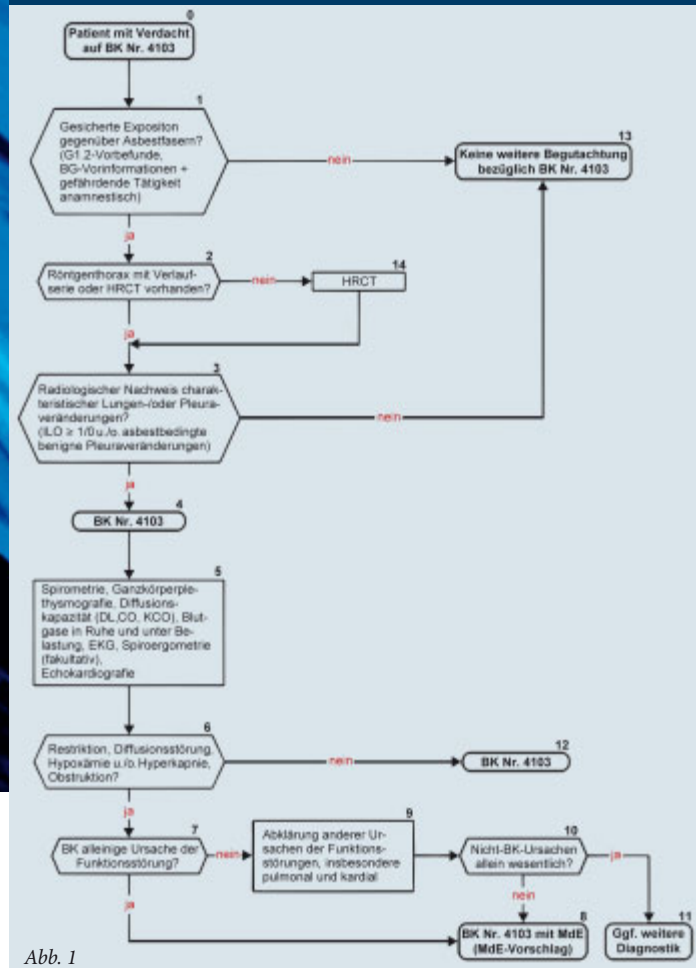


Abb. 1

lysen, eine umfassende Funktionsprüfung des kardiopulmonalen Systems einschließlich Bestimmung der CO-Diffusionskapazität und des Gasaustausches unter zumindest submaximaler Belastung (nach Möglichkeit mit Spiroergometrie) im Begutachtungsverfahren durchzuführen. Dies bedeutet den routinemäßigen Einschluss diagnostisch relevanter Parameter im Hinblick auf eine restriktive Ventilationsstörung, eine obstruktive Ventilationsstörung der großen und kleinen Atemwege sowie des Gasaustausches (Anmerkung: Spirometrie, Ganzkörperplethysmographie, Bestimmungen der Diffusionskapazität sowie der Blutgase in Ruhe und unter Belastung). Zielführend ist die Ermittlung der pulmokardialen Leistungsbreite mittels spirometrischer Ausbelastung.“ (Siehe hierzu Algorithmus zur BK Nr. 4103 [Abb. 1]).

Das gutachterlich-diagnostische Vorgehen bei Vorliegen eines Lungenkrebses ist in Abb. 2 wiedergegeben. Es involviert neben oben geschilderter Anamnese die klinische Diagnosesicherung, die Ermittlung der kumulativen Asbestbelastung (Faserjahre) durch den Unfallversicherungsträger, ggf. – so Lungengewebe aufgrund diagnostischer Maßnahmen oder bei Obduktion zur Verfügung steht – die Bestimmung der Asbestkörper- bzw. der Asbestfaserkonzentration sowie die pathologisch-anatomische Untersuchung des Lungengewebes und der Pleura. Invasive Eingriffe (Biopsien) ohne klinische Indikation nur zum Zwecke der Gewebesenahme für staubanalytische Untersuchungen oder Sicherung einer BK Nr. 4103 sind obsolet.

Wird die Berufskrankheit bestätigt, hat der ärztliche Sachverständige (Gutachter) den Umfang der durch die Berufskrankheit bedingten Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und damit die Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens festzustellen. Besondere Bedeutung kommt hierbei den funktionellen Veränderungen, ggf. auch den psychischen



Arbeiter in Schutzanzügen und mit Luftfiltern über Mund und Nase demonstrieren Asbestplatten auf den Dächern eines alten Garagenkomplexes, aufgenommen am 19.03.2009 in Rostock.



Belastungen und sonstigen Beeinträchtigungen zu. Letzteres gilt insbesondere für Tumorerkrankungen (BK Nrn. 4104, 4105 und 4114). Außerdem sind Berufskrankheitsfolgen im Rahmen von Operationen, Bestrahlungen und systemische Nebenwirkungen von Chemotherapeutika zu berücksichtigen. Die Leitlinie enthält detaillierte tabellarische Darstellungen mit Anhaltspunkten für die Bemessung des medizinisch-funktionellen Anteils der MdE bei Asbestose, asbestbedingten Pleurafibrosen, Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs und Mesotheliom. Im Falle des Lungenkrebses besteht in der Regel während der ersten fünf Jahre eine MdE von 100 %, anschließend schwankt der MdE-Bereich in Abhängigkeit vom individuellen Verlauf erheblich. Beim malignen Mesotheliom liegt in Anbetracht der sehr schlechten Prognose stets eine MdE von 100 % vor. Die MdE des Kehlkopfkrebsschwankt zwischen 20 und 100 % und ist im Wesentlichen abhängig von Tumorkategorie und Behandlungsfolgen.

Insgesamt erfolgt die Bemessung der MdE auf Basis der im Einzelfall vorliegenden funktionellen Einschränkungen (Restriktion, Obstruktion, Gasaustauschstörungen), laryngealen, kardialen, systemischen, psychischen und allgemeinen Beeinträchtigungen, aber auch unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums und der Therapiefolgen. Der medizinisch-funktionelle Anteil der MdE ist integrativ aus der Art und dem Schweregrad sowie der Bedeutung des Beschwerdebildes mit Berücksichtigung der Bedeutung der einzelnen funktionellen Einschränkungen, ggf. auch psychischen und sonstigen Auswirkungen der Berufskrankheit für die Ausübung der im Erwerbsleben typischen Tätigkeit zu ermitteln und zu quantifizieren.

Ventilations- und Gasaustauschstörung

Asbestexposition führt zur restriktiven Ventilationseinschränkung und Gasaustauschstörung. Eine obstruktive Ventilationsstörung kann hinzutreten. Diese funktionellen Beeinträchtigungen sind in geringem Umfang bereits unter Asbestexponierten mit unauffälligem radiologischem Befund festzustellen und nehmen bei nur grober Korrelation mit dem radiologischen Schweregrad asbestbedingter Pleurafibrose und Asbestose zu. In Übereinstimmung mit den darge-

stellten eigenen Literaturauswertungen belegen neuere Studien eine deutliche Überhäufigkeit der COPD in Kollektiven, die gegenüber Asbest und in der Regel auch gegenüber anderen anorganischen Stäuben exponiert waren (Ohar, Sterling et al. 2004; Bagatin, Neder et al. 2005; Dement, Welch et al. 2010).

Die Leitlinie kommt daher zum Schluss, dass Asbeststaub, ähnlich wie andere anorganische Stäube, zur Entwicklung einer COPD bzw. eines Lungenemphysems beitragen kann. Sie schlussfolgert: „Es wird daher für erforderlich gehalten, das BK-Recht hinsichtlich einer „COPD durch langjährige und hohe Belastung durch anorganische Stäube“ entsprechend dem heutigen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand zu aktualisieren.“

Die vorgenannten, durch Asbest induzierbaren Funktionsstörungen erfordern eine eingehende pulmokardiale Diagnostik (vgl. Abb. 1). Die sehr zeitaufwändige, oft alles entscheidende fundierte klinische und v. a. Arbeitsanamnese, die vom ärztlichen Sachverständigen persönlich vorzunehmen ist und in der Regel ein bis zwei Stunden umfasst, bedarf dringendst einer gebührenden Honorierung von Seiten der Gutachterauftraggeber.

Die Spirometrie allein ist unzureichend, insbesondere für die Frühdiagnostik. Da weder radiologisch noch pathologisch-anatomisch eine Abgrenzung der idiopathischen Lungenfibrose vom UIP-Typ (usual interstitial pneumonia) möglich ist, müssen im Einzelfall neben einer qualifiziert erhobenen Arbeitsanamnese epidemiologische Daten, Prävalenzen und Inzidenzen in der Beantwortung der Zusammenhangsfrage berücksichtigt werden, also das im BK-Recht unseres Landes zu berücksichtigende Beweismaß der Wahrscheinlichkeit. Das Fehlen von Asbestkörpern und -fasern im Lungengewebe schließt eine relevante Weißasbest (Chrysotil)-Exposition nicht aus (in Deutschland wurde zu 94 % Chrysotilasbest verarbeitet).

Nicht selten wurden demgegenüber in der Vergangenheit asbestbedingte Lungenfibrosen und Lungenkrebsfälle nicht als Berufskrankheiten anerkannt, da vermeintlich eine zu geringe Zahl an (oder keine) Asbestkörper(n) bzw. -fasern im Lungengewebe nachgewiesen worden sei. Aus den oben dargestellten Gründen (v. a. sog. „Fahrerfluchtphänomen“ des vorwiegend eingesetzten Weißasbestes) ist eine



Palast der Republik, Berlin. Das 1973-1976 errichtete Gebäude war 1990 geschlossen worden, um eine Asbest-Sanierung vorzunehmen.

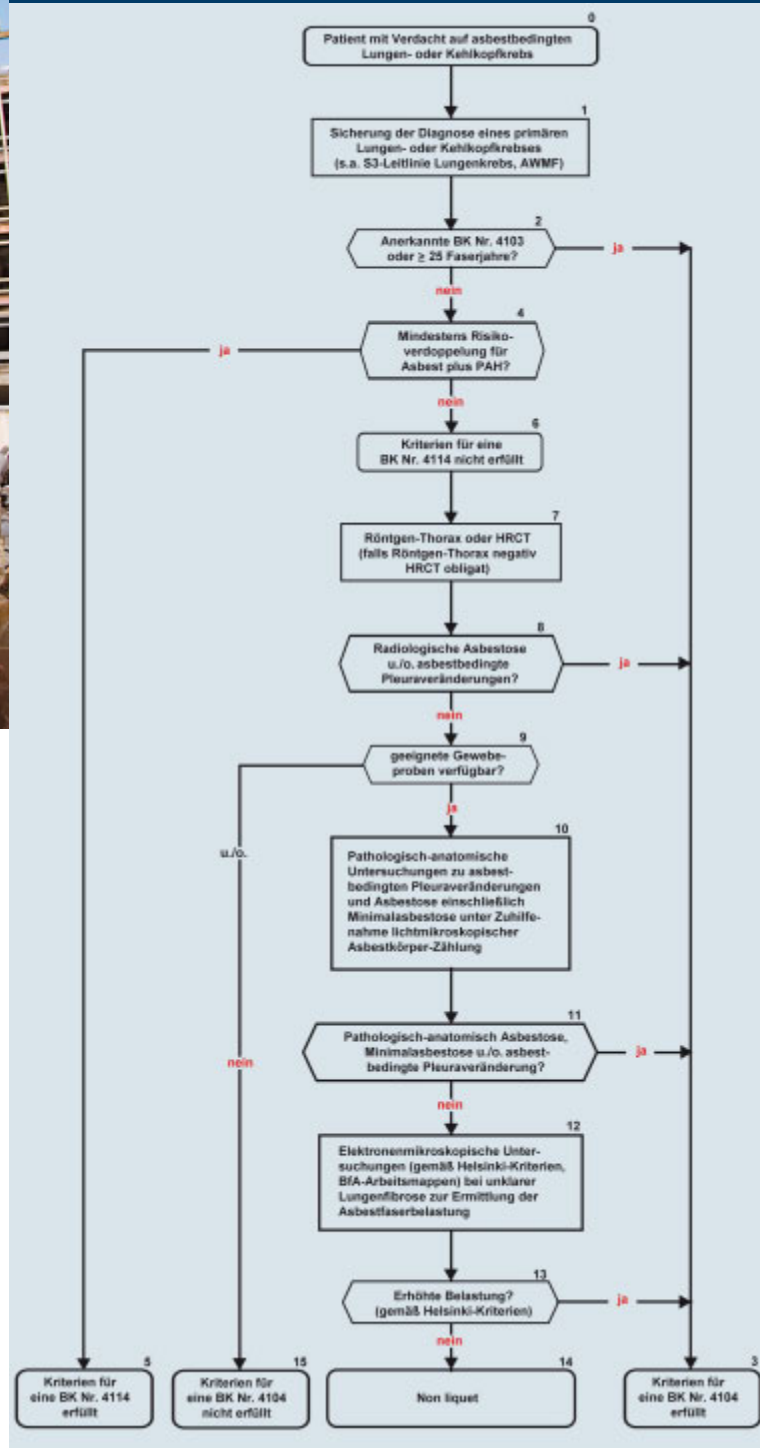
Abb. 2: Verdacht auf BK Nr. 4104 oder BK Nr. 4114

derartige Argumentation medizinisch-wissenschaftlich nicht haltbar. In den medizinischen Sachverständigengutachten ist dieser Wissensstand zu berücksichtigen. Auch dem Haus- und Facharzt kommt nicht nur im Rahmen der Anzeigepflicht des begründeten Verdachts auf eine Berufskrankheit (§ 202, SGB VII), sondern auch in der sozialversicherungsrechtlichen Beratung des asbestbedingt Erkrankten oder seiner Angehörigen eine wichtige Rolle zu.

Umdenken in der Praxis erforderlich

Die wichtigsten, teilweise durch eigene Literaturrecherche untermauerten Aussagen der neuen S2k-Leitlinie sind:

- Der arbeitsmedizinischen und -technischen Erfassung der stattgehabten Asbestexposition kommt eine zentrale Rolle in der Diagnostik und Begutachtung dieser Berufskrankheiten zu.
- Die Begutachtung erfordert stets eine „große“ Lungenfunktionsprüfung einschließlich Bestimmung der Diffusionskapazität und Belastungsuntersuchung.
- Es besteht nur eine grobe Korrelation zwischen radiologisch feststellbaren Veränderungen und den Lungenfunktionseinschränkungen. Es lässt sich kein allgemein gültiges radiologisch definiertes Abschneidekriterium für die MdE-Festlegung begründen. Eine intra vitam-Gewebentnahme zum Zwecke der Begutachtung ist obsolet.
- Bei Vorliegen von Asbestfaserstaubanalysen im Lungengewebe sind die geringe Halbwertszeit des vorwiegend hierzulande eingesetzten Weißasbestes (Chrysotil) sowie epidemiologische Daten über die Häufigkeit asbestbedingter Lungen- und Pleuraveränderungen meist im zweistelligen Prozentbereich in erheblich asbestexponierten Kollektiven einerseits und der differenzialdiagnostisch abzugrenzenden anderen Krankheitsbilder (v. a. idiopathische Lungensfibrose, Häufigkeit im Promillebereich) andererseits zu beachten.
- Die BK Nr. 4114 betrifft die synkanzerogene Verursachung eines Lungenkrebses durch Asbeststaub und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK). Diese Konstellation setzt nicht das Erreichen der für die Einzelstoffeinwirkung geforderten Dosisgrenzwerte von 25 Faserjahren (BK Nr. 4104) bzw. 100 Benzo[a]pyren



(BAP)-Jahren (BK-Nr. 4113) voraus. Es reicht vielmehr aus, wenn die Summe der vorliegenden Bruchteile von 25 Faserjahren und 100 BAP-Jahren mindestens den Wert 1 ergibt.

Zu ergänzen ist, dass weder radiologische noch pathologisch-anatomische Befunde pathognomonisch für asbestbedingte fibrotische Veränderungen von Lunge (Asbestose) und Pleura sind.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Xavier Baur, Ordinariat für Arbeitsmedizin, UKE Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin
E-Mail: baur@uke.de

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



PKV

Ein beeindruckendes
Schauspiel der Selbstzerstörung
spielt sich derzeit ab.

Von Dr. Frank Ulrich Montgomery

Sie sägen den Ast ab, auf dem sie sitzen

Die private Krankenversicherung wird zunehmend wichtiger in Klinik und Praxis. Wir Ärzte haben Interesse an einer modernen Versicherung mit Kostenerstattung, Alterungsrückstellungen und Komfortverbesserungen für die Patienten. Wir arbeiten deswegen für den Erhalt der PKV, und betrachten mit fassungslosem Erstaunen, wie sich diese Organisation selbst zu Grunde richtet.

Ein beeindruckendes Schauspiel der Selbstzerstörung liefert nämlich gerade die PKV – allen voran ihr Dachverband. Man wird dort nicht müde, den Ast abzusägen auf dem man sitzt. Da wird munter eine Beteiligung am Pharamarabattsystem der GKV gefordert, die Gebührenordnung für Ärzte in ihrer gegenwärtigen Form und Struktur und auch ihre Fortentwicklung werden zugunsten einer Dumping-GOÄ mit Öffnungsklausel und Punktabwertung abgelehnt. Steigerungssätze für PKV-Kunden soll es nicht mehr geben, schlimmer noch, in einem eigenen Gebührenordnungsentwurf werden „Stundenhonorare“ und niedrigere Budgets an allen Fronten gefordert. Mit einer Öffnungsklausel will man betriebswirtschaftlich kalkulierte Preise noch unterbieten. Mit einem Wort: die GKV-isierung der PKV wird mit Macht vom eigenen Verband und seinen Funktionären betrieben. Hätten sie damit Erfolg, wäre das der Todesstoß der Privaten Krankenversicherung.

PKV als Selbstzweck?

Fragen wir doch einmal, warum Bürger in die Private Krankenversicherung wechseln? Sind es die günstigen Preise? Sind es höherer

Leistungsumfang und besserer Service? Oder ist es gar die PKV als „Selbstzweck“?

Beginnen wir mit den günstigen Preisen: ein Scheinargument. Wahr ist doch, dass günstige Einstiegstarife als junger Mensch durch sehr hohe Prämien in der Familienphase mehr als überkompensiert werden. Wahr ist doch auch, dass gewaltige Summen in der Verwaltung und vor allem den Abschluss honoraren für Versicherungsmakler verschwinden. Dieses versickernde Geld schafft zwar Arbeitsplätze in der Versicherungswirtschaft, steht aber den kranken Versicherten nicht zur Verfügung. Und noch weniger dient es als Alterungsrückstellung. Also: die Geschichte von den günstigen Preisen entpuppt sich schnell als Märchen. Stark steigende Prämien sind die Wahrheit.

PKV als Selbstzweck? Das interessiert doch hierzulande nur ein paar Funktionäre. Aber selbst wenn, was wäre denn die Rationale hinter dem Selbstzweck? Doch der Vorteil im Wettbewerb gegenüber der GKV, die bessere Leistung zu günstigeren Preisen anzubieten. Wenn man sich selbst aber andauernd auf das Niveau der GKV begeben will – wo bleibt da der Vorteil der besseren Leistung?

Bleiben schließlich das Argument von Leistung und Service, insbesondere der schnellere und „leichtere“ Zugang zum Arzt, die Betreuung durch den Chefarzt im Krankenhaus. Und in der Tat, dies scheint mir nach wie vor der entscheidende Grund zu sein, warum sich Menschen für den Wechsel in die Private Krankenversicherung entscheiden. Das belegt übrigens auch die Werbestrategie der meisten PKV-Unternehmen. Da ist wenig von hohen Verwaltungskosten, noch weniger

von prächtigen Hauptverwaltungen und gar nichts von ausufernden Abschlussprämien zu finden. Zentrales Werbeargument sind der Arzt, das Krankenhaus, alles vertrauenswürdige, sympathietragende Leistungserbringer. Und natürlich auch eine moderne Pharmakotherapie ohne rationierende Vorgaben. Die unverhohlenen vorgetragene Kernbotschaft ist doch: Als Privatpatient sind sie beliebt, werden sie umsorgt, kommen sie schneller dran und auch sonst wird es ihnen an nichts fehlen. Und in der Tat: Heute werden Privatpatienten ja auch schneller und komfortabler behandelt, im Wettbewerb um nicht budgetgedeckelte Leistungen haben sie gegenüber den „Kassenpatienten“ die Nase vorne.

Genauso behandelt – nur zu höheren Preisen?

Welche Motivation aber sollten Krankenhäuser und Ärzte noch haben, wenn die Anreize aus der GOÄ und den Komforttarifen entfielen? Mit welcher Begründung erwartet die PKV dann noch schnelleren und komfortableren Service? Die Werbebotschaften fallen in sich zusammen wie ein Kartenhaus. Kein vernünftiger Bürger geht doch „freiwillig“ in die PKV, wenn er dort genauso behandelt wird, wie in der GKV – nur zu höheren Preisen ... Der wahre Kampf der Zukunft ist doch die Grundsatzentscheidung zwischen einer modernen, erneuerten PKV und der alles gleichmachenden Bürgerversicherung. Hier kann die PKV nur bestehen, wenn sie klare Grenzen gegenüber der GKV einhält und mehr auf Qualität, Service und Nachhaltigkeit setzt, als auf kurzfristige Gewinne und Gleichmacherei.

Die neue Adresse für gesunde Finanzen.

Entdecken Sie die spezialisierte Beratung des Haspa Kompetenz-Centers Heilberufe – mit individuellen Leistungen für niedergelassene Ärzte in der Metropolregion Hamburg.

- Speziell ausgebildete Berater für die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen Ihrer Branche.
- Ganzheitliche Betreuung in Ihren beruflichen und privaten Finanzfragen.
- Vielfältiges Seminarangebot rund um Ihre bestehende oder zukünftige Praxis – mit renommierten Steuer-, Rechts- und Wirtschaftsexperten.
- Persönliche Beratung zu Ihrem Wunschtermin – gern auch in Ihren Praxisräumen.

Infos und Seminare unter
heilberufe.haspa.de
oder Tel. 040 3579-2537

Meine Bank heißt Haspa.

Haspa[®]
Hamburger Sparkasse

Dr. Dirk Heinrich
Mitglied der Vertreterversammlung
der KV Hamburg



Ambulante Versorgung

Die Berufsgenossenschaft drängt in die ambulante Versorgung. Damit entsteht für die Vertragsärzte eine Konkurrenz, die sie durch Arbeitgeberbeiträge selbst alimentieren.

Von Dr. Dirk Heinrich

Lückenlose Verwertungskette

Der Versuch der Politik, den Wettbewerbsdruck in der ambulanten Versorgung zu verstärken, treibt merkwürdige Blüten: Private Investoren kaufen Arztsitze auf, Pharmafirmen werden Vertragspartner in der integrierten Versorgung. Nun sehen wir uns auch noch einer Konkurrenz gegenüber, die wir durch unsere Beiträge selbst alimentieren: Die Berufsgenossenschaft expandiert in die ambulante Versorgung. Absurder geht es kaum noch.

Absurder geht es kaum noch

Anfang Oktober 2010 hat das „MVZ Hamburg City“ eröffnet. Es handelt sich um das ehemalige MVZ Europapassage, das vom

Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Boberg gekauft und an den Standort Hoheluftchaussee 85 verlegt wurde. Rechtlich ist daran nach Auskunft des Bundesversicherungsamtes nichts auszusetzen: Träger des MVZ ist ein Krankenhaus – keine Krankenkasse, die ein ambulantes Versorgungszentrum nicht betreiben dürfte.

Mit dem „MVZ Hamburg City“ will das Unfallkrankenhaus Boberg offenbar seine Einkünfte optimieren. Prästationäre Leistungen, die in der Krankenhauspauschale untergehen, sollen künftig im MVZ erledigt und damit aus dem vertragsärztlichen Honorartopf bezahlt werden. Doch nicht nur für den stationären Bereich werden vorbereitende Leistungen erbracht. Sollen Patienten ambulant operiert werden, werden sie weiter ins „ambulante Operationszentrum Dr. Klapp“ im Falkenried 88 gelenkt, das ebenfalls vom Krankenhaus Boberg gekauft wurde. Für die Patienten aus dem „MVZ Hamburg City“ sind dort gewisse Kapazitäten reserviert, die bisher offenbar nicht ausgelastet waren.

Geschäftsmodell auf Kosten niedergelassener Ärzte

So baut das Berufsgenossenschaftliche Krankenhaus Boberg eine lückenlose Verwertungskette auf. Ich glaube gern, dass auch Krankenhäuser unter zunehmenden Kostendruck stehen und nach Synergieeffekten und neuen Einnahmequellen suchen müssen. Doch ein Geschäftsmodell auf Kosten der niedergelassenen Ärzte darf es nicht geben. Es ist kein Zufall, dass Krankenkassen keine MVZ betreiben dürfen – und für krankenkassenähnliche Organisationen sollte dasselbe gelten. Dass eine krankenkassenähnliche Organisation in die Honorartöpfe der Vertragsärzteschaft greift, ist schlimm genug. Dass wir niedergelassenen Ärzte für eine solche Organisation zudem noch Beiträge zahlen, kann eigentlich niemand verlangen.



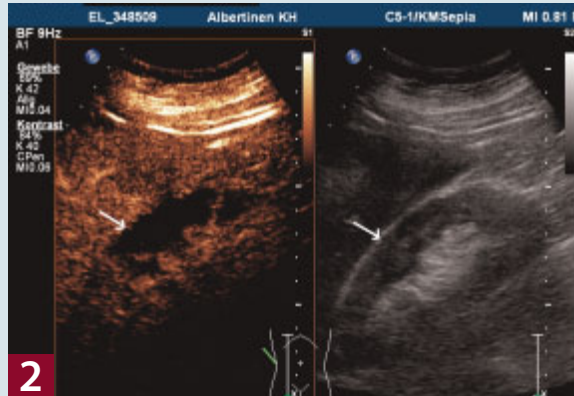
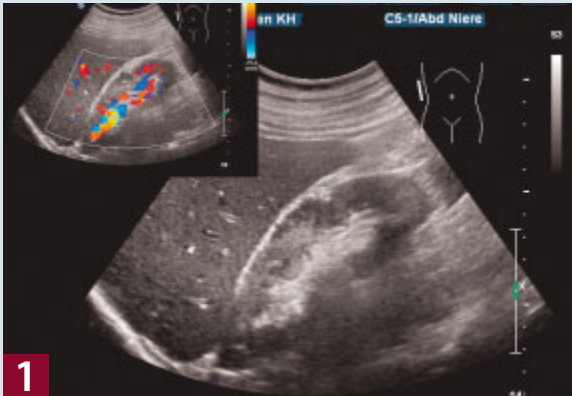
I H R E D I A G N O S E ?

Lösung: Seite 29

Anamnese:

Ein 38-jähriger Südamerikaner wird aufgrund einer hypertensiven Entgleisung, Oberbauch- und rechtsseitiger Flankenschmerzen vorstellig. Ein Harnwegsinfekt war eine Woche zuvor antibiotisch therapiert worden. Laborchemisch zeigten sich jetzt ein erhöhtes CRP, eine Leukozytose und eine LDH Erhöhung auf 600U/l. Die Sonographie einschließlich der Kontrastmittelsonographie ergaben folgende Befunde:

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



AGAPLESION
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Aus Alten Eichen, Bethanien und Elim wird:

Ihr neues Krankenhaus im Herzen von Hamburg

Medizinische Kliniken

Frauenklinik
Klinik für Anästhesiologie

Klinik für Chirurgie
Klinik für Diabetologie
Klinik für Handchirurgie
Klinik für Innere Medizin

Klinik für Plastische
Chirurgie
Medizinisch-Geriatriische-
und Tagesklinik

Ansprechpartner

Chefarzt Prof. Dr. med. Christoph Lindner
Chefarzte Dr. med. Gert Liehn,
Dr. med. Hans-J. Dellbrügge
Chefarzt PD Dr. med. Arnulf Dörner
Chefarzt Dr. med. Jürgen Wernecke
Chefarzt Dr. med. Paul Preisser
Chefarzte Prof. Dr. med. Andreas de Weerth,
Dr. med. Olaf Coym
Chefarzt Dr. med. Klaus-Stephan Wittig
Chefarzte Dr. med. Jutta Bölke,
Brunhilde Merk, Dr. med. Jürgen Wernecke

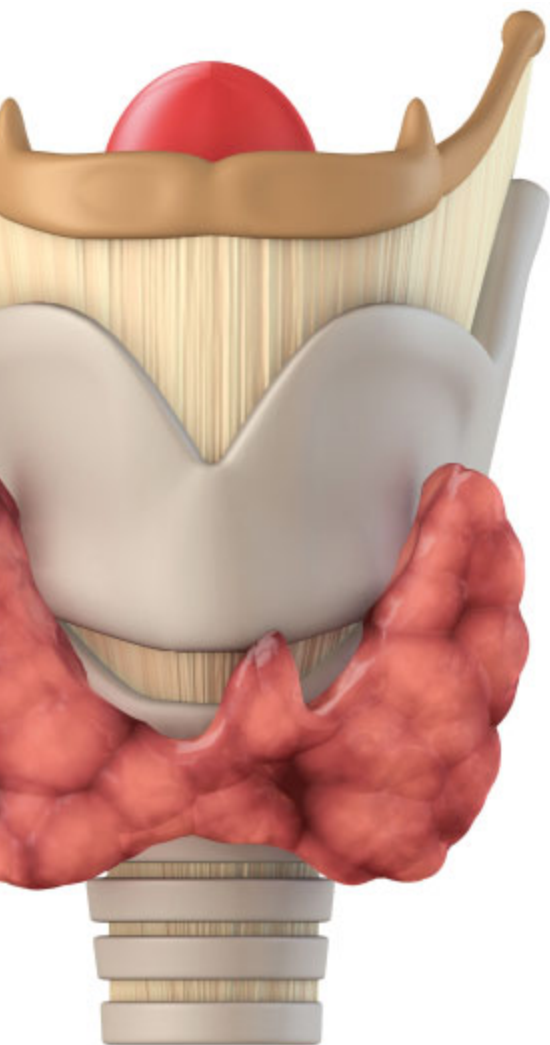
Durchwahl

- 25 00
- 23 00
- 23 10
- 21 00
- 26 00
- 24 00
- 20 00
- 20 10
- 22 00
- 27 00

Hohe Weide 17, 20259 Hamburg, T (040) 790 20-0



www.d-k-h.de



Chirurgie

Kosmetische minimalinvasive und endoskopische Schilddrüsenoperationen: Die Suche nach der optimalen Methode.

Von Dr. Gheorghe Tonndorf

Neue Zugänge zur Schilddrüse

Die Schilddrüsenoperation stellt eine der häufigsten Operationen der Allgemein- und Viszeralchirurgie dar (in Deutschland zirka 120.000 Operationen pro Jahr, im Vergleich: Leistenhernienoperation zirka 280.000 Operationen pro Jahr). Die vorderen Halspartien werden meist nicht komplett mit Kleidung bedeckt, daher kann eine Narbe in diesem Bereich sehr stören. Häufig werden junge Frauen (30 – 45 Jahre) an der Schilddrüse operiert, bei denen der ästhetische Aspekt eine große Rolle spielt. In den letzten Jahren wurden, durch die Anpassung der Wundlänge an die Größe des zu operierenden Schilddrüsenprozesses oder durch die Positionierung der Narbe in kosmetisch günstigeren Regionen, bessere ästhetische Ergebnisse erreicht.

Die Schilddrüse wird normalerweise durch einen suprajugulären Halsschnitt von zirka 6 – 10 cm operiert. Dieser Halsschnitt, nach dem Chirurgen Theodor Kocher als „Kocherscher Kragenschnitt“ benannt, bedeutet für den Chirurgen einen guten und sicheren Zugang zur Schilddrüse, für den Patienten jedoch unter Umständen eine gut sichtbare „Narbe fürs Leben“. Seit Beginn der Schilddrüsenchirurgie in der letzten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es fast ein Jahrhundert lang keine wesentlichen Neuerungen im Bezug auf den chirurgischen Zugang.

Seit 1996, seitdem Miccoli die MIVAP-Technik (minimalinvasive videoassisted parathyroidectomy) sowie Gagner die endoskopische subtotale Parathyreoidektomie beschrieben haben, wurden weltweit mehr als 20 verschiedene minimal invasive bzw. endoskopische Operationsmethoden an der Schilddrüse vorgestellt.

Die minimalinvasive Technik gliedert sich nach dem Zugang (Vorhandensein/nicht Vorhandensein einer zervikalen Wunde, sprich Mini-Kocherschnitt) in videoassistierte zervikale und endoskopische extrazervikale Techniken. Die minimalinvasive Technik mit zervikaler Wunde hat den Nachteil, dass die ungünstige Lage der Wunde weiter besteht.

In drei Metaanalysen, in vergleichenden Studien endoskopische versus konventionelle Thyreoidektomie sowie in Arbeiten mit über 1.000 Patienten konnte gezeigt werden, dass extrazervikale Verfahren längere Operationszeit benötigen. Des Weiteren klagen Patienten über stärkere postoperative Schmerzen. Die Schmerzen sind durch die notwendige breitflächige sowie zeitraubende Abpräparation des Haut/Platysma/Subcutis-Lappens von der geraden Halsmuskulatur zu erklären. Laut Literatur haben sich zwei Operationsmethoden etabliert: MIVAT (minimalinvasive videoassistierte Hemithyreoidektomie) im europäischen Raum und videoendoskopische Hemithyreoidektomien über verschiedene Zugänge im asiatischen Raum. Die bevorzugte endoskopische Methode in Deutschland stellt die Hemithyreoidektomie über einen axillobilateralen Brustzugang „axillobilateral breast approach“ oder ABBA dar. Ziel dieser Arbeit ist eine vergleichen-

de Untersuchung von MIVAT, ABBA sowie konventioneller Schilddrüsenresektion anhand der Datenlage im Bezug auf Operationszeit, Kosten und Patientenzufriedenheit. Eine Medlinerecherche bis Juli 2010 wurde durchgeführt. Zudem wurden die MIVAT-, OMIT- und ABBA-Methoden mit Ergebnissen aus eigener Erfahrung ergänzt.

Minimalinvasive Chirurgie mit zervikaler Wunde

Der Begriff „minimalinvasiv“ bezieht sich auf die Reduzierung der zervikalen Wundlänge auf zirka 3 cm sowie des Operationstraumas durch die Verwendung eines mikrochirurgischen Instrumentariums. Für die Visualisierung des oberen Schilddrüsenpols ist die Videotechnik notwendig. Als Bezeichnung dieser Technik wird der Begriff „minimalinvasiv videoassistiert“ oder MIVAT (minimalinvasive videoassistierte Thyreoidektomie) benutzt.

Miccoli, Universität Pisa, hat 1996 zum ersten Mal die MIVAP-Technik (minimalinvasive videoassisted parathyroidectomy) beschrieben. Im gleichen Jahr veröffentlichte Gagner die erste endoskopische Parathyreoidektomie. Die gesammelte Erfahrung mit dieser Technik erlaubte seit 1997 auch minimalinvasive Eingriffe an der Schilddrüse.

Operationsmethoden mit zervikaler Wunde haben Folgendes gemeinsam:

- den minimalinvasiven Zugangsweg (eine Mini-Kocherinzision von zirka 1,5 – 3 cm),
- die minimalinvasive Präparationstechnik,
- die Videoassistenz (Vergrößerung und Beleuchtung des Operationsfeldes).

Tab. 1: Optimale Selektionskriterien für MIVAT/OMIT/konventionelle Operation

	MIVAT	OMIT	konventionell
Wundlänge	bis 3 cm	4 cm	6 – 10 cm
Schilddrüsenvolumen	< 30 ml	30-60 ml	> 60 ml

Die Operationsindikationen sind:

- Unilokuläre Knoten bis zu einer Größe von 3,5 cm,
- Schilddrüsenvolumen bis maximal 30 ml, Schilddrüsenlappenvolumen bis 20 ml,
- Zysten bis zu einem Durchmesser von 5 cm (vorausgesetzt zytologisch benigne).

Die Knoten können warm oder kalt sein. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie benötigt der kalte Knoten eine Hemithyreoidektomie, wodurch im Falle einer Reoperation bei Malignität das Risiko einer Recurrensverletzung auf der operierten Seite minimiert wird.

Ursprüngliche Kontraindikationen minimalinvasiver Technik (Malignität, Thyreoiditis, zervikale Voroperationen oder Bestrahlung) wurden mit steigender Erfahrung relativiert. Heutzutage werden papilläre oder minimalinvasive follikuläre Karzinome im Stadium T1-T2 operiert. Als absolute Kontraindikationen sind geblieben:

- Karzinome über 2 cm mit V.a. Lymphknotenmetastasen,
- zervikale Voroperationen,
- zervikale Bestrahlung.

Die minimalinvasive Technik mit zervikaler Wunde hat allerdings auch Nachteile: Zum einen besteht die unvorteilhafte Lage der zervikalen Wunde weiter. Eine Verbesserung stellt die latero-zervikale Lage der Wunde in der Technik von Messenbäck dar. Durch diese Positionierung der Wunde in einer bereits existierenden Hautfalte latero-zervikal wird eine Wunde im zentralen suprajugulären Kompartiment vermieden und dadurch ein besseres kosmetisches Ergebnis erreicht, da die spätere Narbe kaum zu sehen ist. Zum anderen könnten durch die Traktion mit Haken Keloidnarben oder Platysmaretraktionen entstehen, diese kompromittieren partiell das kosmetische Ergebnis. Die meisten Narbenretraktionen normalisieren sich spontan nach drei bis sechs Monaten, eine Narbenkorrektur ist extrem selten. Außerdem ist die Operation bei unilateralen Prozessen optimal indiziert, bei bilateralen Befunden ist die

Operationszeit im Vergleich zur klassischen Operation verlängert.

Um die Operationszeit bei bilateralen Befunden zu reduzieren, wurde die OMIT-Technik (open minimal incision thyroidectomy) eingeführt. Diese Technik wird mit normalem Instrumentarium, ohne Videoassistenten, allerdings mit Neuromonitoring und Lupenbrille über einen Kocherschnitt von zirka 4 cm durchgeführt. Der Begriff minimalinvasiv bezieht sich nur auf die reduzierte Wundlänge.

In einer Studie mit 957 Patienten hat Perigli 2008 optimale Kriterien für die drei Operationstechniken (minimal invasiv MIVAT, offene minimal incision OMIT und klassische Thyreoidektomie) empfohlen. Auch andere Autoren kommen zum gleichen Ergebnis. Obwohl die Schmerzen in der MIVAT-Gruppe geringer waren als in der OMIT-Gruppe, war die Patientenzufriedenheit hinsichtlich des kosmetischen Ergebnisses in beiden Gruppen fast identisch.

Bezüglich des evidence based Grades liegen nur für die MIVAT-Technik wenige prospektiv randomisierte (evidence based Grad II b) Studien vor, die meisten Studien haben einen evidence based Grad III (prospektive nichtrandomisierte) oder IV (retrospektive Studien). In allen Studien zeigt sich, dass die Patientenzufriedenheit bezüglich des kosmetischen Aspektes höher ist als bei der konventionellen Technik. Des Weiteren klagen die Patienten über weniger postoperative Wundschmerzen sowie Schluckbeschwerden. Eine Erklärung wäre, außer der geringen Wundlänge, die fehlende Abpräparation des Hautplasma-Lappens, welche den einzigen technischen Unterschied zur konventionellen Operation darstellt. Durch die schnelle Lernkurve hat sich die MIVAT-Technik nach Miccoli als die am meisten verbreitete Methode minimalinvasiver Schilddrüsenchirurgie in Europa etabliert.

Allerdings bleibt die Größe des Schilddrüsenprozesses (Schilddrüsenvolumen bis 30 ml) die Hauptlimitierung der Methode. In den ersten Studien operierte Miccoli erst zir-

ka 9,7% seines Patientengutes durch diese Methode. Mit steigender Erfahrung ließen sich in einem Schilddrüsenzentrum bis zirka 27% der Patienten mittels MIVAT operieren.

Endoskopische Chirurgie ohne zervikale Wunde

Die endoskopische Schilddrüsenchirurgie ohne zervikale Wunde stellt ein neues Gebiet minimalinvasiver Chirurgie dar. Nach der ersten endoskopischen Parathyreoidektomie (Gagner, 1996) veröffentlichte Hüscher 1997 die erste endoskopische Hemithyreoidektomie. Weitere Veröffentlichungen kamen aus Japan, wo Takami 2003 die erste total endoskopische Thyreoidektomie durchgeführt hat. Die Methode ABBA (durch den axillo-periareollären Zugang) wurde 2003 von Shimazu veröffentlicht.

Die chirurgische Präparation erfolgt, im Vergleich mit endoskopischen abdominalen oder thorakoskopischen Techniken, im virtuellen Präparationsraum (dem so genannten suprasternalen Raum zwischen superfizieller und mittlerer Zervikalfaszie). Dieser Raum muss operativ geschaffen werden, so dass die Abpräparation des subplatismalen Raumes den längsten Operationsschritt darstellt. Um diesen Raum aufrecht zu erhalten, verwenden endoskopische Techniken die CO₂-Gasinsufflation. Der Insufflationsdruck wird auf 6 – 8 mmHg reduziert, um ein Hautemphysem im Gesichtsbereich zu minimieren. Manche Autoren benutzen Retraktorsysteme zum Aufhalten des subplatismalen Raumes (halb offene gaslose endoskopische Methode), um Komplikationen der Gasinsufflation zu vermeiden (Pneumothorax, Hyperkapnie, Hautemphysem).

Der Schilddrüsenlappen wird, wie bei der klassischen Methode, in der Grenzlamelle abpräpariert (avaskulärer Raum zwischen der Capsula thyroidea propria und Carotisgefäßscheide). Die Nebenschilddrüsen und der N. recurrens sind gut zu identifizieren. Das kosmetische Ergebnis wird durch die Platzierung der Wunden an Körperregionen, welche postoperativ mit Kleidung bedeckt werden (axillär, thorakal oder supraareollär), maximiert.

Indikationen endoskopischer Chirurgie sind vergleichbar mit denen der MIVAT-/OMIT-Technik. Zudem erlaubt die endoskopische Methode Inspektion sowie Resektion beider Schilddrüsenlappen. Die Methode erlaubt ebenfalls die Entfernung größerer Prozesse (Schilddrüsenvolumen bis unter 60 ml, Knotengröße bis maximal 4 cm, Zysten bis 5 cm). In der endoskopischen Technik wird der Schilddrüsenlappen partiell (subtotal oder fast total) entfernt. Aufgrund der methodenbedingten Parenchymresektion mittels thermischer Instrumente (bipolare oder Ultraschallschere) steigt das Risiko einer thermischen N. recurrens-Läsion am Eintrittspunkt

Tab. 2: Vergleich MIVAT versus OMIT versus konventioneller Operation

	MIVAT	OMIT	konventionell
Op-Zeit min. einseitig/beidseitig	72/102	39/69	38/72
Postoperativer Schmerz VAS 1-10	2,2	5,5	8,5
Kosmetisches Ergebnis NSS 1-10	9,4	8,3	4
Komplikationen % - Recurrensparese transitorisch/permanent	4,5/0	6/0,9	4/1,3
- Hypoparathyreoidismus % transitorisch/permanent	3,5/0	3,7/0	5,8/0,1
- Blutung %	0	0,9	1,1

VAS=visual analog scale; NSS=numerical score system

in den Larynx. Daher wird die fast totale Resektion unter Belassung eines kleinen Parenchymrestes am oberen Schilddrüsenpol (0,5 – 1 ml) bevorzugt. Im Falle von Malignität wird die Komplettierungsoperation über einen klassischen Kocherschen-Schnitt innerhalb von sieben Tagen entsprechend onkologischer Standards vorgenommen.

Europäische Bedenken zur ABBA-Methode beim Schilddrüsenkarzinom werden durch die asiatische Erfahrung relativiert. Koh berichtet über den Einsatz der halb offenen endoskopischen Methode beim papillärem Schilddrüsen-Mikrokarzinom. Er konnte außer der Hemithyreoidektomie auch eine prophylaktische zentrale Lymphknotendissektion durchführen. Chung berichtet über 103 ABBA-Operationen bei papillärem Schilddrüsen-Mikrokarzinom (unter 1 cm Durchmesser). Onkologische Standards konnten eingehalten werden, allerdings berichtete der Autor über eine transitorische Recurrensparese von 25%. Auch andere Autoren empfehlen eine Erweiterung der endoskopischen Technik auf das papilläre Mikrokarzinom ohne Anhalt für Lymphknotenmetastasen.

Varianten endoskopischer Schilddrüsenchirurgie

Hinsichtlich der Zugänge gibt es zervikale direkte sowie extrazervikale indirekte Zugänge. Die erst entwickelten zervikalen Zugänge sind

hinsichtlich des Präparationstraumas (kurzer Weg zur Schilddrüse) als minimal invasiv zu betrachten. Es gibt verschiedene Varianten:

- Den zervikalen Zugang mit drei Trokaren im prätrachealen (Gagner 2003)/laterozervikalen Raum (Henry 2006) oder kombiniert (Takami/Ikeda 2003),
- den zerviko-submandibulären Zugang,
- den transoralen Zugang, bisher nur bei Leichen oder Schwein durchgeführt.

Um zervikale Narben komplett zu vermeiden, entstanden die extrazervikalen Zugänge:

- Axillär (Takami/Ikeda 2000)
- antero thorakal (prästernal oder infraklavikulär) (Takami/Ikeda 2003) sowie
- die Brustzugänge (paramammär oder periareollär) (Ohgami 2000),
- Hybridverfahren, um einen größeren Freiheitsgrad sowie die Triangulation der Instrumente zu optimieren. Hierzu zählt der axillo-thorakale (Ohgami 2000) und später axillo-periareolläre Zugang oder ABBA (axillar-bilateral-breast-approach) (Shimazu 2003). Die Dreitrokar-Technik (periareollär bilateral und axillär auf der zu operierenden Seite) wurde später mit einem vierten axillären Trokar erweitert (bilateral-axillar-breast-approach oder BABA) (Choe 2007). Damit können problemlos beide Schilddrüsenlappen inspiziert und operiert werden.

Die Fülle von Zugängen deutet darauf hin, dass keine Methode universal akzeptiert wurde.

Schilddrüsennahe Zugänge werden zunehmend verlassen, um Narben im zervikalen Bereich zu vermeiden, hingegen schilddrüsenferne Zugänge bevorzugt (maximales kosmetisches Ergebnis, besserer Winkel zur Trokarplatzierung). Da thorakale prästernale Trokare Keloidnarben im Ausschnittbereich hinterlassen, sind viele Autoren auf perimammilläre oder axilläre Zugänge übergegangen. Aufgrund leichter Vorteile (Möglichkeit bilateral zu operieren, weniger Serome in der Axilla) wird die ABBA-BABA-Methode in Deutschland bevorzugt.

Durch den langen Weg der Trokare sowie die Abpräparation des subplattismalen Raumes werden die extrazervikalen Zugänge als maximalinvasiv betrachtet. Die ausgedehnte Weichteilpräparation, welche der konventionellen Schilddrüsenresektion ähnelt, verursacht postoperativ stärkere Schmerzen als bei der MIVAT-Technik. Es treten auch Paresthesien der vorderen Halspartien auf, diese sind innerhalb von drei bis zwölf Monaten rückläufig. Eine weitere Folge des großen subplattismalen Präparationstraumas, insbesondere bei axillären Zugängen, stellt die Serombildung in 2,2 bis 13,8% dar. Dies benötigt wiederholte Punktionen. Aufgrund oben genannter Probleme bleibt bei vielen Autoren die Benutzung des Begriffs „minimalinvasiv“ bei extrazervikalen Zugängen strittig.

Es gibt wenige Studien, welche die verschiedenen endoskopischen Methoden untereinander oder mit der minimalinvasiven (MIVAT/OMIT) vergleichen. Der evidence based Grad liegt bei IV (retrospektive Studien) oder V (Fallbeschreibungen).

Deutsche Erfahrung mit der ABBA-Methode

Die ersten total endoskopischen Schilddrüsenoperationen in Deutschland (n = 13) wurde von Bärlechner et al. in der Klinik Berlin-Buch 2005 durchgeführt.

Die Erfahrung mit dieser Operationsmethode wurde fortgesetzt, Strik et al. 2007 berichtete über weitere 26 Patienten. Die Patientendatenbank stieg 2008 auf 161 Fälle. Es handelte sich um 161 Patienten, fast ausschließlich Frauen, die zwischen 2005 – 2008 in der Klinik Berlin-Buch operiert wurden (Strik et al.). Die häufigste Operation war in 80% der Fälle (n = 130) die totale oder fast totale Hemithyreoidektomie, die Op-Zeit betrug durchschnittlich 111 Minuten bei einseitiger Resektion, 187 Minuten bei beidseitigem Eingriff. Typische Komplikationen (Recurrensparese und Hypoparathyreoidismus) waren mit der MIVAT-Technik vergleichbar. Die Histologie war in 96% der Fälle benigne, der Krankenhausaufenthalt drei Tage. Nur in zwei Fällen musste auf eine offene Technik konvertiert werden. In diesem Fall empfiehlt sich die OMIT-Technik (offene

Tab. 3: Vergleich MIVAT versus OMIT versus konventioneller Operation

	Op-Typ	n	Recurrensparese % trans/perm	Hypoparathyreoidisms % trans/perm	Umsteigen %	Op-Zeit min Einseitig/ beidseitig
Miccoli 2004	MIVAT	579	1,3	0,2	0,1	90
Perigli 2008	MIVAT	56	1,8/0	3,6/0	0	102
Fan 2010	MIVAT	300	1,7	3	6	35/58
Insgesamt		879				83
Shimazu 2003	ABBA	12	0	0	0	188
Bärlechner 2005	ABBA	13	0	0	0	132
Strik 2007	ABBA	26	3,8	3,8	0	111/187
Chung 2007	BABA	103	25/0	25/1	0	165
Choe 2007	ABBA/ BABA	25/110	3/0	3/0	3	165
Strik 2008	ABBA	161	3,1	0,6	1,2	109
Jeryong 2008	ABBA	68	4,4	3	4,4	90/-
Insgesamt	ABBA/ BABA	492				155

Tab. 4: Selektionskriterien der Operationsmethoden

	offen	OMIT Offen minimalinvasiv 4 cm	MIVAT Minimalinvasiv 2-3 cm	Endoskopisch ABBA/BABA
Schilddrüsenvolumen	> 60 ml	30 – 60 ml	< 30 ml	< 60 ml
Lokalisation	egal	egal	Unilateral (aus Op-Zeit-Gründen)	Unilateral (aus Op-Zeit-Gründen)
Alter	egal	egal	egal	bis 50 Jahre
Geschlecht	egal	egal	egal	weiblich
Dignität	egal	benigne	benigne	benigne
Wunsch auf Ästhetik	gering	gering	groß	groß

minimalincision Thyreoidektomie) durch einen Hautschnitt von 4 cm. Spezifische Komplikationen dieser Technik sind thermische Hautläsionen (1,2%) bei Präparation des subplatismalen Raumes, welche kosmetisch störende Hautretraktionen ergeben.

Im internationalen Vergleich zeigte die ABBA-Methode geringe Komplikationsraten bei einer Op-Zeit von durchschnittlich 155 Minuten (Tab. 3).

Vor- und Nachteile

Der Wunsch an Hautintegrität im vorderen Halsbereich, hauptsächlich im asiatischen Raum, hat zur Einführung und Entwicklung total endoskopischer, zervikal narbenloser Methoden geführt.

Aufgrund der jetzigen Datenlage sowie eigener Erfahrung ergeben sich bei der ABBA- oder der von uns durchgeführten BABA-Methode (bilateral axillär, bilateral periareollär) gegenüber der MIVAT folgende Vorteile:

- Fehlende zervikale Narbe und damit maximales kosmetisches Ergebnis,
- Exposition sowie Resektion beider Schilddrüsenlappen ist möglich.

Relative Nachteile sind:

- Verlängerte Operationszeit,
- breitflächige zeitraubende Präparation des subplatismalen Raumes, welche postoperativ eine verlängerte Schmerzempfindlichkeit sowie Paresthesien der vorderen Halspartien verursachen. Allerdings ist diese Abpräparation des Haut-/Platimalappens auch in der offenen Technik notwendig,

- lange Lernkurve, hohe Ansprüche an minimalinvasive Kompetenz des Operateurs,
- aufgrund des straffen Haut-/Subcutisgewebes mit Einschränkung der Instrumentenbeweglichkeit ist die Operation beim Mann nicht geeignet. Beim Mann wäre ein Hybridverfahren axillär/antero-thorakal vom Instrumentenwinkel aus günstiger,
- zum Vermeiden thermischer Läsionen des N. recurrens an der Eintrittsstelle in den Larynx ist keine Hemithyreoidektomie sondern nur eine fast totale Schilddrüsenresektion unter Belassung eines kleinen Restes von 0,5 – 1 ml möglich. Daher ist die Technik nur bei benignen Prozessen zu empfehlen,
- erhöhte Kosten durch Einmalmaterialien (Ultrascision-Schere, Clipsetzer, Bergebeutel, Miniretraktor für den M. sternocleidomastoideus).

Trotz dieser Nachteile wird die endoskopische axillo-biareolläre-Methode von aufgeklärten Patienten auch in Deutschland nachgefragt. Sie soll auf Wunsch oder bei gut selektierten Patienten (Frauen bis 45 – 50 Jahre, unilaterale benigne Prozesse (Knoten bis 4 cm), Schilddrüsenvolumen unter 60 ml) angeboten werden.

Die zervikal narbenlose endoskopische ABBA-BABA-Methode erreicht ein maximales kosmetisches Ergebnis mit hohen Kosten. Operationszeit sowie Lernkurve sind extrem lang. Des Weiteren haben viele Frauen in Deutschland noch Bedenken (Scheu) vor der Operation durch die „Brustwarzen“.

Die MIVAT-Methode bietet bei Patienten mit kleineren Befunden (Schilddrüsenvolumen bis 30 ml) ausgezeichnete kosmetische Ergebnisse. Die Operationszeiten sind bei unilateraler Lokalisation mit der konventionellen Operation vergleichbar, ein MIC-Turm sowie eine dafür notwendige 5 mm-Arthroskopieoptik gehören zur normalen Ausstattung aller deutschen Krankenhäuser. Der Investitionsbedarf für das entsprechende Instrumentarium ist gering. Als Einmalmaterialien sind nur ein Clipsetzer oder die Ultrascision-Schere zur Versorgung des oberen Pols zu berechnen.

Bei Patienten mit mittelgroßen Strumen (30 – 60 ml) stellt die offene minimalincision Thyreoidektomie (OMIT) über einen Mini-Kocherschnitt von 4 cm eine wertvolle kosmetische Alternative dar.

Im Bereich der Minizervikotomie bei MIVAT-/OMIT-Technik könnten Keloidnarben oder Platysmaretraktionen durch die Traktion mit Haken entstehen, diese kompromittieren partiell das kosmetische Ergebnis. Die meisten Narbenretraktionen normalisieren sich spontan nach drei bis sechs Monaten, eine Narbenkorrektur ist extrem selten.

Das Gelingen der Operation hängt von der korrekten Selektion der Patienten ab. Die Hauptselektionskriterien sind in Tabelle 4 dargestellt. Der zentrale limitierende Faktor ist die Größe des pathologischen Prozesses.

Die minimalinvasive und endoskopische Technik ist indiziert, wenn kosmetische und funktionelle Ergebnisse mit denen der konventionellen Schilddrüsenchirurgie vergleichbar sind. Unter diesen Voraussetzungen sind verlängerte Op-Zeit sowie höhere Kosten zu akzeptieren.

Bisher sind nur bei der MIVAT-Technik die Vorteile (weniger Wundschmerzen, höhere Patientenzufriedenheit durch eine bessere Kosmetik) evidenzbasiert (Grad 2b). Bei der endoskopischen Methode sind prospektiv randomisierte Studien zu erwarten. Aufgrund der jetzigen Datenlage (evidence based Grad IV/V) ist die Operation nur in Zentren zu empfehlen.

Durch optimale Patientenselektion können zirka 5 – 10% der Fälle endoskopisch operiert werden. In weiteren 25 – 30% der Fälle ist eine minimalinvasive Technik mit einem zirka 3 – 4 cm langen zervikalen Schnitt möglich. 60 – 70% der Patienten werden immer noch durch die klassische Operationsmethode operiert (Tab. 5).

Zusammenfassend stellt die kosmetische Schilddrüsenchirurgie eine Patienten individualisierte Chirurgie dar.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Gheorghe Tonndorf
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik Altona
E-Mail: g.tonndorf@asklepios.com

Tab. 5: Vergleich der Operationsmethoden

	Operation	Wundlänge	Op-Zeit	Kosten	Kosmetik / Patientenzufriedenheit
5 – 10 %	Endoskopisch ABBA	-	155 min	+++	+++
25 – 30 %	Minimalinvasiv MIVAT OMIT	3 cm 4 cm	102 min 69 min	++	++(+)
60 – 70 %	Klassischer Kocherschnitt	6 – 10 cm	72 min	+	+

Modifiziert nach Messenbäck/Perigli/Tan

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel.: 18 18 81 - 0 oder info.altona@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus, Institut für Pathologie, Anm. unter Tel.: 25 46 - 27 02	Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. 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	AKHarburg, Chirurgie, Anm. unter Tel.: 18 18 86 - 0 oder info.harburg@asklepios.com	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	28.2.: Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Prof. Dr. May, Tel.: 74 10 - 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. Stock, Seminarraum
Dienstag, 1. März, 20 – 22.30 Uhr	„Zöliakie – Sinnvolle Diagnostik und ernährungstherapeutische Interventionen“	AescuLabor, Anm. unter Tel.: 33 44 11 - 99 66, E-Mail: seminare@aesulabor-hamburg.de	Haferweg 40
Dienstag, 1. März, 19.30 – 21.30 Uhr	„Kopfschmerzen – bewerten und behandeln“	Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Anm.: Frau Meyer, Tel.: 202299-304 oder www.fortbildung.aekhh.de	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf, Anm. unter Tel.: 72 55 40	Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel.: 18 18 86 - 23 41, E-Mail: v.maassen@asklepios.com	Konferenzraum Radiologie, Haus 8
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann (81 91 - 0), Herr Lauk (81 91 - 25 15)	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	8.3.: Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion-MVZ Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 4. Dienstag im Monat, 18 – 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz (3 P)	UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 74 10 - 5 90 94	Gebäude W10, 3. Stock, Seminarraum
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel.: 23 84 30 - 42, Fax: - 45	Radiolog. Privatpraxis Finkenstaedt/ Maas, Raboisen 40
Alle 2 Monate dienstags, 18 – 20 Uhr	Kinderherzprogramm – Informationsveranstaltung	UKE, Kinderherzchirurgie, Frau Remberg, Tel.: 74 10 - 5 82 21, b.remberg@uke.de	Universitäres Herzzentrum, Gebäude N 23, EG, Bibliothek
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel.: 4 41 90 - 6 69	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 15 – 16 Uhr	Große Neurokonferenz: Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie	AK Altona, Neurologische Abt., Anm. Frau Jakus, Tel.: 18 18 81 - 18 13	Radiologie, 1. OG. Demoraum 1
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf Anm. unter Tel.: 72 55 40	Röntgenkonferenz, Hs. B
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Schmerzambulanz Alten Eichen, Anm. Frau Falckenberg, Tel.: 5 40 40 60	Krankenhaus Alten Eichen, Wördemannsweg 23
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46 - 14 02)	MarienKH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	AK Altona, Infos und Anm. Frau Schmidt-Zoricic, Tel.: 18 18 81 - 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 18 85 - 42 74	Haus CF, Konferenzraum
Jd. 4. Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“	Universitäres Herzzentrum HH, Klinik für Gefäßmedizin, Fr. Hidalgo, 74 10 - 5 38 76	Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/ gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81 - 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 8 – 8.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Diakonie-Klinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 54 87 - 21 01	Diakonie Krankenhaus Alte Eichen, IBF-Raum
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abt., Tel.: 18 18 83 - 12 65	Visitenraum, 1. OG

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
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, Anm. unter Tel.: 18 18 81 - 0 oder info.altona@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/ Onkologie, Tel.: 18 18 82 - 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Abt. für Allgemein, Viszeral- und Tumorchir., Dr. Daniels, Tel.: 55 88 - 22 57	Raum KU 13
Jd. 2. Donnerstag, 16.15 – 18.30 Uhr	21.1.: „Öffentliche Forschung – der Allgemeinheit verpflichtet. Patente u. eine faire Lizenzpolitik f. Entwicklungsländer“	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik- Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 741 05 36 96	Campus Lehre, N 55, Seminarraum 210/ 211 (2. OG)
Freitag, 18. Februar, 13 – 14 Uhr	„Disagreement in rehabilitation team“	BG Unfallkrankenhaus, Zentr. f. Rehabilitati- onsmed., Anm.: Frau Strätz, Tel.: 73 06 - 28 11	Bergedorfer Str. 10, Hörsaal
Freitag, 4. März, 17 Uhr	Bergedorfer Coloproktologie-Symposium 2011 „Häufige und seltene Tumoren des Dünn- und Dickdarms – Neues in Diagnostik und Therapie“	Bethesda-Krankenhaus Bergedorf, Prof. Dr. Sailer, Tel.: 725 54 - 12 10	Glindersweg 80, Konferenzraum 1
Freitag – Samstag, 25. – 26. Februar	Crashkurs „Lungenfunktionsprüfung für Ärzte“	Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Tel.: 428 89 45 01	Seewartenstr. 10
Samstag, 19. Februar, 9 – 16.30 Uhr	VIII. Symposium des Gynaekologicums Hamburg „Ist jeder Knoten zu lösen?“	Gynaekologicum Hamburg, Infos u. Anm. Frau Pein, Tel.: 87 97 14 02 oder www.gynaekologicum-hamburg.de	Grand Elysée Hamburg
Samstag, 26. Februar, 9.15 – 16 Uhr	Verschiedene Perspektiven eines vernachlässigten The- mas: „Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen für die psychosoziale Entwicklung und in der Psychotherapie“	APH, Anm.: Frau Harff, Tel.: 20 22 99 - 302, Fax 20 22 99 - 430 oder aph@aekeh.de , Programm: www.aph-online.de	Ärztelhaus, Humboldtstr. 56
Samstag, 5. März, 11 – 17.15 Uhr	„Traumgeschehen und szenisches Verstehen“	APH, Anm.: Frau Harff, Tel.: 20 22 99 - 302, Fax 20 22 99 - 430 oder aph@aekeh.de , Programm: www.aph-online.de	Fortbildungsakademie der Ärztelkammer Hamburg, Lerchenfeld 14

Auswärts

Lübeck: 16. Februar	105. Sozialmedizinisches Kolloquium „Geriatrische Versorgung im Bund – Akutgeriatrie und ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung (AGRV) in Schleswig-Holstein“	Deutsche Rentenversicherung Nord, Anm.: Frau Matthes, Tel.: 0451/485 16 40 Fax: 0451/485 19 - 16 02	DRV Nord, Ziegelstr. 150 23556 Lübeck
Kiel: 23. Februar	„Anästhesiologische Besonderheiten beim Schlaf-Apnoe Syndrom“	UK Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik f. Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Tel.: 0431/597 29 91, anaesthesie@uk-sh.de	Schwanenweg 21, 24105 Kiel

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information
0800 32 22 32 2
(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:
Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
www.oberbergkliniken.de

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



Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Aus der Schlichtungsstelle

Low-grade-Infektion bei Kniegelenkserersatz

Häufige Komplikation Tiefe Infektionen

ohne eindeutige Entzündungszeichen sind schwierig zu erkennen.

Von Dr. Kord Westermann

Eine nicht seltene Komplikation des Kniegelenksersatzes ist die Infektion. Die frühzeitig auftretende Infektion ist durch eine Erhöhung der Entzündungsparameter und des lokalen Befundes eher leicht zu erkennen und die Prinzipien notwendiger Revisionen werden in der Regel umgehend durchgeführt. Schwieriger sind die tiefen Infektionen ohne eindeutige Entzündungszeichen zu erkennen, auch Low-grade-Infektionen genannt. Sie gehen in der Regel mit rezidivierenden Ergüssen einher, wobei nur in 60 Prozent der Fälle ein positives bakteriologisches Ergebnis zu erhalten ist. Instabilität und Frühlockerung des Gelenkes sind nicht selten Zeichen dieser postoperativen Komplikation. Auch frühzeitige Osteolysen im Bereich der Implantatkomponenten weisen auf eine subklinische Infektion hin.

Ein 60-jähriger Patient erhielt einen Kniegelenksoberflächenersatz in einem Kreiskrankenhaus. Der stationäre Aufenthalt dauerte 14 Tage, die Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Klinik weitere drei Wochen.

Rezidivierende Ergüsse

Schon in der Reha-Klinik wurden wegen rezidivierender Ergüsse Punktionen durchgeführt. Es erfolgte auch eine Punktion in der Notaufnahme eines berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses acht Wochen nach der Operation. Es wurden 100 ml blutig serösen Punktats entnommen. Die bakterielle Untersuchung ergab keinen Keimnachweis. Danach bestanden Belastungs- und Bewegungsschmerzen beziehungsweise eine deutliche Bewegungseinschränkung des Gelenks. Weitere Punktionen waren wegen rezidivierender Ergüsse erforderlich, davon zwei in einem berufsgenossenschaftlichen Krankenhaus. Es wurde eine Radiosynovi-

orthese wegen der Ergüsse durchgeführt. Ein Dreivierteljahr nach der Operation waren erstmals vergrünende Streptokokken im Punktat nachweisbar. Es erfolgte daraufhin die Revisionsoperation in einer Orthopädischen Universitätsklinik. Hier wurde eine Synovektomie mit Inlaywechsel durchgeführt. Die Komponenten schienen intraoperativ fest. Die Entzündungszeichen waren postoperativ rückläufig.

Im Laufe der Nachbehandlung stellten sich sechs Wochen später wieder vermehrte Ergüsse ein. Zu den Belastungsbeschwerden kam noch ein entsprechendes Instabilitätsgefühl. Es wurden dann eine Lockerung des Kniegelenkes sowie eine allergische Reaktion und eine leichte Fehlstellung der Oberschenkelkomponente diskutiert. Dies führte zum stationären Aufenthalt in einer anderen Orthopädischen Universitätsklinik. Hier wurde die Indikation aufgrund der Instabilität zu einer Revision mit Entfernung der Komponenten gestellt. Aufgrund der vorgelegenen Bandinstabilität wurde ein achsgeführtes Kunstgelenk einzementiert. Es erfolgte daraufhin wieder eine Anschlussheilbehandlung für sechs Wochen. Die Problematik der Ergüsse nahm nicht ab, ohne dass ein Keim nachgewiesen wurde. Da sich die Situation nicht wesentlich besserte, ist ein halbes Jahr später eine erneute Revision durchgeführt worden. Es erfolgte bei periprothetischer Infektion ein einseitiger Wechsel. Nach dieser Operation haben sich die Beschwerden des Patienten auch nicht wesentlich gebessert.

Der Verfahrensbevollmächtigte des Patienten wirft den Ärzten des primär behandelnden Kreiskrankenhauses vor, dass die Knieendoprothese nicht fachgerecht implantiert worden sei. Es wären Instabilität und Fehlstellung zurückgeblieben. Eine perioperative Antibiotikatherapie sei nicht durchgeführt worden.

Dies sei als Ursache der rezidivierenden Ergüsse und der Instabilität mit der Notwendigkeit weiterer Operationen anzusehen.

Gegenüber den Ärzten des berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses wird der Vorwurf erhoben, dass sie aufgrund mangelnder hygienischer Maßnahmen bei der Punktion des Kniegelenks eine Infektion mit entsprechenden Folgen provoziert hätten.

Den Ärzten der ersten Orthopädischen Universitätsklinik wird vorgeworfen, dass sie den Kniegelenksinfekt nicht adäquat antibiotisch behandelt hätten, bevor sie sich zur Revision entschlossen. Damit sei das Risiko einer Exazerbation des Infekts in Kauf genommen worden. Den Ärzten der letztbehandelnden Orthopädischen Universitätsklinik wird vorgeworfen, dass sie unsachgemäß die Revision durchgeführt hätten, indem sie eine zementfreie Knieprothese einsetzten.

Gutachter sieht keine Behandlungsfehler

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter sieht anlässlich der Operation im Kreiskrankenhaus keine Behandlungsfehler. Die leichte Fehlrotation der Femurkomponenten sei als eine mögliche Variable der Operation anzusehen. Er nimmt allerdings weder zur später aufgetretenen Instabilität noch zur unterlassenen Antibiotikaphylaxe Stellung. Die Behandlung im berufsgenossenschaftlichen Krankenhaus hält er von den hygienischen Maßnahmen für korrekt. Auch sei der Infekt nicht auf die Punktionen zurückzuführen, da bei weiteren Punktionen kein Keim nachgewiesen wurde. Dies allein spreche gegen die Annahme, dass durch mangelnde Hygiene ein Infekt induziert worden wäre.

Bei der Behandlung in der ersten Orthopädischen Universitätsklinik sieht er ein

korrektes Vorgehen, da die systemische Antibiose allein die Keime im Bereich des Gelenks nicht erreichen könne und somit per se keine ausreichende Behandlung darstelle. Bei nachgewiesener Keimbesiedlung sei auf jeden Fall auch eine Gelenkrevision notwendig. Auch hier nimmt der Gutachter keine Stellung zu den bildgebend signalisierten Lockerungszeichen sowie der vorliegenden Bandinstabilität des Gelenkes.

Die Behandlung in der zweiten Universitätsklinik wird vom Gutachter ebenfalls als adäquat angesehen. Es läge in den Händen des Operateurs, ob er ein zementfreies oder ein zur Zementierung vorgesehenes Implantat einbringt. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Fixation eines zementfreien Implantates mit Zement eine höhere Langzeitstabilität gewährleiste als ein so genanntes zementfreies Implantat.

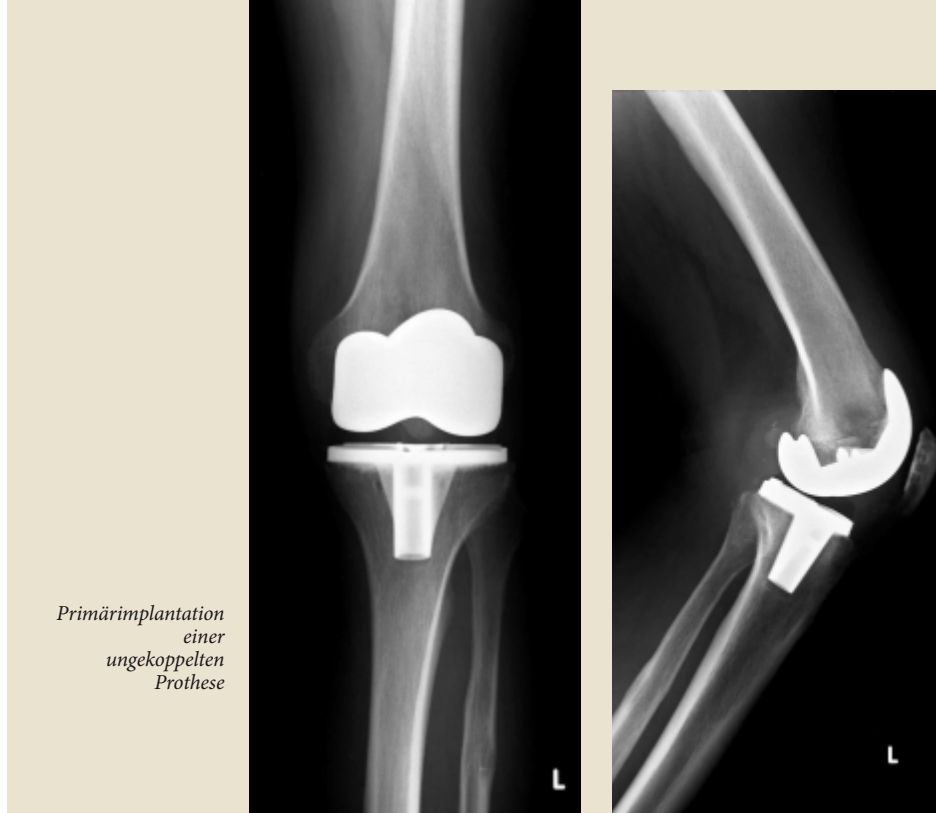
Antibiotikaprophylaxe war indiziert

In kritischer Auseinandersetzung mit dem Gutachten gelangte die Schlichtungsstelle unter Würdigung der medizinischen Dokumentation nach eigener Urteilsbildung zu folgender Bewertung des Sachverhalts:

Zur primären Behandlung im Kreiskrankenhaus ist zwar die Implantation der Komponenten des Kniegelenkes als adäquat anzusehen, doch muss als Mangel festgestellt werden, dass bei dem Patienten aufgrund eines vorliegenden chronischen Harnwegsinfektes eine Antibiotikaprophylaxe, nicht nur perioperativ, sicherlich indiziert war. Aber auch eine Antibiotikaprophylaxe kann letztendlich die Komplikation eines chronischen Infektes nicht verhindern. Die Ursachen solch einer chronischen Infektion, wie sie auch als Low-grade-Infektion bei dem Patienten vorgelegen hat, können primär durch die Erstbehandlung induziert worden sein. Weil aber viele Faktoren ebenfalls ursächlich eine Rolle spielen, ist nicht nachzuweisen, dass die unterlassene Antibiotikaprophylaxe für den Schaden verantwortlich gemacht werden kann.

In der Behandlung der Berufsgenossenschaftlichen Klinik konnte ein Infekt nicht ursächlich auf die Punktion des Gelenkes zurückgeführt werden. Die nachfolgenden Punktionen ergaben keinen Keimhinweis.

Bei der Behandlung in der ersten Orthopädischen Universitätsklinik musste insofern kritisch hinterfragt werden, ob der Revisionseingriff wirklich ausreichend war. Präoperativ lagen Röntgenbilder vor, die deutliche Lyse-Zeichen an den Tibiakomponenten zeigten und auf eine Lockerung hinwiesen, beziehungsweise eine Knochen- und Komponentenbeteiligung vermuten ließen. Es ist jedoch der Klinik nicht vorzuwerfen, dass sie sich auf den kleinstmöglichen Eingriff beschränkt hat, wenn auch hierdurch eine Sanierung des In-



Primärimplantation einer ungekoppelten Prothese

fektes nicht zu erwarten war. Es ist auch hier nicht zu beweisen, dass der Mangel den Schadensverlauf ursächlich beeinflusst hat.

Mängel im Vorgehen

Die Behandlung in der zweiten Orthopädischen Universitätsklinik ist im Hinblick auf die Indikationsstellung nicht zu bemängeln. Es unterscheiden sich die Ergebnisse nicht, ob man ein zementfreies oder ein so genanntes einzuzementierendes Implantat benutzt. Entscheidend ist hier die Kopplung der Komponenten und die adäquate Vorbereitung der Implantation. Beim Vorgehen in dieser Klinik müssen jedoch zwei Dinge bemängelt werden: Zum ersten ist während des Eingriffs versäumt worden, einen Abstrich und – was für die Differenzierung der vorliegenden Keime noch wesentlicher ist – Granulationsgewebe zur Untersuchung einzuschicken. Es ist bekannt, dass unter Antibiotikatherapie ein Keimwechsel eintreten kann.

Als zweites Defizit ist anzusehen, dass man zur Einzementierung der Komponenten einen Knochenzement benutzt hat, der ein lo-

cales Antibiotikum enthielt, das aber im Falle des Patienten als nicht sensibel charakterisiert worden ist. Bei derartigen Revisionsoperationen ist es Standard, nicht nur die Keime zu identifizieren, die zu dieser Infektion geführt haben. Vielmehr ist erforderlich, dass man den Infekt sowohl systemisch – wie in diesem Fall geschehen – als auch lokal durch genügend hohe Antibiotikaspiegel bekämpft. Hierzu muss der Zement ein Antibiotikum enthalten, das gegenüber den nachgewiesenen Keimen sensibel ist. Auch wenn hier ein Sorgfaltsmangel vorliegt, kann nicht der Beweis geführt werden, dass der Schaden und die weiteren Operationen ursächlich darauf zurückzuführen sind. Da keiner der genannten Fehler der vier in Anspruch genommenen Kliniken eine haftungsausfüllende Kausalität mit der erforderlichen Sicherheit begründet, konnte die Schlichtungsstelle keine Empfehlung zur außergerichtlichen Regulierung von Schadenersatzansprüchen geben.

Dr. Kord Westermann ist Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

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

Lösung Quiz von Seite 21

Rechtsseitiger Niereninfarkt

Im kleinen Bild 1 wird im Farbdoppler ein nicht durchblutetes Nierensegment vermutet. Bild 2 links zeigt: In der Kontrastmittelsonografie demaskiert die Kontrastmittelaussparung ganz deutlich das infarzierte, nicht mehr perfundierte Nierenparenchym (Pfeil). Ursächlich war eine bis in die Bifurkation reichende Dissektion der rechten Nierenarterie.

Bild und Hintergrund

1/3 blind

Astvenenthrombose

Der Hamburger Künstler Horst Janssen hat seine Sehstörung auf einer Radierung von 1987 dargestellt.

Von Dr. Hanno Scherf

Horst Janssen,
„1/3 blind“,
Radierung, 1987



„13.8.87: Ich bin 57 Jahre alt, wiege heute 82kg, der Blutdruck ist normal, ich rauche 60 Zigaretten, nehme täglich Schlaftabletten, trinke für meine Verhältnisse „garnix“, vor 3 Wochen platzte eine Vene, in meinem rechten Auge. Heute und vorgestern ist der Defekt gelasert worden (Dr. Dietrich Hallermann), 100 Schuss, Sumpf trockengelegt, ich bin auf dem rechten Auge zu 70 % blind. Ich warte...“

Horst Janssen (1929 – 1995), Hamburgs bekanntester Zeichenkünstler, beschreibt so auf einer Radierung in seiner eigenen Art, Sicht und Sprache prägnant, seinen damaligen „Status präsens“.

Vertikal auf der linken Seite des Blattes steht weiter: „darum nur diese 3 Radierungen für die Griffelkunst bzw. eigentlich für Liselotte Kruglevsky“.

Das Auge wie ein Luftballon

Drei Jahre später fügt Janssen an den Unter- rand eines Exemplars dieser Radierung folgende handschriftliche Widmung für seinen Augenarzt, Dr. Dietrich Hallermann, den er wieder als Patient mit noch größeren Problemen aufsuchen musste, an: „... es „zwingt“ uns zusammen, Dietrich (mit gemaltem Herz für herzlich) Dein HJ 12.7.90.“

Das von der Astvenenthrombose betroffene Auge des kranken Künstlers, der zentral vor einem Tisch, wohl seinem Zeichentisch, sitzt, ist auf der Radierung deutlich sichtbar geschwärzt, nur schemenhaft und so als verletzt erkennbar. In der Tischmitte liegt wie ein Luftballon mit Schnur das kranke rechte Auge, die zarte nach rechts auslaufende Schnur soll den Sehnerv darstellen. Ein hilfreicher En-

gel, dessen obere Hälfte mit Flügel über den Tischrand ragt, schießt mit einer altertümlichen Kanone auf Rädern durch den vorderen optischen Teil des Auges auf die am hinteren Augenpol gelegene Netzhautblutung.

Fünf fast parallel gezeichnete Linien stellen das eingeschossene Laserlicht dar. Links unten ist der ophthalmoskopische Befund aus der Sicht des Arztes dargestellt durch die weiße Scheibe, in deren unterem rechten Quadranten eine unregelmäßig begrenzte schwarze Fläche das Ausmaß der Netzhaut-einblutung darstellt. „Blut“ hat Janssen daneben geschrieben und einen diesen Befund bezeichnenden Pfeil dazu geritzt.

Über dem Künstlerkopf sind wie zwei Brillen- gläser zwei Blickfelder dargestellt. Dem ge- sunden Auge entsprechend sieht man rechts oben das intakte Bild eines sich verästelnden Baumstammes in der typischen Janssenschen Manier. Links zeigt den Bildausfall durch die Netzhaut-einblutung das große, weiße, schräg verlaufende, breite Segment, welches das zu sehende verästelte Baumstamm-bild so aus- löscht, dass von ihm nur noch am oberen und unteren Rand kleine Astteile zu erken- nen sind. Die Behandlung war erfolgreich, wie es die danach entstandene künstlerische Ausbeute bekanntermaßen belegt.

Die wahre Katastrophe

Drei Jahre später, am 19.5.1990, wird die erneute Behandlung notwendig durch eine Katastrophe des Künstlers im wahrsten Sinne des Wortes mit künstlerischer Katastrophe: Janssens maroder Balkon bricht ein. Der Künstler zieht sich beim Sturz diverse Brüche und vor

allem schwere doppel- seitige Hornhautver- ätzungen durch die auf dem Balkon gelagerte und mit ihm in die Tiefe stürzende verdünnte Salpetersäure zu. Am stärksten betroffen war dabei das nicht gelaserte, gesunde linke Auge. Diesmal war die Therapie weitaus schwieri- ger und langwierig. Ihren ärztlichen Verlauf durch Dr. Hallermann und ihre „künstleri- sche Ausbeute“ dokumentiert eindrucksvoll „der Foliant“, erschienen im Verlag St. Ger- trude 1992 mit dem Untertitel: „Eine exhibitio- nistische Dokumentation der Unfallgeschich- te. Von den ersten Versuchen in die Zeichnung zu finden bis zur Rückkehr ins Metier. „blinde“ Zeichnungen – Zeichnungen – Radierungen Texte und Collagen“.

Erblindung und wieder Sehen lernen sind dort durch Janssen eindrucksvoll und künst- lerisch einmalig dokumentiert. Kein Künstler hat sich bisher mit der Anatomie und Patho- physiologie des Sehens in seinem Schaffen so ehrlich auseinander gesetzt wie er. Diese Ehr- lichkeit muss nur in Janssens eingangs zitier- ter Angabe `trinke für meine Verhältnisse „gar- nix“` relativiert werden, bei „garnix“ stimmt nicht nur die Orthographie (bewusst) nicht ... 1995 stirbt Janssen an den Folgen eines Schlaganfalls.

Ich danke meinem alten Freund Dietrich Hal- lermann, den ich während des Studiums in der Warburgstrasse beim Dammtor kennen lern- te, wo kurz zuvor Horst Janssen dort noch bei seinem „Tantchen“ gewohnt hatte, für die Ein- sichtnahme in die ihm von Janssen gewidmete Radierung und für die „augenärztliche“ Durch- sicht meines Manuskripts.

Dr. Hanno Scherf ist Internist und Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes.

Paracetamol i.v.

Überdosierungen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) übernimmt die Warnungen eines Herstellers einer Paracetamol-haltigen Injektion (Perfalgan®) vor versehentlichen Überdosierungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Injektionslösung enthält 10 mg Paracetamol je ml Lösung. Die empfohlene Dosis bei Säuglingen bis 33 kg Körpergewicht (KG) beträgt 7,5 mg/kg KG bis zu 4 -mal pro Tag, also nur 0,75 ml der Lösung pro kg KG! Durch Verwechslung von mg und ml traten 23 Fälle von Überdosierung auf, ein Kind verstarb an den Folgen.

Ein in mehreren internationalen Querschnittsstudien vermuteter dosisabhängiger Kausalzusammenhang zwischen der Einnahme von Paracetamol und dem Auftreten atopischer Erkrankungen wie kindliches Asthma muss noch durch randomisierte klinische Studien gesichert werden. Ein Beispiel für mögliche neue Risiken bei jahrzehntelang bekannten Arzneistoffen. Nur eine indikationsgerechte und überlegte Anwendung kann Arzneimittelrisiken minimieren.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2010, Nr. 105; www.aerzteblatt.de/nachrichten/42367

Ältere Menschen

Ständiger Schwindel

Schwindelgefühle treten in der allgemeinärztlichen Praxis bei älteren Menschen häufig auf. In einer neuen Studie wurde nach Ursachen gesucht, wobei – wenig überraschend – bei 62 % der Patienten zwei oder mehr Gründe zu den Beschwerden beitrugen. An erster Stelle standen zu 57 % kardiovaskuläre Erkrankungen wie Präsynkopen, gefolgt von vestibulären (14%) und psychiatrischen Erkrankungen (10%).

Die Einnahme von Medikamenten trug nicht unwesentlich zu ständigen Schwindelgefühlen bei (23 % der Patienten). Auf vorderen Plätzen standen Herz-Kreislauf-wirksame Medikamente: Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer, AT-II-Antagonisten. Dann erst folgten Anxiolytika/Hypnotika, Nitrate, Hypglykämika und Antidepressiva. Die Autoren stellten fest, dass neben Psychotherapie, Physiotherapie oder augenärztlichen Untersuchungen eine Korrektur der verordneten Medikamentengabe nicht unwesentlich zur Verringerung der Symptomatik führen kann.

Quelle: Ann Fam Med. 2010; 8(3):196-205

Protonenpumpenhemmer

Less is more

In einem Editorial werden Arzneimittelgruppen aufgezählt, bei denen eine Indikationsausweitung eher Schaden als Nutzen anrichtet, z.B. hormonelle postmenopausale Therapie bei asymptomatischen Frauen oder Antidepressiva bei leichten Depressionen. Das Beispiel der Protonenpumpenhemmer (PPI) wird in mehreren Artikeln näher beleuchtet: ein erheblicher Fortschritt in der Therapie von Ulzera verkehrt sich aufgrund erheblicher unerwünschter Wirkungen (UAW) ins Gegenteil, wenn PPI z.B. bei Dyspepsie als Dau-

ermedikation eingesetzt werden. Als mit Dosis- und Anwendungsdauer verknüpfte Risiken wurden dabei diskutiert: Knochenbrüche (möglicherweise außer Hüfte) und Clostridium difficile-Infektionen. Zusätzlich zu bereits bekannten Risiken wie z.B. akute interstitielle Nephritis scheint ein Absetzen der PPI nach längerer Einnahmedauer zum Säurerebound und damit zum Circulus vitiosus zu führen. Fast zwei Milliarden Tagesdosen der pharmakologisch nur geringfügig unterschiedlichen PPI wurden 2009 zu Lasten der GKV verordnet (fast 18 % Anstieg gegenüber 2008) – less is more? Quellen: Arch.intern. Med. 2010; 170(9): 749-50, 765-71, 772-8; Brit. med. J. 2010; 341: 668-70; Dtsch.Med. Wschr. 2010; 135: 2172

Opiode

Atmungsstörungen im Schlaf

Bei chronischer Schmerztherapie mit Opioiden können bei etwa 30 % der Patienten zentrale und obstruktive Apnoen, aber auch eine Biot'sche Atmung auftreten. Kritische Indikationsstellung, engmaschige Kontrolle und bei Bedarf nichtinvasive Beatmungstherapie können diese UAW verringern, die auch mitursächlich für Tagesbefindlichkeitsstörungen sein können. Quelle: Dtsch. med. Wschr. 2010; 135: 1125-8

Diätpillen

Unbedenklich?

Angefangen bei rezepturmäßig hergestellten Diätpillen (u.a. wegen unklarer Extrakte als bedenklich eingestuft) über **Fenfluramin/Dexfenfluramin** (1997 wegen möglicher Herzklappenfehler außer Handel) und **Rimonabant** (Acomplia®, 2007 wegen Suizidrisiko aus dem Handel) sowie **Sibutramin** (Reductil®, 2010 wegen kardiovaskulärer Komplikationen aus dem Handel) bis hin zu den neuesten Alarmmeldungen über mögliche Todesfälle unter der Einnahme von **Benfluorex** (Mediator®, in D nicht im Handel): die Hersteller von Diätpillen haben es schwer. Besonders in den USA: dieses Jahr hat die FDA im Juli eine Kombination von **Phentermin/Topiramate** (Qnexa®) wegen Herzfrequenzerhöhungen unter dem Appetitzügler Phentermin und u.a. wegen Suizid-/Teratogenitätsrisiken unter dem Antiepileptikum Topiramate abgelehnt, im September folgte die Ablehnung von **Lorcaserin** wegen eines möglichen Krebsrisikos. Noch in der Bewertung ist die Kombination des Antidepressivums Bupropion und des Opioidantagonisten Naltrexon, UAW wie Krampfanfälle und Suizidgedanken sowie Schlafstörungen und Angstzuständen gestalten das Ergebnis offen. Was (noch) bleibt ist Orlistat (Alli®) mit UAW wie Steatorrhoe, Oxalaturie bis hin zur Oxalatnephropathie, Pankreatitis, oder mit Interaktionen mit Levothyroxin (Hypothyreoidismus) oder Antiepileptika (Wirkungsverminderung). Auch chirurgische Eingriffe sind nicht ohne Nebeneffekte und werden nur bei Adipositas permagna empfohlen. Es steht zu befürchten, dass in Zukunft neue Arzneistoffe und Wirkprinzipien (wie GLP-1-Analoga) auf den lukrativen Markt drängen, denn für eine Umstellung der Lebensweise (Ernährung, Bewegung) bedarf es eigenverantwortlichen Handelns.

Der besondere Fall

Wie verursacht Rotwein einen Schlaganfall?

Das Glas zu viel

Patienten mit obstruktiver Schlaf-Apnoe erhöhen ihr Risiko eines nächtlichen Schlaganfalls durch abendlichen Alkoholkonsum.

Von Prof. Dr. Christian Arning, Dr. Jürgen Hoppe, Dietmar Rose



Rotwein, in Maßen genossen, soll die Gesundheit von Herz und Gefäßen fördern. Nach einer Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie haben sich französische Weine in Experimenten als besonders stark vorbeugend erwiesen. Sie enthalten einen deutlich höheren Anteil an Flavonoiden, Polyphenolen und Phytoalexinen als deutsche Rebsorten und haben damit ein hohes Potenzial zum Schutz der Gefäße. Auch andere Weine, die viele Flavonoide und andere herzgesunde Inhaltsstoffe enthalten, z. B. kalifornische, italienische und südafrikanische Sorten, könnten zu ähnlichen Ergebnissen führen, heißt es in der Pressemitteilung. Bekanntermaßen kann das Prophylaktikum Rotwein bei falscher Dosierung aber auch das Gegenteil bewirken, wobei die Pathomechanismen dafür noch nicht sicher geklärt sind.

Hirnstamm-Ischämie

Ein 56-jähriger Mann erleidet frühmorgens eine Hirnstamm-Ischämie und wird mit Diplopie, Dysphagie und Dysarthrie sowie Hemiparese und Hemihypästhesie links (mit 11 Punkten auf der NIH Stroke-Skala) stationär aufgenommen. Das initiale CT einschl. CT-Angio ist unauffällig. Eine Lysetherapie ist bei Aufwach-Schlaganfall mit unklarer Dauer der Ischämie kontraindiziert. Glücklicherweise bilden sich alle Symptome während der Stroke unit-Überwachung innerhalb weniger Stunden vollständig zurück. Das kraniale MRT einschl. Diffusionssequenzen ist unauffällig, die vaskuläre und

kardiale Emboliediagnostik zeigt ebenfalls keinen pathologischen Befund. Der Patient ist Nichtraucher, trinkt regelmäßig vor dem Einschlafen 0,5 Liter Rotwein. Abgesehen von einer leichten Hypercholesterinämie sind keine weiteren vaskulären Risikofaktoren zu eruieren, auch kein Übergewicht, der Patient treibt regelmäßig Ausdauersport als Langstreckenläufer.

Wegen des nächtlichen Auftretens der Ischämie erfolgt eine Schlaf-Polygraphie, die ein mittelschweres obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom mit Abfall der Sauerstoffsättigung bis auf 80% nachweist (Apnoe-Hypopnoe-Index: 17 Ereignisse pro Stunde Schlafzeit). Der Patient wird auf nCPAP-Therapie (nasale kontinuierliche positive Atemwegsdruck-Behandlung) eingestellt und reduziert den Rotwein-Konsum. Darunter geht es ihm gut, es treten zunächst keine weiteren Ischämien auf.

Vier Monate später wird am Geburtstag des besten Freundes wieder reichlich Rotwein genossen, der Patient schläft abends ein, ohne das nCPAP-Gerät anzulegen. Frühmorgens erwacht er mit einer gleichartigen Symptomatik wie Monate zuvor: mit Diplopie, Dysarthrie, Hemiparese links und Hemihypästhesie links. In der Klinik ist das initiale CT wieder unauffällig, die Symptome bilden sich auf der Stroke unit innerhalb von drei Stunden zurück, die weiteren apparativen Untersuchungen einschl. Doppler- und Duplexsonographie, MRT und kardialer Emboliediagnostik sind auch diesmal unauffällig. Nach Ausschluss anderer Ursachen hat

offenbar die Therapieunterbrechung für die obstruktive Schlaf-Apnoe im Zusammenwirken mit Alkohol die erneute zerebrale Ischämie ausgelöst.

Zerebrale Auswirkungen der Schlaf-Apnoe

Bei der obstruktiven Schlaf-Apnoe führt die muskuläre Erschlaffung von Gaumen, Rachen und Zunge zur Obstruktion der Atemwege im Schlaf. In der Folge fällt die Sauerstoffsättigung ab; durch zerebrale Hypoxie kommt es schließlich zu einer zentralen Weckreaktion mit Ausschüttung von Stresshormon, die Obstruktion wird aufgehoben, die Atmung ist wieder frei. Abb. 1 zeigt die typische Periodik bei obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom mit Sistieren des Atemflusses in der Obstruktion und konsekutiver Abnahme der Sauerstoffsättigung, nach Weckreaktion dann kurzzeitig Nachweis von Atemfluss und Anstieg der Sauerstoffsättigung, anschließend erneute Obstruktion.

Die zentrale Weckreaktion wird durch sedierende Mittel wie z. B. Alkohol verzögert: unter Alkoholeinfluss dauert die Apnoe-phase länger an, die Sauerstoffsättigung fällt weiter ab als ohne Alkohol und die zerebrale Hypoxie muss stärker ausgeprägt sein, damit die zentrale Weckreaktion einsetzt. Die aus der Obstruktion resultierende Hypoxie kann eine solche Ausprägung erreichen, dass sich zerebrale Symptome manifestieren. Glücklicherweise führte die Schädigung bei

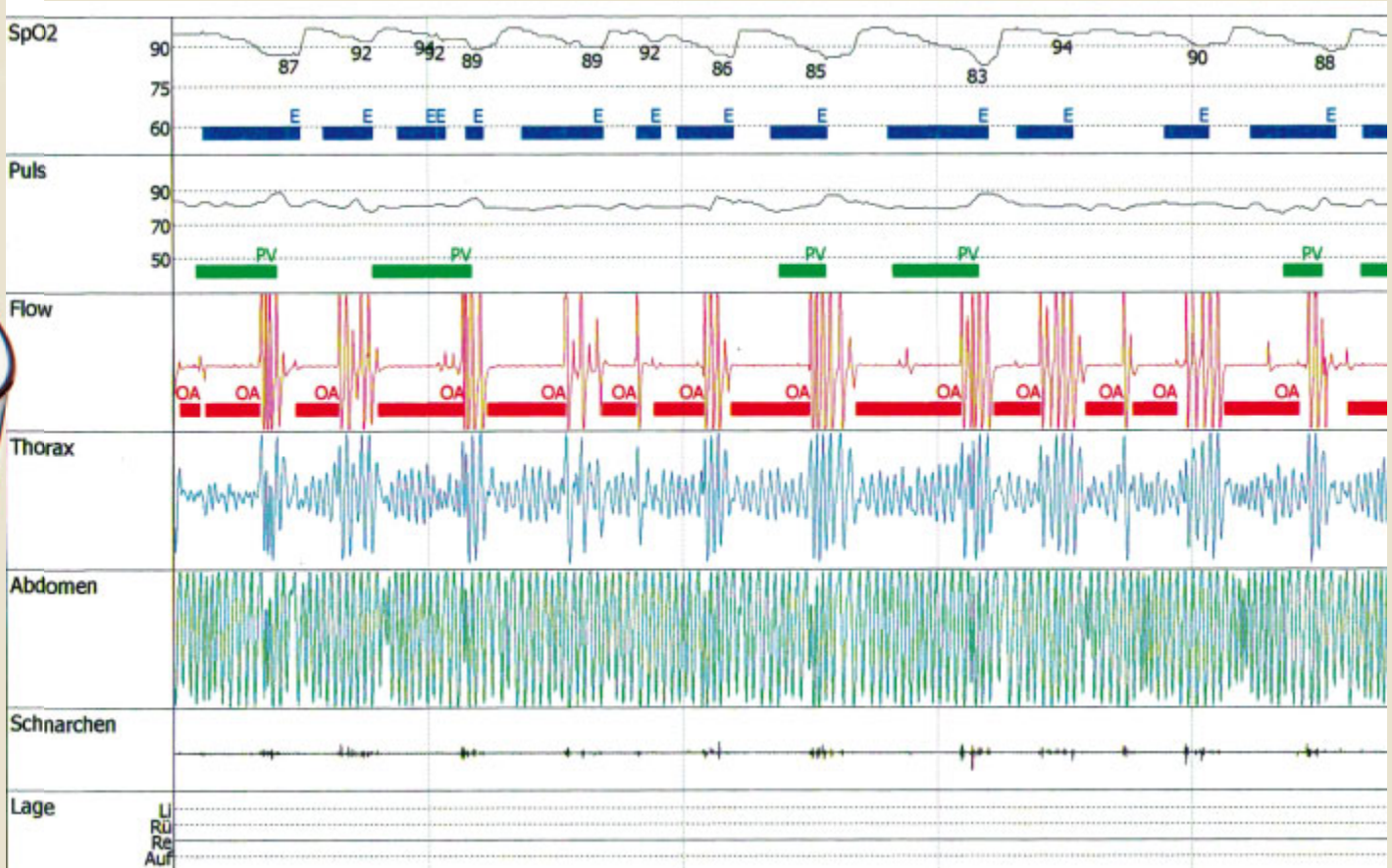


Abb. 1: Kardiopulmonale Polygraphie bei obstruktiver Schlaf-Apnoe. Aufgezeichnet sind untereinander: Sauerstoffsättigung, Puls, nasaler Atemfluss, thorakale und abdominelle Atembewegungen, Schnarchgeräusche und Körperlage. Die Abbildung zeigt periodische Unterbrechungen des Atemflusses und korrespondierend jeweils ein Absinken der Sauerstoffsättigung, wobei nach deren Abfall unter einen kritischen Wert wieder ein Atemfluss nachweisbar wird, offenbar ist die Obstruktion dann aufgehoben. Die Weckreaktion mit Ausschüttung von Stresshormon zeigt sich auch an einer Zunahme der Pulsfrequenz.

unserem Patienten nur zu einer Läsion auf funktionellem Niveau („Penumbra“), die sich nach Reoxygenierung vollständig zurückbildete und im MRT kein strukturelles Defizit hinterließ.

Die zweimal völlig gleichartige klinische Symptomatik spricht sehr gegen ein „Holiday heart syndrome“, ein durch Alkohol ausgelöstes Vorhofflimmern, das ja zu einer Hirnarterienembolie führen kann: bei zwei kardiologischen Ereignissen ist wenig wahrscheinlich, dass der Embolus immer die gleiche Endarterie trifft. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ein Hirngebiet („letzte Wiese“) besonders vulnerabel auf Sauerstoffmangel reagiert, was dann zu fokalen Defizitsymptomen führt. Bei länger anhaltender Hypoxämie, etwa bei weiterer Verzögerung der Weckreaktion durch eine höhere Alkohol-Dosis könnte die Schädigung auch das funktionelle Niveau überschreiten und zu einem irreversiblen strukturellen Defizit (Hirnfarkt) führen.

Besonders gravierend sind die Auswirkungen der Hypoxämie im Zusammenwirken mit einer zusätzlich vorhandenen zerebralen Makro- oder Mikroangiopathie: Bei Schlaganfall unterschiedlicher Ätiologie bewirkt das gleichzeitig vorhandene obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom ein schlechteres funktionelles Outcome.

Schlaf-Apnoe-Screening

Das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom kommt zwar häufiger bei Patienten mit

adipösem Habitus vor, ist aber keineswegs auf diese Personengruppe beschränkt. Der beschriebene Patient ist schlank und sehr sportlich: auch wenn die üblichen klinischen Hinweise auf ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndroms wie Übergewicht, Schnarchen mit Atemaussetzern und Tagesmüdigkeit fehlen, sollte bei Aufwach-TIA und -Schlaganfall immer nach einer obstruktiven Schlaf-Apnoe gefahndet werden. Dies gilt auch, wenn die Schlaganfall-Ursache schon als zerebrale Makro- oder Mikroangiopathie geklärt zu sein scheint. Wir führen bei Patienten mit frühmorgendlicher TIA oder Minor stroke regelmäßig ein Schlaf-Apnoe-Screening mit einem mobilen Gerät durch: bei Nachweis der obstruktiven Schlaf-Apnoe stehen ja mit dem nCPAP-Gerät (und anderen Therapiemöglichkeiten wie Schnarchweste, Protrusionschiene, in besonderen Fällen auch HNO-ärztliche Operation) effiziente Maßnahmen zur Schlaganfall-Sekundärprävention zur Verfügung.

Bei Nachweis eines nur leichten Schlaf-Apnoe-Syndroms (Apnoe-Hypopnoe-Index: weniger als 15 Ereignisse pro Stunde Schlafzeit) ist der Verzicht auf abendlichen Alkoholgenuß wahrscheinlich zur Schlaganfall-Sekundärprävention ausreichend. Das Schlaf-Apnoe-Screening sollte dann ambulant kontrolliert werden.

Unklar bleibt, ob das Zusammenwirken von Alkohol und Schlaf-Apnoe nicht nur über direkte Wirkung auf die Sauerstoffsättigung, sondern auch im Pathomechanismus des „Holiday heart syndrome“ (Auftreten von

Vorhofflimmern im Alkoholexzess) Bedeutung für die Auslösung von Schlaganfällen hat. Gesichert ist jedenfalls, dass die obstruktive Schlaf-Apnoe bei der Entstehung von Vorhofflimmern eine wichtige Rolle spielt.

Es trifft auch schlanke und sportliche Menschen

Als Fazit für die Praxis ergibt sich Folgendes:

1. Patienten mit obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom erhöhen ihr Risiko eines nächtlichen Schlaganfalls durch abendlichen Alkoholkonsum, auch wenn der Alkohol in Form von Rotwein mit zahlreichen gefäß- und herzschützenden Inhaltsstoffen genossen wird.
2. Bei Aufwach-TIA und -Schlaganfall ist immer an mögliches Vorliegen einer obstruktiven Schlaf-Apnoe zu denken, selbst wenn die Ischämie-Ursache bereits durch eine zerebrale Makro- oder Mikroangiopathie geklärt zu sein scheint.
3. Eine obstruktive Schlaf-Apnoe kommt zwar gehäuft bei übergewichtigen, aber auch bei schlanken und sportlichen Menschen vor.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Christian Arning
 Chefarzt der Abteilung Neurologie
 Asklepios Klinik Wandsbek
 Telefon: 1818 83-1413
 E-Mail: c.arning@asklepios.com

Familie und Beruf

Arztsein heute:
Welche Beschäftigungsmodelle bieten
Berufs- und Vertragsarztrecht?

Von Dr. Birgit Wulff¹, Dorthie Kieckbusch²

Die Balance finden

Die Lenkungsgruppe *Gender Mainstreaming* der Ärztekammer Hamburg hat sich während der vergangenen Legislaturperiode mit zwei Themenkomplexen beschäftigt, nämlich mit der Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Aspekte von Diagnostik und Therapie in der Patientenbehandlung und mit den spezifischen Problemen des Arztberufs für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und weiteren Gender-Themen.

Geschlechtsspezifische Aspekte in der Medizin jenseits von Gynäkologie und Andrologie/Urologie werden zunehmend sichtbar. Nicht nur die soziale Geschlechterrolle prägt Erkrankungen von Männern und Frauen in typischer Weise, auch das Wissen über biologische Unterschiede wächst rasant, beispielsweise kann die geschlechtsspezifische Regulation der Genexpression zu unterschiedlichem Medikamentenmetabolismus führen. Hier entwickelt sich ein eigener Forschungszweig. Die traditionelle Gleichbehandlung von Patientinnen und Patienten in Diagnostik und Therapie wird inzwischen zu Recht in Frage gestellt, und es bleibt eine Herausforderung, dies in der praktischen Arbeit mit den Patienten umzusetzen.

Aber auch in der Profession selbst gibt es gute Gründe, sich mit unterschiedlichen Ansprüchen und Wünschen von Männern und Frauen in Bezug auf ihren Beruf zu beschäftigen. Ärztinnen arbeiten anders als Ärzte.

Ärztinnen arbeiten anders als Ärzte

In der repräsentativen Umfrage zur Berufszufriedenheit und zur ärztlichen Fortbildung, die Fischer-Appelt und Ärztekammer 2009 unter Hamburger Ärztinnen und Ärzten durchgeführt haben (vgl. *Arzt in Hamburg. Traumberuf oder Knochenjob*, Sabine Seifert u. Dr. Carsten Leffmann, *Hamburger Ärzteblatt* September 2009, S.34 ff.), zeigten sich deutliche Unterschiede in der Bewertung verschiedener Variablen wie Arbeitsorganisation, Verdienstmöglichkeiten und „Einzelkämpfertum“ in der Praxis. Darüber hinaus ist aus Daten der Bundesärztekammer bekannt, dass es Ärztinnen seltener gelingt, Weiterbildungsabschlüsse, also Facharztanerkennungen, zu erreichen.

Da bereits mehr als zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich sind, wird sich in den kommenden Jahren das Berufsbild des Arztes/ der Ärztin erheblich wandeln.

Die Zukunft wird zeigen, was das für die ambulante wie die stationäre Versorgung bedeutet. Bekannt ist schon jetzt, dass viele Frauen das wirtschaftliche Risiko scheuen, das mit ei-

Gleichbehandlung – bitte nicht!

**Sonderveranstaltung am 23. Februar 2011,
„Gleichbehandlung – bitte nicht! Geschlechtsspezifische
Aspekte in Diagnostik und Therapie“,
19.30 bis 21.15 Uhr, Forum, Ärztehaus Hamburg,
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg.**

In vielen Bereichen der Medizin ist eine „Gleichbehandlung“ von Männern und Frauen nicht angebracht. Vielmehr sollten geschlechtsspezifische Aspekte bei der Behandlung berücksichtigt werden. Besonderes Interesse der Forschung gilt den Themen Pharmakologie, Labormedizin und Kardiologie. Für den in der Patientenversorgung tätigen Arzt stellt sich allerdings die Frage nach der praktischen Relevanz und konkreten Umsetzung. Deshalb werden die Referenten besonders auf die gesicherten Konsequenzen für die Arbeit im ärztlichen Alltag eingehen. Die Lenkungsgruppe *Gender Mainstreaming* der Ärztekammer Hamburg lädt Hamburger Ärztinnen und Ärzte herzlich zu dieser Sonderveranstaltung im Ärztehaus ein.

Programm:

Geschlechtsspezifische Besonderheiten der Pharmakotherapie insbesondere bei Herz- Kreislauferkrankungen
*PD. Dr. Ulrike Werner, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf, Pharmakologie*

Geschlechtsspezifische Aspekte der Labordiagnostik und Befundbewertung mit Beispielen

Dr. Claus Fenner, MVZ für Labormedizin und Humangenetik, Labor Dr. Fenner und Kollegen

Gender-Medizin am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen
Dr. med. habil. Carsten Schwencke, Medizinisches Versorgungszentrum Prof. Mathey, Prof. Schofer GmbH

Um Anmeldung per E-Mail an presse@aekeh.de wird gebeten.

⁽¹⁾ Vorsitzende der Lenkungsgruppe *Gender Mainstreaming* der Ärztekammer Hamburg und Vorstandsmitglied, ⁽²⁾ Pressesprecherin der Ärztekammer Hamburg

ner Praxisgründung verbunden ist. Zu sehr fallen Berufseinstieg und Familiengründungsphasen im Arztberuf zusammen – mit allen Möglichkeiten und Beschränkungen, die das für die Berufstätigkeit mit sich bringt.

Doch der Umbruch wird nicht nur durch die steigenden Ärztinnenanzahl notwendig. Auch das Berufsbild der männlichen Kollegen scheint sich zu wandeln. Offenbar ist Work-Life-Balance mittlerweile auch für Ärzte ein wichtiges Anliegen: In der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen, also in der Phase des Berufs- und Familienaufbaus, geben in der Ärztekammer/FischerAppelt-Umfrage einmütig jeweils genau 46 Prozent der Ärztinnen und der Ärzte an, dass sie unter Problemen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr leiden (Sonderauswertung nach Gender-Aspekten von Dr. Carsten Leffmann für die Lenkungsgruppe).

Offensichtlich wünschen sich bei den jungen Ärzten Frauen wie Männer gleichermaßen eine zufriedenstellende Berufstätigkeit und ein Familienleben bzw. andere soziale Aktivitäten. Ein Phänomen, das im Übrigen in der gesamten Gesellschaft und für alle Berufsgruppen gilt. Warum sollte es also ausgerechnet in der Ärzteschaft anders sein?

Klar ist auch, dass sich die Strukturen ändern müssen, um gut ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner im Beruf zu halten, denn ungefähr jeder fünfte Absolvent des Medizinstudiums entscheidet sich derzeit gegen den Arztberuf und wandert in andere Tätigkeitsfelder ab (DÄ 2009.106, 36, B1466). Ein wesentlicher Grund dafür liegt in den aktuellen Arbeitsbedingungen, die bereits im PJ zu Rückzug und Desillusionierung führen können.

Aber welche Alternativen gibt es, wenn man die zum Teil noch immer extensiven Arbeitszeiten in Klinik und auch Praxis nicht auf Dauer erbringen möchte? Die Gender Mainstreaming Lenkungsgruppe möchte hier Hilfestellung geben und hat rechtliche Rahmenbedingungen des Berufs- und Vertragsarztrechtes zu Arbeitsmöglichkeiten in Arztpraxen zusammengestellt, also für den Bereich der ambulanten Versorgung. Mit diesem Überblick möchte sie Kolleginnen und Kollegen dazu anregen, auch weniger bekannte Gestaltungsmöglichkeiten der Berufstätigkeit in Betracht zu ziehen.

Allerdings gilt es zu beachten, dass einige Möglichkeiten aufgrund der Zulassungsbeschränkungen in Hamburg begrenzt sind.

Zulassungsbeschränkungen trotz Liberalisierung

Durch die Novellierung der Musterberufsordnung von 2004 und die Änderung des Vertragsarztrechtes (VÄndG) 2007 sind Anstellungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten liberalisiert worden; damit ist es zu einer weiteren Flexibilisierung vertragsärztlicher Kooperationen gekommen. Laut Berufsordnung (§ 19) ist die Beschäftigung angestellter Praxisärzte unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt (s. Kasten).

Die Änderungen im Vertragsarztrecht (2007) haben Beschränkungen bei der Anstellung von Ärzten weitgehend aufgehoben, dennoch gilt es, Einiges zu beachten. Die Anstellung in der vertragsärztlichen Praxis muss durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden. Heute können Ärzte desselben Fachgebietes, aber auch – und das war zuvor gar nicht möglich – Ärzte, die ein anderes Fachgebiet haben als der Praxisinhaber – angestellt werden, sofern ein gemeinsamer Behandlungsauftrag vorliegt. Aber Achtung: für Planungsbezirke mit Zulassungsbeschränkungen – so wie in Hamburg – gilt das nicht. In diesen wird weiterhin Fachgebietsidentität des angestellten und anstellenden Arz-

§ 19: Beschäftigung angestellter Praxisärzte

(1) Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.

(2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, kann ein Facharzt auch als Angestellter eines Praxisinhabers mit anderem Fachgebiet seine Leistungen erbringen.

(3) Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

(4) Über die in der Praxis angestellten Ärzte müssen die Patienten in geeigneter Weise informiert werden.

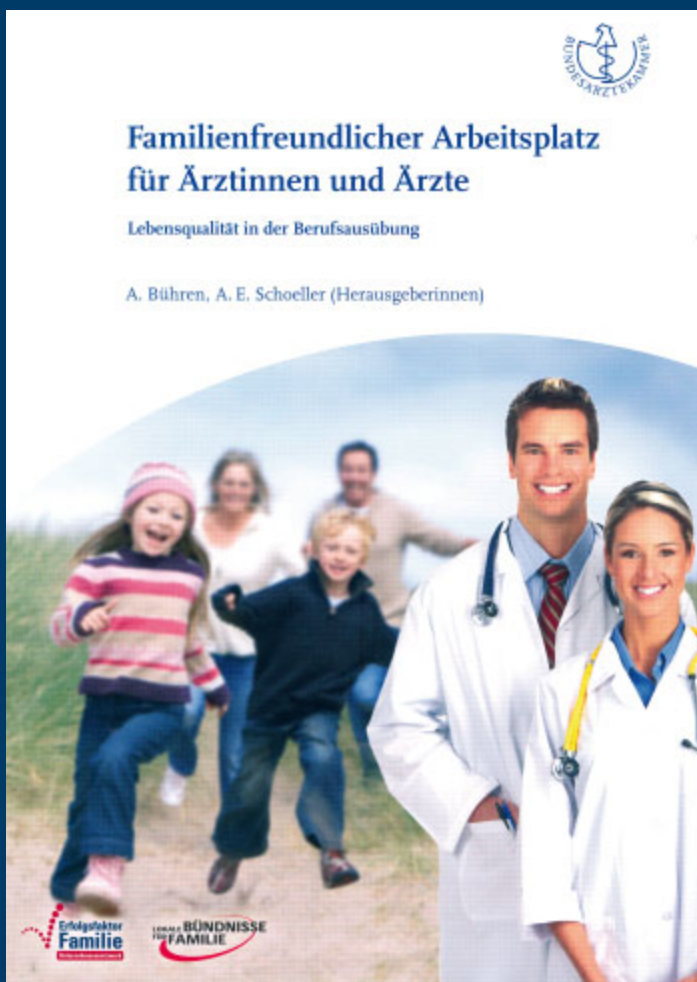
(Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000 i.d.F. vom 20.02.2006 [In Kraft getreten am 11.06.2006])

tes gefordert sowie eine Leistungsbeschränkung auf den bisherigen Praxisumfang ohne Leistungsmengenerweiterung im Vergleich mit den letzten vier Quartalen. Unzulässig ist die Anstellung eines fachfremden Arztes ferner, wenn er nur auf Überweisung hin tätig werden kann (Laborarzt, Nukleararzt, Radiologe, Strahlentherapie usw.).

Weitere Voraussetzung für die Anstellung: Die persönliche Leitung der Praxis durch den Vertragsarzt muss gewährleistet sein. Hierfür gibt es folgende Rahmenbedingungen: Bei maximal drei Vollzeitstellen oder teilzeitbeschäftigten Ärzten dem zeitlichen Umfang von drei Vollzeitstellen entsprechend, gilt die persönliche Leitung als durchführbar. Sonderregelungen gelten für Vertragsärzte mit überwiegend medizinisch-technischen Leistungen. Hier sind es vier Vollzeitstellen. In Hamburg kommt es angesichts der Zulassungsbeschränkungen häufig bei frei werdenden Stellen zu Aufteilungen des Stundenkontingents.

Teilzulassung und Jobsharing

Im Vergleich dazu werden andere Möglichkeiten wie Job-Sharing oder Teilzulassungen deutlich weniger genutzt. Die Teilzulassung wird von Ärzten genutzt, die Teilzeit und dennoch freiberuflich selbständig arbeiten möchten. Mit dem VÄndG ist es Vertragsärzten möglich, nicht nur mit vollem, sondern auch mit hälftigem Versorgungsauftrag an der vertragsärztlichen Versorgung teilzuhaben. Ein Vertragsarzt kann jetzt z. B. auch als angestellter Arzt im Krankenhaus tätig werden. Diese zusätzliche Tätigkeit führt nicht zur Ungeeignetheit bei Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit im Sinne der Zulassungsverordnung. Teilzulassungen sind nur hälftig möglich – hier wird ein Regelleistungsvolumen für die Zukunft festgelegt. Notwendig dazu ist eine hälftige Zulassung durch den Zulassungsausschuss. Weitere Voraussetzungen sind Approbation bzw. Beruflerlaubnis und Fach-



eine ländliche Gegen geht heute doch eine Familie nur, wenn es attraktive Möglichkeiten für Mann wie Frau gibt und gute Kindergärten und Schulen für die Kinder – das Gesamtkonzept muss stimmen.“

Das vorliegende Buch gebe die Richtung vor, in die wir gehen müssten, um junge Medizinabsolventen wieder für die Patientenversorgung zu begeistern. „Denn wir wollen verhindern, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen in die Situation geraten, zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen – nicht zuletzt deshalb, weil eine Gesellschaft des langen Lebens beides braucht, Kinder und hoch motivierte Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis.“

Wer Interesse hat, kann die Broschüre in der Pressestelle der Ärztekammer Hamburg bestellen (presse@aekeh.de oder telefonisch: 20 22 99 200).

Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Broschüre der Bundesärztekammer erschienen
Wie müsste er aussehen der familienfreundliche Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte? Und wo gibt es ihn vielleicht schon? Wer kann was dafür tun, damit es mehr werden? Und wie lässt sich so mehr Lebensqualität in der Medizin erreichen? Diesen Fragen hat sich die Bundesärztekammer gewidmet und dazu eine Broschüre herausgebracht. Darin gibt es neben einem grundsätzlichen Problemaufriss die Ergebnisse verschiedener Umfragen zu Thema Kinderbetreuung und die Vorstellung etlicher Modelle aus Klinik und Praxis, die familienfreundliche Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsmodelle verwirklichen. Es geht dabei auch um lokale Bündnisse, um die Zertifizierung von familienfreundlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Und es gibt Checklisten für „das familienfreundliche Krankenhaus“, „die familienfreundliche Niederlassung“ sowie für „Medizin studieren mit Kind“.

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer sagte bei der Vorstellung der Broschüre: „Früher lebten die Ärzte um zu arbeiten, dann arbeiteten sie um zu leben. Und heute wollen die Ärzte beim arbeiten auch leben. Das müssen die Klinikbetreiber endlich verinnerlichen. Nur so können wir in Zeiten des Ärztemangels wieder mehr junge Medizinabsolventen für die Patientenversorgung begeistern“. Die Kliniken stünden untereinander im intensiven Wettbewerb um gut qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. „Trotzdem haben viele Träger noch nicht erkannt, dass nur diejenigen einen Standortvorteil aufweisen können, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aktiv fördern“, so Montgomery. Aber auch für viele Regionen, die unter Ärztemangel leiden, liege hier ein Schlüssel: „In

arztzeugnis. Einige Ärztinnen und Ärzte nutzen diese Option insbesondere dann, wenn sie auch am Krankenhaus tätig sein möchten. Jobsharing ist neben der Teilzulassung weiterhin möglich bei gleicher Leistungsmengenbegrenzung und Fachgebietgleichheit – wird aber sehr selten genutzt.

Medizinische Versorgungszentren

Eine weitere Möglichkeit, für die sich zunehmend Ärztinnen und Ärzte entscheiden, ist die Anstellung an einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Für eine Anstellung im MVZ gelten dieselben Regelungen wie bei der Anstellung in Arztpraxen. MVZ, also fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtungen auch in Kooperation mit nicht ärztlichen Leistungserbringern, ermöglichen voll- oder teilzeitangestellten Ärztinnen und Ärzten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ohne wirtschaftliche Risiken, also z. B. ohne Aufnahme eines Kredits zur Praxisfinanzierung. Am 1.1.2011 gab es in Hamburg 57 MVZ.

Angestellte Ärzte werden wie Vertragsärzte auch ins Arztregister der KV Hamburg eingetragen (und sind selbstverständlich auch Mitglieder der Ärztekammer).

Zusammenfassend kann man sagen, dass im Bereich der Vertragsarztstätigkeit seit einigen Jahren vielfältige Möglichkeiten der Berufsgestaltung entstanden sind, die hoffentlich zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit führen. Auch Kliniken bieten Ärztinnen und Ärzten interessante, kreative Beschäftigungsmodelle an.

Bei allem noch immer bestehenden Verbesserungsbedarf gibt es heute viel mehr Möglichkeiten als Ärztinnen und Ärzte häufig wissen. Diese sollte man gut prüfen, bevor man sich frustriert mit dem Gedanken befasst, aus- oder in andere Tätigkeitsfelder abzuwandern.

Dr. Birgit Wulff

E-Mail: birgit.wulff@uke-hh.de.

Die Lenkungsgruppe Gender mainstreaming dankt Evelyne Bock, Leiterin des Arztregisters der KV Hamburg, und Gabriela Luth, Justitiarin der Ärztekammer Hamburg, für die Mithilfe.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion

Nicola Timpe, Dorte Kieckbusch

Verlag

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

Anzeigen

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

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

Anzeigenschluss für

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

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Peter Haase (†), Michael von Hartz

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 15 850

Titel: Michael von Hartz

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

DER BLAUE HEINRICH

von Dr. Hanno Scherf, aus: „Small world“, von Martin Suter

Alzheimer



Martin Suter

Obwohl es noch nie einen Menschen gegeben hatte, zu dem Konrad so uneingeschränktes Vertrauen besaß wie zu Rosemarie Haug, brachte er es nicht fertig, sie einzuweihen. Erstens wollte er sie nicht beunruhigen mit etwas, von dem er annahm, dass es wieder vorbei gehen würde. Und zweitens glichen die Symptome Anzeichen von Senilität. Ein Fünfundsechzigjähriger gesteht der dreizehn Jahre jüngeren Frau, die er bald heiraten will, nicht gerne ein, dass er unter beginnender Senilität leidet.

Konrad Lang entwickelte Techniken, sein Problem zu kaschieren. Er skizzierte einen Lageplan des Hauses und der Geschäfte, in denen er normalerweise einkaufte. Er stellte eine Liste

zusammen mit Namen, die er oft brauchte und die ihm eigentlich geläufig sein sollten. Er bewahrte in seinem Portemonnaie, seiner Brieftasche und seinem Schlüsseletui ihre gemeinsame Adresse auf. Und für den Fall, dass er sich im weiteren Umkreis verirrt, trug er einen Stadtplan bei sich, mit dessen Hilfe er sich als verirrter Tourist ausgeben konnte.

Aber Ende November passierte etwas, mit dem Konrad nicht gerechnet hatte: Er fand nicht mehr aus dem Supermarkt heraus. Er irrte durch die Regalreihen wie durch ein Labyrinth und konnte den Ausgang nicht finden. Es gab nichts, woran er sich orientieren konnte, nie kam er an eine Stelle, die aussah, als wäre er hier schon einmal gewesen. Dabei war es ein kleiner Supermarkt.

Schließlich heftete er sich einer jungen Frau an die Fersen, deren Einkaufswagen beladen war mit Einkäufen und einem quengelnden Kind. Sie bemerkte bald, dass der ältere Herr ihr folgte – ging, wenn sie ging, und stehenblieb, wenn sie stehenblieb. Jedesmal, wenn sie einen misstrauischen Blick über die Schulter warf, nahm Lang wahllos etwas aus einem Regal und legte es in seinen Wagen. Als er endlich glücklich an der Kasse angekommen war, räumte er erleichtert einer durch nichts zu erschütternden Kassiererin neben unverfänglichen Gemüsen und Fleischwaren eine Reihe seltsamer Produkte auf das Rollband. Das kompromittierendste: Kondome mit Himbeergeschmack.

Manchmal litt Konrad Lang unter den Aussetzern. Vor allem darunter, dass er ihnen so hilflos ausgeliefert war. Manchmal hätte er sein Gehirn packen und ihm nachhelfen wollen, wie seinem Knie, das manchmal lotterte, oder seinem Kreuz, das manchmal schmerzte. Aber ein Leben, wie er es geführt hatte, war nur auszuhalten, wenn man von klein auf zu verdrängen gelernt hat.

Deshalb ergriff er auch jetzt keine ernstere Maßnahmen als den Kauf eines Ginkgo- Präparates, von dem er einmal gehört hatte, es verbessere die Gedächtnisleistung.

„Gut für ältere Herren mit jüngeren Frauen“, scherzte er Rosemarie gegenüber, als sie ihn auf das Fläschchen ansprach, das sie bei seinen Klaviernoten fand, wo er es versteckt und vergessen hatte.

Rosemarie lächelte etwas nachdenklich.



Gratulation

Portrait von Dr. Hans Melderis mit seinen Beiträgen im Hamburger Ärzteblatt. Zum 65. Geburtstag eines Enzyklopädisten.

Von Dr. Hanno Scherf

Das *Melderis'sche* Universum

„Stupor medicorum“, das Staunen der (Hamburger) Ärzteschaft, wäre eine angemessene Bezeichnung für Dr. Hans Melderis, analog zu „stupor mundi“, das Staunen der Welt, wie man zum Stauferkaiser Friedrich II. sagte. Nach Stefan Winkle, den er mit folgendem Leserbriefbeitrag würdigte („Sie verstehen es in unnachahmlicher Weise naturwissenschaftlich-medizinische Kompetenz zu verbinden mit einem geschichtlichen Horizont, der weit über Europa hinausweist“), bereichert er wie keiner das Hamburger Ärzteblatt durch Beiträge aus seinem einzigartigen enzyklopädischen Wissen aus Geistes- und Naturwissenschaft, deren faktische Trennung er bedauert und deren notwendige Zusammengehörigkeit er nicht müde wird, zu betonen; er lebt sie vor. Dieses Wissen floss in drei Bücher und Extrakte davon in unser Ärzteblatt in den vergangenen Jahren. 2000 lautete eine Arbeit: „Menschliches Erbgut vollständig sequenziert“. Er schrieb über HUGO und das biologische Alphabet von Adenin, Cytosin, Guanin, Thymin, die den ein Meter langen und ein Milliardstel dünnen Erbfaden „weben“. 2002 erschien „Mythos und Odem in der Musik“, ein Kapitelextrakt aus seinem Buch „Raum-Zeit-Mythos. Richard Wagner und die modernen Naturwissenschaften“ und in mehreren Folgen Auszüge seines Buches „Geheimnis der Gene. Die Geschichte ihrer Entschlüsselung“. Der Titel seines dritten Buches: „Der biologische Urknall. Entstehung von Kosmos und Leben aus der Bewegung“.

Genetik, Physik, Literatur

Das in seinen Büchern ausgebreitete Wissen blitzt in weiteren Arbeiten auf: 2003 „So geht es zum Nobelpreis“, wo Melderis über den Nobelpreisträger J. Michael Bishop, über Onkogene und Protoonkogene schreibt und

zwei Zitate aufführt, die ihn selbst charakterisieren: „nur wenige erfahren das Privileg eines solchen Augenblicks, wenn einem intensiv und tief greifend bewusst wird, dass die Wissenschaft einen besonderen Schritt vorwärts gekommen ist und man selbst dazu beigetragen hat“ (Dominique Stehelin, 1974) und als zweites: „Im Ehrgeiz liegt der humane Fortschritt begründet: er ist der Urquell von Kreativität und Fleiß; er ist die erste Pflicht jedes jungen Menschen“ (J. Michael Bishop), und 2005 in der Arbeit „Herr Albert oder die Liebe zur Symmetrie“. Anlass dazu war vor 100 Jahren Albert Einsteins Artikel in den „Annalen der Physik“ „Zur Elektrodynamik bewegter Körper“. Hier behandelt Melderis Einsteins Leben, Relativitätstheorie, Ursprung des Universums und notwendige Symmetriebrechung.

Kosmos, Wagner, Wahn

1996 erschien die Arbeit „Massenhysterie und kollektiver Wahn“, zur Zeit von BSE und „Rinderwahnsinn“, wo er auch Urängste und Hexenwahn streift. Man liest dort „mir ist nicht entgangen, dass die Horrorszenarios der dioxinverseuchten Sportplätze, der asbestbelasteten Schulklassen und des dramatischen Anstiegs der Krebserkrankungen nach Tschernobyl sich – gelinde ausgedrückt – als übertrieben herausgestellt haben“. Weitere Arbeiten tragen die Titel: „Wissenschaftliche Medizin und paramedizinische Heilslehren“ (1997) und „Dr. med. Anton Pusinelli – Richard Wagners Dresdner Hausarzt“ (1999), der von seinem bewunderten Freund und Patient seine stattliche Leihgabe von 9.000 Thalern nie zurück erhielt.

Einen spielerischen Glasperlenausflug macht Melderis 2002 in „Hausbesuch bei Hermann Hesse“ in dessen Werk anlässlich seines 125.

Geburtstages. Zwei Jahre nach dessen Tod war er dort in Montagnola. Zitat: „Hermann Hesse war für mich ein früherer, einfühlsamer Führer der leicht verletzlichen jugendlichen Seele, und mein unbeirrbarer Pazifismus hat vermutlich hier seine tiefen Wurzeln.“ Den wunderbaren langen Anfangssatz über den Jahreszyklus der von einem Rompilger nach dem Kloster Maulbronn mitgebrachten Edelkastanie aus „Narziss und Goldmund“ kann Melderis frei zitieren. 2010 wird er in „Voltaire, Goethe und Kleists Erdbeben in Chili“ aus aktuellem Anlass zeigen, wie Erdbeben seit je den Glauben an die „vernünftige Entwicklung der Welt“ erschüttern. 2007 schrieb er „Physikum im Namen der Trinität“, wie er das beneidenswerte historische Festritual und „lateinische Hochamt“ in Cambridge anlässlich des Graduation Day seines dort Medizin studierenden Sohnes erlebte.

2009 war das 1850 erschienene Werk von Darwin „The origin of species“ Anlass für seinen großartigen Beitrag „Vom Beagle zum Eagle. Zur Entstehung der Arten oder ‚Der blinde Uhrmacher‘“, worin er Darwins Lebenswerk ausbreitet. Im Pub Eagle verkündete Francis Crick, das Geheimnis des Lebens sei entdeckt.

2010 lautete sein opulenter Beitrag: „Mons Veneris oder Tannhäuser“, worin er sein unvergleichliches Wagnerwissen, welches weltweit geschätzt wird, und noch mehr zu Frau Venus ausbreitet. „Ich habe diesen Beitrag im Blauen Heinrich verschlungen“, schrieb trefend lapidar ein Leser dazu.

Redner und Sänger obendrein

Melderis schreibt nicht nur brillant, er trägt auch brillant vor und immer frei redend, auf deutsch oder englisch, egal ob er über den Kosmos, Genetik, Molekularbiologie, Astro-

physik oder Richard Wagner spricht. Um Beiträge zu Wagneroperen wurde Melderis nicht nur für Bayreuth gebeten, sogar für Moskau. Seine Textkenntnis in Wagneroperen ist so präzise, dass ihm der kleinste Fehler bei einer Generalprobe auffällt und er für Richtigstellung sorgt. Anfangs meinte die Hamburger Staatsoper es noch besser zu wissen ...

„Und sie bewegt sich doch“ sagte ich einmal bei einer Abendeinladung von einer Weihnachtsengelpyramide aus dem Erzgebirge, die unter Kerzenlicht nicht in Gang zu kommen schien. Sofort sprach Hans Melderis den berühmten Satz von Galilei auf Italienisch aus und es folgte ein fesselnd langer Vortrag über die Entdeckung des Planetensystems, dem die schon essbereite Gesellschaft gebannt lauschte. Gelegentlich kann man auch das Glück haben,

dass er gekonnt Arien vorsingt, vorzugsweise von Mozart, er, der Bayreuth-Dauergast, der auch über Claudio Monteverdi publiziert hat. All sein geschriebenes Wissen ist jederzeit „mündlich abrufbar“.

Vom Außenseiter zum Primus

Melderis wurde 1946 in Blomberg/Lippe geboren und wuchs ohne Vater in bescheidenen Verhältnissen auf. Der Volksschullehrer nötigte die Mutter bis zur 5. Klasse geradezu, den hochbegabten Jungen auf das Gymnasium zu schicken, wo er als gesellschaftlicher Außenseiter schnell Primus wurde und sich Bildung über die Bibliotheken aneignete, indem er früh die Werke der Klassiker aufzog. Er studierte Medizin in Göttingen, war Stipendiat am Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin (Molekularbiologie)

in Göttingen. Er machte zahlreiche Veröffentlichungen über Genstruktur, Blutbildung und Leukämie. 1972 erhielt er den „Wissenschaftspreis für Leukämieforschung“. Seit 1983 ist er in Hamburg niedergelassener Internist. Er ist verheiratet mit einer Lehrerin, hat eine Tochter und einen Sohn, beide haben wohl nicht zufällig Medizin gewählt.

In einer Buchrezension schrieb ich einmal: „Melderisens Bücher sind Geisteskunstwerke (Richard Wagner schwärmte vom Gesamtkunstwerk), gleichsam eine Wissens- oder Geisteskathedrale, die der Leser, dem nur Bruchstücke des ausgebreiteten Wissens zur Verfügung stehen, nicht nachzeichnen oder nachbauen muss. Es genügt schon, wenn wir beim Lesen feststellen: Am Melderis'schen Abglanz haben wir (Welter-) Leben.

Dr. Hanno Scherf ist Internist und Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes.

LESERBRIEFE

Hamburger Ärzteblatt 11/10, Seite 32 ff

Impulsgeber für Altersmedizin

Der o.a. Artikel kann so nicht unkommentiert bleiben. Unbestritten sind die großartigen Leistungen der Einrichtung für die Geriatrie in Hamburg und im Land und dennoch: Es nimmt schon ein wenig Wunder, dass die Autorin das inzwischen auch zur Albertinengruppe gehörende Richard-Remé-Haus mit keiner Silbe erwähnt. Ist es doch die Erste Einrichtung auf Hamburger Boden, die sich die Behandlung alter Menschen auf die Fahne geschrieben hat und wo ab 1974 durch die in Volksdorf ansässigen Diakonissen mit den beiden Ärztinnen Dr. L. Naundorf und Dr. I. Lüth eine für die damalige Zeit einzigartige Pionierarbeit geleistet wurde. Im Krankenhausplan nicht aufgeführt, leisteten die beiden Kolleginnen unter heute nicht vorstellbar schlichten Bedingungen mit großartigem Improvisationstalent ihren Dienst am alten Menschen.

In Anwesenheit von Mitarbeitern des Richard Remé-Hauses hat Prof. Dr. Meyer-Baumgartner stets eingeräumt, dass eben dieses und nicht das Albertinenhaus die älteste geriatrische Einrichtung Hamburgs ist. Wo nun beide Einrichtungen seit 2003 unter einem Logo firmieren, mag das von untergeordneter Bedeutung sein – um aber den Einsatz und die Leistung der beiden großen alten Damen der Geriatrie ausreichend und angemessen zu würdigen, bedarf es einer Erwähnung und Hervorhebung dieses ganz besonderen Einsatzes, bevor er gänzlich in Vergessenheit gerät.

Bedauerlicherweise hat auch Professor Lehr in ihrem mitreißenden Grußwort anlässlich des 25-jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie das Albertinenhaus als erste geriatrische Einrichtung Hamburgs bezeichnet und nicht das Richard-Remé-Haus. Es wird höchste Zeit, auf die Leistungen der Pioniere der ersten Stunde der Geriatrie in Hamburg hinzuweisen und von ihnen Kenntnis zu nehmen.

P. Flesch, Geriater in Hamburg

Hamburger Ärzteblatt 10/10, Seite 35

Lusatia superior

Auf diesem Wege möchte ich mich herzlich dafür bedanken, das Sie, Herr Scherf, sich die Zeit nehmen, Reisen für den Ärztlichen Kulturkreis zu planen, zu führen und zu leiten.

Mit ihrem Charisma, Ihrem mitreißendem Schwung und ihrem immensen Wissen wird eine solche Reise für uns zu einem kulturellen Genuss!

Allen Lesern sei empfohlen: Reisen Sie auch einmal mit dem Ärztlichen Kulturkreis, gönnen Sie sich dies Erlebnis! Auch 2011 steht wieder eine Reise auf dem Programm. Ankündigung erfolgt im Hamburger Ärzteblatt.

Dr. Angelika Heege, Hamburg

Hamburger Ärzteblatt 12/10, Seite 12

Mons Veneris oder Tannhäuser

Habe Ihren Artikel im Blauen Heinrich verschlungen. Dieser Aspekt war mir ziemlich neu.

Dr. Thies Daniels, Chefarzt Albertinen KH. Klinik für Allgemein-, Visceral- und Tumorchirurgie

Hamburger Ärzteblatt 12/10, Seite 3

Editorial

Lieber Herr Scherf, ich gratuliere Ihnen zu Ihrem ganz hervorragenden „Rückblick auf 2010“, inhaltlich und stilistisch eindrucksvoll. Ich werde Ihren Rückblick der Jugend weitergeben. Schreiben Sie bitte weiter, mancher Journalist könnte viel von Ihnen lernen.

Dr. Elisabeth Haug, Hamburg

Mitteilungen

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Beitragsordnung der Ärztammer Hamburg i.d.F. v. 19.04.2010

Aufgrund von § 6 Abs. 6 i.V.m. § 57 S. 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe vom 14. Dezember 2005 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I v. 20.12.2005, S. 495 ff) hat die Delegiertenversammlung der Ärztkammer Hamburg am 19.04.2010 die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung beschlossen, die die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz am 15.07.2010 genehmigt hat.

§ 1

Beitragspflicht

- 1) Die Ärztkammer Hamburg erhebt von Ihrem Kammerangehörigen zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben einen Jahresbeitrag, der sich nach der Höhe des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit bemisst.
- 2) Der Stichtag für die Beitragspflicht ist der 1. Februar des jeweiligen Jahres.
- 3) Für freiwillige Mitglieder sowie für Mitglieder, die kein Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit erzielen, gilt 3a der Beitragsordnung.

§ 2

Beitragshöhe

Die Höhe des Kammerbeitrages (Hebesatz) wird jährlich durch Beschluss der Delegiertenversammlung festgelegt.

§ 3

Beitragsbemessung

- 1) Für die Berechnung des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit ist das vorvergangene Kalenderjahr maßgebend. Das in dem vorvergangenen Kalenderjahr erzielte Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit wird wie folgt ermittelt:
 - a) Bruttoeinkommen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit abzüglich des halben Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung (€ 6.448,-) sowie zur gesetzlichen Krankenversicherung (€ 3.214,-) bei Ärzten, die niedergelassen sind und nicht zusätzlich als Angestellte den Arbeitgeberanteil zur gesetzl. Renten- und Krankenversicherung erhalten, und/oder
 - b) Bruttogehälter aus nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit und/oder
 - c) Nebeneinkünfte aus ärztlicher Tätigkeit (z. B. Gutachtentätigkeit und Bereitschaftsdienste) abzüglich der Betriebsausgaben für ärztliche Tätigkeiten und/oder Werbungskosten, soweit sie sich auf die ärztliche Tätigkeit beziehen. Weitere Ausgaben dürfen bei der Berechnung nicht abgesetzt werden.
- 2) Ärztliche Tätigkeit im Sinne dieser Regelung umfasst nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede Tätigkeit, bei der medizinische Kenntnisse angewendet oder mitverwendet werden (z. B. in Lehre und Forschung, in der pharmazeutischen Industrie, bei Behörden und dergleichen).
- 3) Bei Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im vorvergangenen Jahr ist das Einkommen dieses vergangenen Jahres Bemessungsgrundlage.
- 4) Bei Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit bis zum 01.02. des Jahres der Beitragsfestsetzung ist der Mindestbeitrag gem. § 3a zu entrichten.
- 5) Alle für die Beitragsfestsetzung erforderlichen Angaben sind von dem Beitragspflichtigen wahrheitsgemäß zu machen.

§ 3a

Mindestbeitrag

- 1) Der Mindestbeitrag für Pflichtmitglieder beträgt ungeachtet der Regelung der §§ 3,8 und 9 dieser Satzung € 60,00.
- 2) Der Beitrag für freiwillige Mitglieder (§ 1 der Satzung der Ärztkammer Hamburg) sowie für Mitglieder, die im gesamten Beitragsjahr kein Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit erzielen, beträgt € 60,00.

§ 4

Beitragsveranlagung, -festsetzung

- 1) Die Beitragsveranlagung erfolgt im Wege der Selbsteinstufung des Kammerangehörigen. Der dazu von der Ärztkammer erstellte Vordruck ist ausgefüllt innerhalb von 4 Wochen nach Zugang an die Ärztkammer zurückzusenden.
- 2) Der Selbsteinstufung ist eine Kopie des entsprechenden Auszuges aus dem Einkommensteuerbescheid des Bezugsjahres oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters über die Richtigkeit der Selbstveranlagung beizufügen. Die Selbstveranlagung und die erforderlichen Nachweise sind der Ärztkammer für jedes Mitglied gesondert vorzulegen und haben das von diesem Mitglied erzielte Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit auszuweisen.
- 3) Die vom Kammerangehörigen abgegebene Selbsteinstufung unter Hinzufügung der Nachweise gem. abs. 2 steht einem Beitragsbescheid gleich. Entspricht die Selbsteinstufung nach Abs. 1 nicht dem Nachweis nach Abs. 2, erfolgt die Beitragsveranlagung durch einen Leistungsbescheid der Kammer.
- 4) Wurde bis zum Veranlagungsstichtag der Einkommensteuerbescheid für das Bezugsjahr noch nicht erteilt, stuft sich der Kammerangehörige innerhalb der Frist des Abs. 1 S. 2 vorläufig ein. Unverzüglich nach Erteilung des Einkommensteuerbescheides ist der Beleg nachzureichen.
- 5) Nimmt der Kammerangehörige auch nach der zweiten Mahnung, die gebührenpflichtig ist, keine Selbstveranlagung nach Abs. 1 bzw. Abs. 4 vor, wird der Beitrag durch die Ärztkammer mit mindestens € 2.500,00 festgesetzt. Holt der Beitragspflichtige bis zum Ende des laufenden Beitragsjahres die Selbsteinstufung nach und legt einen Nachweis gem. Abs. 2 vor, wird der Beitrag auf das 1 ½ fache des zu zahlenden Beitrages, mindestens jedoch mit € 150,00 neu festgesetzt. § 7 Abs. 3 S. 2 bleibt unberührt.
- 6) Legt der Kammerangehörige nach der Selbsteinstufung auch nach der dritten Mahnung, die gebührenpflichtig ist, den Nachweis gem. Abs. 2 nicht vor, werden die für den Beitrag maßgeblichen Einkünfte durch Anfrage der Kammer beim zuständigen Finanzamt erhoben. Abs. 3 S. 2 gilt entsprechend. Die Anfrage ist für das Mitglied kostenpflichtig (€ 150,00). Ist keine Auskunft zu erlangen oder liegen beim Finanzamt keine Angaben über die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit vor, wird der Beitrag nach Schätzung durch die Ärztkammer auf der Basis der letzten drei Beitragsjahre festgesetzt.

§ 5

Fälligkeit

Der Beitrag wird mit der Selbstveranlagung oder mit der Festsetzung durch die Ärztkammer fällig.

§ 6

Fehlerhafte Veranlagung

- 1) Aufgrund fehlerhafter Selbstveranlagung überzahlte Beiträge werden auf Antrag zurückgezahlt. Der Rückzahlungsanspruch verjährt zwei Jahre nach Ablauf des Beitragsjahres.

- 2) Aufgrund fehlerhafter Selbstveranlagung zu wenig entrichtete Beiträge werden von Amts wegen nachgefordert. Der Nachforderungsanspruch verjährt zwei Jahre nach Ablauf des Beitragsjahres.

§ 7

Zahlungsweise, Beitreibung

- 1) Der Beitrag kann durch Überweisung oder durch Erteilung einer Einzugsermächtigung vom Girokonto gezahlt werden.
- 2) Rückständige Beiträge werden mit einer kostenfreien Zahlungserinnerung und zwei gebührenpflichtigen Mahnungen (à € 25,00) angemahnt.
- 3) Kommt der Beitragspflichtige nach der zweiten gebührenpflichtigen Mahnungen innerhalb eines Monats seiner Zahlungspflicht nicht nach oder nicht vollständig nach, wird der rückständige Beitrag einschließlich der Mahngebühren und der entstandenen Auslagen beigetrieben. Das gleiche gilt für den von der Ärztkammer durch Leistungsbescheid festgesetzten Beitrag. Die Beitreibung richtet sich nach den Vorschriften des im Lande Hamburg geltenden Verwaltungsvollstreckungsgesetzes.

§ 8

Beitragsnachlass, Stundung, Ratenzahlung

- 1) Anträge auf Beitragsnachlass, Stundung oder Ratenzahlung wegen wirtschaftlicher Notlage können mit entsprechender eingehender Begründung und Angaben des Einkommens im vorvergangenen und vergangenen Jahr innen eines Monats nach Erhalt der Aufforderung zur Selbstveranlagung gestellt werden.
- 2) Der Antrag ist an den Beitragsprüfungsausschuss der Ärztkammer Hamburg zu richten, der nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidet.
- 3) Anträge nach § 9 Abs. 1 und Abs. 3 sind bis zum 1. Februar des Folgejahres zu stellen. § 8 Abs. 2 findet keine Anwendung.

§ 9

Sonderregelungen

- 1) Ärzte, die im Beitragsjahr arbeitslos sind oder werden, zahlen auf Antrag einen reduzierten Beitrag. Der Beitrag reduziert sich für jeden Monat der Arbeitslosigkeit im Beitragsjahr um 1/12. Die Arbeitslosigkeit ist zu belegen.
- 2) Ärzte, die auch als Zahnarzt approbiert und auf beiden Gebieten berufstätig sind, stufen sich mit Ihrem Einkommen aus ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit ein. Der sich daraus ergebene Beitrag ist zu halbieren. Für Ärzte, die auch als psychologische Psychotherapeuten approbiert sind, gilt Satz 1 entsprechend.
- 3) Ärzte, die nach dem 31. Januar ihre berufliche Tätigkeit einstellen, zahlen auf Antrag einen reduzierten Beitrag. Für jeden Monat der beruflichen Tätigkeit im Beitragsjahr ist ein Beitrag in Höhe von 1/12 des Beitrages nach § 3 Abs. 1 dieser Satzung zu zahlen.

§ 10

Veröffentlichung der Beschlüsse der Delegiertenversammlung

Die Beschlüsse der Delegiertenversammlung gemäß § 2 sind im Mitteilungsblatt der Ärztkammer Hamburg bekannt zu geben.

§ 11

Inkrafttreten

Die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung tritt am ersten Tag nach der Verkündung im Hamburger Ärzteblatt in Kraft.

315. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 315. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 18. April 2011, um 20 Uhr, in den Räumen des Ärztehauses.

Die genaue Tagesordnung können Sie Ende März 2011 im Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg unter der Rufnummer 202299-131 erfragen.

Der vorgesehene Sitzungstermin am 14. Februar 2011 fällt aus.

Zulassung von Weiterbildungsstätten für die Weiterbildung von Ärzten/Ärztinnen

Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten wird gemäß § 34 Absatz 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKKGH) unter verantwortlicher Leitung befugter Ärzte in Einrichtungen der Hochschulen und in zugelassenen anderen Einrichtungen (Weiterbildungsstätten), einschließlich zugelassener Praxen, durchgeführt. Zugelassene Weiterbildungsstätten sind gem. § 34 Absatz 6 des HmbKKGH im Hamburger Ärzteblatt bekannt zu machen. Die nachstehend aufgeführten Praxen / Einrichtungen sind neu zugelassene Weiterbildungsstätten. Die vollständigen Listen der Weiterbildungsstätten und -befugnisse sind unter [www.aerztekammer-hamburg.de/Ärztliche Weiterbildung/WB-Befugnisse](http://www.aerztekammer-hamburg.de/Ärztliche%20Weiterbildung/WB-Befugnisse) veröffentlicht.

Name	Straße	PLZ	Bezeichnung	Beginn
Swetlana Rissling	Ruckteschellweg 2	22089 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	04.01.2010
Dr. Sönke Jacobsen	Lüneburger Straße 13	21073 HH	Innere Medizin, Innere und Allgemeinmedizin	26.02.2010
Dr. Hans-Joachim Sommer	Manshardtstraße 2	22119 HH	Orthopädische Rheumatologie	20.01.2010
Dr. Reinhard Behrend	Osterstraße 59-61	20259 HH	Orthopädische Rheumatologie	04.11.2009
Dr. Marlies Horstmeyer / Dr. Ulrich von Wehren	Vogt-Wells-Straße 20	22529 HH	Orthopädische Rheumatologie	03.12.2009
Dr. Stephan Redeker	Grindelberg 3	20144 HH	Orthopädische Rheumatologie	11.11.2009
Dr. Ralf Theermann	Mühlenkamp 33a	22303 HH	Orthopädische Rheumatologie	12.02.2010
Dr. Karl Heinz Houcken	Flurkamp 11	22549 HH	Innere und Allgemeinmedizin	08.02.2010
Dr. Kurosich Hojabri	Neue Große Bergstraße 20	22767 HH	Naturheilverfahren	13.03.2010
Dr. Henning Lenhartz	MVZ am Wilhelmstift, Lilien- cronstraße 130	20149 HH	Kinder-Gastroenterologie	03.03.2010
Dr. Ulrike Ancker / Dr. Kirsten Stollhoff	Neue Große Bergstraße 7	22767 HH	Neuropädiatrie	05.07.2009
Dr. Stephan Berg	Heegbarg 14	22391 HH	Orthopädie und Unfallchirurgie, Basis-Weiterbildung Chirurgie	30.01.2010
Dr. Sven Aries	Mörkenstraße 47	22767 HH	Allergologie	01.03.2010
Dr. Thomas Rutt / Dr. Martin Tiedgen	Deichhausweg 2	21073 HH	Allergologie, Kinder-Pneumologie	01.02.2010
Dr. Björn Parey	Dorfwinkel 11	22359 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren	03.03.2010
Dr. Behrus Subin	Reesendamm 3	20095 HH	Innere Medizin, Innere und Allgemeinmedizin	25.02.2010
Dr. Naomie Cayemitte- Rückner	Alsterdorfer Straße 226a	22297 HH	Spezielle Schmerztherapie	26.03.2010
Dr. Peter Buggisch	ifi-Institut - MVZ Lohmühlen- straße 5	20095 HH	Innere Medizin, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere und Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Gastroenterologie	05.04.2010
Dr. Annick Horn / Dr. Wolfgang Michel	Altonaer Straße 36	20357 HH	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	25.03.2010
Dr. Melanie Hartmann	Poststraße 2	20354 HH	Haut- und Geschlechtskrankheiten	12.04.2010
Dr. Jutta Ley	Herthastraße 2	22179 HH	Phlebologie	06.04.2010
Dr. Wolfgang Schwarz	Osterstraße 116	20259 HH	Innere Medizin und Gastroenterologie	01.03.2010
Dr. Andreas Schüßeler	Osterstraße 134	20255 HH	Orthopädie und Unfallchirurgie, Basis-Weiterbildung Chirurgie	07.01.2009
Yvonne Teckenburg	Schweriner Straße 17	22143 HH	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	06.04.2010
Dr. Irene Kohler / Dr. Andrea Krause	Beim Strohhaus 2	20097 HH	Innere Medizin, Innere und Allgemeinmedizin	19.03.2010
Jens Prager	Winsener Straße 59	21077 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	29.06.2010
Dr. Barbara Schnee	Eimsbütteler Chaussee 28	20259 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	03.06.2010
Dr. A. Pour Emam A.S. Maha- leh / Jolanta Mosior / Dr. Haleh Nikbakht Shamsavand	Neuenfelder Straße 96 Steendiek 6	21109 HH 21129 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	27.07.2010

Mitteilungen

Name	Straße	PLZ	Bezeichnung	Beginn
Alexander Swiridoff	Pestalozzistraße 24	22305 HH	Basisweiterbildung im Gebiet HNO-Heilkunde, FA für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	14.04.2010
Dr. Matthias Eichler	Schloßstraße 44	22041 HH	Schlafmedizin	08.05.2010
Dr. Karin Schmökel	Pezzolddamm 141	22175 HH	Allergologie	01.05.2010
Timur Schlüter	Spitaler Straße 32	20095 HH	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	01.04.2010
Dr. Jan Gerrit Behrens	Bleickenallee 38	22763 HH	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	28.06.2010
Dr. Katrin Weissenborn	Bahrenfelder Straße 43	22765 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	28.05.2010
Mirko Furczyk	Wariner Weg 1	22143 HH	Chirurgie, Allgemeine Chirurgie	20.05.2010
Anja Sudrow	Martinistraße 43	20251 HH	Diabetologie	20.06.2010
Dr. Helmut Pantlen	Kieler Straße 413	22525 HH	Innere Medizin, Innere und Allgemeinmedizin	08.06.2010
Dr. Johannes Rüter	Schenefelder Holt 135	22589 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	11.06.2010
Dr. Fakhreddin Seyedin	Pestalozzistraße 20	22305 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	18.05.2010
Dr. Jens Heidrich	Stuvkamp 22	22081 HH	Laboratoriumsmedizin	11.06.2010
Dr. Eva Kratzsch / Dr. Stephanie Paulus	Bleickenallee 38	22763 HH	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	17.08.2010
Dr. Eva-Marlies Lang-Pölkow/ Dr. Wolfhard Spiewok	Am Wall 1	21073 HH	Radiologie	29.04.2010
Dr. Si Fu	Pelzerstraße 4	20095 HH	Akupunktur	17.08.2010
Dr. Werner Siepe	Eißendorfer Straße 70	21073 HH	Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin	09.08.2010
Dr. Dirk Rose	Julius-Leber-Straße 10	22765 HH	Orthopädie und Unfallchirurgie	16.09.2010
Dr. Hans Ulrich Schmidt	Ambulanzzentrum des UKE	20246 HH	Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23.09.2010
Dr. Stefan Lüth / Dr. Julian Schulze zur Wiesch	Ambulanzzentrum des UKE	20246 HH	Innere Medizin, Innere und Allgemeinmedizin	12.07.2010
Dr. Christian Müller	Sülldorfer Kirchenweg 2 Krohnstieg 41-43	22587 HH 22415 HH	Haut- und Geschlechtskrankheiten	10.08.2010

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Hausärzte

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin in 22767 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2011 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird. Kennziffer: 25/11 HA

Chirurgie

Ein Facharzt für Plastische Chirurgie in 22523 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird. Kennziffer: 26/11 C

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **28. Februar 2011** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. Diese Unterlagen werden den ausscheidenden Vertragsärzten sowie den verbleibenden Ärzten zur Verfügung gestellt.

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

Amtliche Veröffentlichung im Internet

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik *Recht und Verträge* → *Amtliche Veröffentlichungen* Folgendes bekannt gegeben:

- 5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung vom 27. November 2009
- QZV- u. Arztlisten für das 1. Quartal 2011
- Protokollnotiz zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach § 73 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD vom 01.10.2009

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

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

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung des AIDS-Arbeitskreises findet statt am

Montag, 28. Februar 2011, 19:30 Uhr,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus),
Hugo-Niemeyer-Saal

Geplant sind eine interaktive Falldiskussion sowie ein Informationsaustausch über Kongress-Neuigkeiten / neue Veröffentlichungen. Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 22802-571.

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

Veröffentlichung gem. § 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV

1. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 15.11.2010 über den Versorgungsgrad zum 01.10.2010 geprüft und festgestellt, dass danach für die folgenden Arztgruppen zurzeit keine Überversorgung besteht:

- Hautärzte
- Frauenärzte

Der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird daher für die Arztgruppen der Hautärzte und Frauenärzte gem. § 103 Abs. 3 SGB V, § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV und § 23 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie mit der Auflage aufgehoben, dass Zulassungen für diese Arztgruppen nur solange erfolgen dürfen, bis für sie wieder Überversorgung eingetreten ist. Überversorgung tritt wieder ein, wenn durch Nachrücken einer bereits erteilten beschränkten Zulassung bei gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt desselben Fachgebietes (Job-Sharing-Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 23 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten (gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 und § 23 Absatz 2 a Bedarfsplanungs-Richtlinie) aufgehoben und/oder durch entsprechende Neuzulassungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der Arztgruppe

- Hautärzte insgesamt 95 Ärzte
- Frauenärzte insgesamt 284 Ärzte

zugelassen sind (incl. der angestellten Ärzte gem. § 32 b Ärzte-ZV sowie der angestellten Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1 SGB

V i.V.m. § 38 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Über Anträge auf Neuzulassungen hat der Zulassungsausschuss gem. Abschnitt 4 § 23 Absatz 3 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.

Hamburg, den 07.12.2010

Der Vorsitzende
Sven Hennings

Anmerkung der Kassenärztlichen Vereinigung

Auf Basis der Bedarfsplanung zum Stichtag 01.10.2010 sind für die folgenden Arztgruppen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet:

- Hautärzte
- Frauenärzte

Im Einzelnen ergibt sich auf den Planungszeitpunkt 01.10.2010 bezogen folgender Sachverhalt:

Arztgruppe	Arztbestand zum 01.10.2010	Grenze zur Überversorgung
Hautärzte	94	95
Frauenärzte	282	284

Durch Nachrücken von bereits zugelassenen Vertragsärzten bei gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt desselben Fachgebietes (Job-Sharing-Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 23 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) sind keine freien Neuzulassungen mehr möglich.

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten – Hamburg – hat nachfolgende Ärztinnen/Ärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung zugelassen:

Ortsteil		Ortsteil	
Fachärzte für Allgemeinmedizin Lydia Langlitz Elena Moskalez Christian Prettin	Uhlenhorst Ochsenwerder Altona-Altstadt	Fachärztin für Physik. u. Rehabilitative Medizin Dr. Angela Schnell-Kehmann	Bahrenfeld
Fachärzte für Augenheilkunde Dr. Sung Hyun Yun Christoph Tornow (häuftiger Versorgungsauftrag)	Harburg Eimsbüttel	Facharzt für Psychiatrie Frank Grell-Gutdeutsch	Rahlstedt
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Richard Doll	St. Pauli	Psychologische Psychotherapeutin Dipl.-Psych. Gabriele Saake	Ottensen
Fachärzte für Innere Medizin Ramón Herrero Schmidt (hausärztl. Versorgung) Dr. Susanne Horstmeyer (hausärztl. Versorgung)	Niendorf Schnelsen	Zulassungen gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie	
Facharzt für Nervenheilkunde Jens Reinders	Bergedorf	Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. Sebastian Eipper Dr. Heike Steidtmann	Sülldorf Altona-Altstadt
Fachärzte für Nuklearmedizin Dr. Daniel von Borczyskowski Dr. Dirk Bumann	Bergedorf Hamburg-Altstadt	Facharzt für Innere Medizin Dr. Hans-Günter Marks (hausärztl. Versorgung)	Jenfeld
		Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Henning Vollbrecht	Blankenese
		Fachärztin für Urologie Dr. Maike Beuke	Harburg

Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

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

Medizinisches Versorgungszentrum	Anschrift	Fachrichtungen
Avicenna Ärztezentrum Hamburg GmbH Ärztliche Leitung: Dr. med. Abolghassem Mahaleh	Sülldorfer Landstraße 5 • 22589 Hamburg Tel.: 870 47 57 • Fax.: 87 00 79 91	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Allgemeinmedizin
Radiologikum Hamburg Dr. Grützediek GmbH Ärztliche Leitung: Dr. med. Volkhard Grützediek	Groot Enn 5 • 21149 Hamburg Tel.: 701 50 15 • Fax.: 702 76 95	Radiologie Hausarzt



Unsere Daten:

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



Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für unser Querschnittgelähmten-Zentrum einen

Assistenzarzt (m/w)

mit 42,00 Stunden in der Woche befristet für fünf Jahre zur Weiterbildung

bzw. einen

Facharzt (m/w)

mit 42,00 Stunden in der Woche unbefristet

Die volle Weiterbildungsmächtigung ist für das Fachgebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ in Kooperation mit dem Zentrum für Rehabilitationsmedizin (ZRH) gegeben. Im Fachgebiet „Allgemeinmedizin“ besteht die Weiterbildungsmächtigung für jeweils ein Jahr in den Fächern Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie und Urologie. Darüber hinaus besteht die Weiterbildungsmächtigung für die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“.

Wir bieten Ihnen:

- ein strukturiertes Einarbeitungs- und Weiterbildungskonzept
- ein angenehmes Arbeitsklima
- attraktive Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten
- Forschungsmöglichkeiten auf neuroregenerativen und rehabilitativen Gebieten
- die Leistungen des öffentlichen Dienstes
- eine betriebseigene Kindertagesstätte
- die Nutzung unserer Sporteinrichtungen während der Freizeit

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis zum **28.02.2011** an die Personalabteilung.

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

Assistenzarzt/Assistenzärztin

Unsere Belegärzte Dr. Kirsten und Dr. Schneider betreiben eine modern eingerichtete urologische Gemeinschaftspraxis in Winsen (Luhe), Niedersachsen. Gleichzeitig betreuen wir im Rahmen unserer belegärztlichen Tätigkeit die urologischen Betten des Landkreises Harburg (250 000 Einwohner) im Krankenhaus Salzhäusen mit konsiliarischer Versorgung der Kliniken Winsen und Buchholz.

Unser Profil:

- Urologische Abteilung mit 23 Betten
- ESWL/Sonographie/Revolix-Laser
- Urodynamik (mittlerer Messplatz)
- Durchleuchtungsarbeitsplatz
- Endourologie und Onkologie als Schwerpunkt
- Studententätigkeit

Unsere Belegärzte haben die sog. „große Onkologiezulassung“ sowie die Zusatzbezeichnung „Med. Tumortherapie“

- Weiterbildungsmächtigung für 3 Jahre
- Promotionsmöglichkeit

Wir suchen:

eine **motivierter Assistentin** oder einen **motivierten Assistenten** für das Fachgebiet **Urologie**.

- Chirurgische Vorkenntnisse
- Interesse an operativer Tätigkeit
- keine Vorurteile gegen EDV (Mac Os X)
- Organisationstalent

Wir freuen uns über Ihr Interesse. Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:



**Urologische Belegarztabteilung
 Krankenhaus Salzhäusen
 z. H. v. Herrn U. Magdeburg
 Verwaltungsdirektor
 Bahnhofstraße 5
 21376 Salzhäusen**



Die Momentum Pharma Services GmbH ist ein führendes Auftragsforschungsinstitut (CRO) in Norddeutschland, das klinische Studien der Phase I-III in einer eigenen 72-Betten-Klinik für die Pharma-, Biotech- und Lebensmittelindustrie durchführt. Die Studiendurchführung unterliegt internationalen Richtlinien (ICH-GCP), dem deutschen Arzneimittelgesetz und den internen Standardarbeitsanweisungen.

Zur Unterstützung unseres Ärzteteams suchen wir ab sofort in Vollzeit und unbefristet:

Approbierte/n Humanmediziner/in für die klinische Forschung

Ihr Aufgabengebiet: Zu Ihren vielfältigen Aufgaben gehört die Betreuung und Durchführung von klinischen Studien der Phasen I-III, bei denen Sie für die Sicherheit der Studienteilnehmer verantwortlich sind. Dabei halten Sie engen Kontakt mit unseren Fachabteilungen und internationalen Auftraggebern. Selbstverständlich werden Sie detailliert in Ihren Aufgabenbereich eingearbeitet.

Ihr Profil: Sie sind approbierte/r Ärztin/Arzt der Humanmedizin, gerne Berufsanfänger oder Wiedereinsteiger. Klinische Erfahrung und/oder Kenntnisse in der Durchführung klinischer Studien sind von Vorteil jedoch nicht zwingend notwendig. Neben sehr guten Deutschkenntnissen bringen Sie sichere Englischkenntnisse in Wort und Schrift mit. Darüber hinaus zeichnen Sie sich durch Kommunikations- und Teamfähigkeit aus.

Wir bieten: Geregelt Arbeitszeiten, eine sorgfältige Einarbeitung, einen vielseitigen und interessanten Arbeitsplatz in kollegialer Atmosphäre, interne sowie externe Fortbildungsmöglichkeiten und ein attraktives Gehalt.

Wenn Sie sich in einer dynamischen Umgebung mit angenehmen Arbeitsklima wohlfühlen und eine neue Aufgabe in einem expandierenden Unternehmen suchen, dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihres Eintrittstermins sowie Ihrer Gehaltsvorstellung an:

**Momentum Pharma Services GmbH
 Abteilung
 Human Resources
 Kieler Str. 101, 22769 Hamburg
 Tel: 040-85403-100
 Email: bewerbung@momentum-ps.com
www.momentum-ps.com**



Die SEGEBERGER KLINIKEN GRUPPE mit insgesamt 950 Betten gehört mit ihren vielfältigen und hochspezialisierten medizinischen Leistungen zu den innovativen Kliniken in Schleswig-Holstein.

Die SEGEBERGER KLINIKEN GMBH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und des Universitätsklinikums UKE Hamburg, verfügt u.a. über das größte Kardiologische und Neurologische Zentrum in Norddeutschland mit einer engen Verzahnung von Akut- und Reha-Versorgung. Die Grund- und Regelversorgung wird in der zur Unternehmensgruppe gehörenden Allgemeinen Klinik sichergestellt. Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir eine/n

Oberarzt/Oberärztin für Radiologie (Voll- oder Teilzeit)

oder eine/n Kollegen/in in fortgeschrittener Facharztweiterbildung, die/der nach Abschluss eine Oberarztposition übernehmen kann.

Leistungsschwerpunkt der voll digitalisierten und apparativ modern ausgestatteten Klinik ist die Schnittbilddiagnostik. Für die Mammadiagnostik steht ein digitales Vollfeldmammographie-System zur Verfügung.

Wir wünschen uns eine/n engagierte/n und teamfähige/n Kollegen/in mit fundierten Kenntnissen in der Röntgen- und Schnittbilddiagnostik. Zusätzliche Qualifikationen insbesondere in der Mammadiagnostik, aber auch in Neuroradiologie oder radiologischer Herzdiagnostik wären wünschenswert. Bei entsprechender Qualifikation wäre die Position in Richtung einer Bereichsleitung Neuroradiologie oder Mammadiagnostik entwicklungsfähig. Hauseigene Nacht- oder Wochenenddienste fallen nicht an.

Weitere Informationen erteilt Ihnen gerne der Chefarzt Radiologie/Neuroradiologie, Herr Dr. Christian Gaebel, unter ☎ 04551/801-1975.

SEGEBERGER KLINIKEN GMBH
Am Kurpark 1 • 23795 Bad Segeberg
christian.gaebel@segebergerkliniken.de • www.segebergerkliniken.de



Von Anfang an dabei Leitender Arzt zum Aufbau eines Alzheimer Therapie Zentrums

Es gibt ein medizinisches Konzept und die vor Ihnen liegende Stellenanzeige – alles andere befindet sich noch im Aufbau! Für diese ungewöhnliche wie spannende Aufgabe suchen wir in Vollzeit eine/n

Fachärztin/-arzt für Psychotherapeutische Medizin

oder eine/n

Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Aufgabe besteht im Auf- und Ausbau und der Leitung unseres Alzheimer Therapiezentrums zur Rehabilitation von Demenzerkrankten und ihrer Angehörigen von der Weiterentwicklung des Konzepts über die Personalauswahl bis hin zu künftigen Erweiterungspotenzialen.

Wir bieten Ihnen

- einen Arbeitsplatz, den Sie selbst gestalten
- die Möglichkeiten, Ihre Ideen und Anregungen in den Neuaufbau einzubringen
- außertarifliche Bezahlung.

Wir sind

- eine moderne Unternehmensgruppe des Gesundheitswesens mit Sitz in Ratzeburg.
- Durch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtung, Pflege und Seniorenwohnen verfügen wir über eine umfangreiche Palette von Gesundheitsdienstleistungen.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit Ihrer Gehaltsvorstellung und möglichem Eintrittstermin an den Servicebereich Personalwesen.

P.S.: Der übliche Hinweis auf die Klinik-Website muss entfallen. Auch diese befindet sich noch im Aufbau und wartet auf Ihre Kreativität. Deshalb an dieser Stelle zur ersten Übersicht: www.rgrz.de.

Schmilauer Straße 108
23909 Ratzeburg
susanne.bruns@rgrz.de

Die Ropersberg-Gruppe.
Eine Welt voller Möglichkeiten.



Die AMEOS Gruppe gehört als innovativer und wachstumsstarker Gesundheitsdienstleister zu den führenden Unternehmen ihrer Art im deutschsprachigen Raum. In den 44 Kranken-, Pflege- und Eingliederungshäusern werden an 24 Standorten mit rund 5'200 Betten/Plätzen von etwa 6'400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hochwertige medizinische und pflegerische Leistungen erbracht.

AMEOS ist der bedeutendste Anbieter psychiatrischer Leistungen in Schleswig-Holstein. Die Klinika an den sechs Standorten Heiligenhafen, Kiel, Lübeck, Neustadt, Oldenburg und Preetz verfügen über 700 voll- und 30 teilstationäre Plätze und bieten zahlreiche Spezialisierungen an.

Das **AMEOS Klinikum Neustadt** ist mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (148 Betten) und der Institutsambulanz Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung des Landkreises Ostholstein und der Hansestadt Lübeck. Die Klinik ist gegliedert in die Bereiche Krisenintervention, Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrie sowie Suchtpsychiatrie.

Für unsere **psychiatrische Institutsambulanz in Neustadt i. H.** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen/eine

Arzt/Ärztin

Ihr Profil

- Sie haben eine abgeschlossene Facharztweiterbildung oder fortgeschrittene Fachkenntnisse im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie.
- Idealerweise verfügen Sie über gute allgemeinärztliche Kenntnisse.
- Sie schätzen es, selbstständig und eigenverantwortlich zu arbeiten.

Wir bieten

- sehr flexible Arbeitszeitmodelle, selbstverständlich auch auf Teilzeitbasis
- attraktive leistungsgerechte Vergütung (gem. TV-Ärzte)
- einen abwechslungsreichen und verantwortungsvollen Arbeitsbereich mit großem Gestaltungspotential und vielfältigen persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten
- großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildung

Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Chefarztin Frau Dr. Sylvia Wachholz unter Tel. +49 (0)4561 611-4611.

Senden Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:
AMEOS Klinikum Neustadt · Frau Svenja Wulf
Wiesenhof · D-23730 Neustadt
Tel. +49 (0)4561 611-4309 · wulf@psychatrium.de

www.ameos.eu

WB-Assistent/in Allgem.Med.
für Allgemeinmed./intern. GM Praxis im Nordwesten von HH mit großem alternativmed. Spektrum (NHV, Chiro, AKU) ab April 2011 gesucht, Tel. 551 90 51.

Kollege/in für hausärztl.-internist. Praxis zur Anstellung in Hamburg gesucht.
Zuschr. erb. unter T 7192 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA/FÄ f. Allgemeinmedizin
von vielseitiger, gr. Allgemeinpr. m. NHV in Pinneberg zur Anstellung in Teilz. ges. Tel. 04101-810011 dr-fuerth@web.de

Diabetologe/in
von Diabetes Schwerpunkt in HH gesucht, Teil-, Vollzeit, Wiedereinstieg. Zuschr. erb. unter L 7174 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Ein erfolgreiches Team sucht Sie!

Die **KLINIKUM BAD BRAMSTEDT** GmbH ist ein gemeinnütziger Konzern mit 3 Standorten in Schleswig-Holstein und Hamburg. Sie besteht aus einem Fachkrankenhaus mit 219 Betten und aus Rehabilitationskliniken mit 470 Betten und 198 ambulanten Plätzen. Das **KLINIKUM BAD BRAMSTEDT** ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Hamburg und Schleswig-Holstein. Das **KLINIKUM** ist Mitglied der Krankenhauskooperation 5K mit über 7.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Für unsere Klinik für Wirbelsäulenchirurgie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

ASSISTENZARZT/-ÄRZTIN

ORTHOPÄDIE/UNFALLCHIRURGIE

Im Rahmen einer Kooperation zwischen der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie des Klinikums Bad Bramstedt und der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums Itzehoe bieten wir durch Assistentenrotation die volle Weiterbildungsmöglichkeit zur/zum Fachärztin/Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

In der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie behandeln wir jährlich ca. 900 stationäre Patienten. Es werden operativ sämtliche Abschnitte der

Wirbelsäule (sowohl degenerative als auch traumatische, tumoröse und entzündliche Veränderungen) versorgt.

Wir suchen eine engagierte, flexible, teamorientierte Persönlichkeit, die sich durch eine innovative und vor allem patientenorientierte Arbeitsweise auszeichnet.

Vorabinformationen erhalten Sie vom Leitenden Arzt der Wirbelsäulenchirurgie, Herrn PD Dr. med. T. Ernstberger, unter Telefon 04192/90 - 24 11.

Weiterhin suchen wir für die Klinik für Orthopädische Rehabilitation und für die Klinik für Neurologische Rehabilitation zum nächstmöglichen Zeitpunkt jeweils eine/n

ASSISTENZARZT/-ÄRZTIN FÜR NEUROLOGIE

ASSISTENZARZT/-ÄRZTIN FÜR ORTHOPÄDIE

Auf Sie warten in unserer modernen Klinik attraktive und berufsorientierte Weiterbildungsmöglichkeiten:

- 2 Jahre für das Fachgebiet Orthopädie
- 3 Jahre für das Fachgebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin (voll)
- 2 Jahre für die Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie (voll)
- 1,5 Jahre für das Fachgebiet Neurologie,
- 1 Jahr Sozialmedizin (voll)

In der Klinik für Neurologische Rehabilitation werden sämtliche neurologischen und neurochirurgischen Krankheiten im postakuten und chronischen Stadium behandelt (entsprechend Phase C und D).

Wir bieten ein anspruchsvolles und interessantes Aufgabengebiet und eine attraktive Vergütung auf der Grundlage des TV-Ärzte. Arbeiten auf hohem Niveau – kommen Sie zu uns in das **KLINIKUM BAD BRAMSTEDT**. Wir freuen uns auf Sie!

In der Klinik für Orthopädische Rehabilitation reichen die Behandlungsschwerpunkte von der Frührehabilitation, der Nachbehandlung nach orthopädischen und traumatologischen Eingriffen sowie Unfällen bis hin zur konservativen orthopädischen Therapie incl. berufs-spezifischer Rehabilitation und Schmerztherapie.

Vorabinformationen erhalten Sie für die Stelle Assistenzarzt (m/w) für Neurologie vom Ärztlichen Direktor und Leitenden Arzt der Klinik für Neurologische Rehabilitation Herrn Dr. med. A.C. Arlt unter Telefon 04192 / 90 - 23 22 und für die Stelle Assistenzarzt (m/w) für Orthopädie vom Leitenden Arzt der Klinik für Orthopädische Rehabilitation Herrn Dr. med. J. von Bodman, unter Telefon 04192 / 90 - 25 71.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe Ihres möglichen Eintrittstermins an folgende Adresse:

KLINIKUM BAD BRAMSTEDT GmbH
Personalabteilung
Oskar-Alexander-Straße 26
24576 Bad Bramstedt

 **KLINIKUM**
Bad Bramstedt
Leben in Bewegung

www.klinikumbadbramstedt.de

Kompetenter Arzt für die
Ultraschalldiagnostik halbtägig
gesucht.
Zuschr. erb. unter U 7193 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ/FA Innere/Kardiol.
in Teilzeit ges. für Privatpraxis in
HH-Zentrum.
Zuschr. erb. unter R 7187 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Fachübergreifende Gem.Praxis
in der Praxisklinik Travemünde su.
Arzt/Ärztin f. Innere Medizin o. Allge-
meinmedizin in fortgeschr. o. mit
abgeschlossener Weiterbildung
u. einen WB-Assistentin/en zu attrak-
tiven Bedingungen u. längerfristiger
Zusammenarbeit. Dres.med. Mohr/
Greiling, Praxisklinik Travemünde,
Am Dreilingsberg 7, 23570 Lübeck,
Tel. 04502-99 92 22

Kinderärztin/Kinderarzt
zur Mitarbeit in großer kinderärzt-
lichen Praxis im Osten Hamburgs ge-
sucht.
Zuschr. erb. unter P 7185 an Hamb.
Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH



**Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Neumünster GmbH**
Friesenstr. 11
24534 Neumünster



Die in Erweiterung befindliche **Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie** sucht für den Einsatz wahlweise im FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster oder im Klinikum **Bad Bramstedt** ab sofort

Ärztinnen/Ärzte

Innere, Allgemeinmedizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin

Willkommen sind sowohl Berufsanfänger als auch Kollegen in fortgeschrittener Weiterbildung oder Fachärztinnen/Fachärzte mit der Option für eine spätere Oberarztposition.

Die Geriatrie im FEK Neumünster (geplanter Stellenschlüssel: 1/3/7,5) liegt in der Mitte des Schwerpunktkrankenhauses (645 Betten) und ist mit Notaufnahme, Innerer Medizin, Neurologie/Stroke Unit, Traumatologie, Abdominal-, Gefäß- und Neurochirurgie u. a. eng vernetzt.

Im Rahmen eines Kooperationsvertrags im 5K-Verbund versorgen wir ärztlich ebenfalls die Geriatrie im Klinikum Bad Bramstedt. Dort findet vom 22. - 24. September 2011 unter Leitung des Chefarztes der 22. Deutsche Geriatriekongress statt.

Wir bieten eine breit angelegte Weiterbildung für Berufsanfänger. Auch erfahrenen Kollegen oder „Wiedereinsteigern“ bieten wir eine attraktive Dauerposition. Es besteht die Option, perspektivisch eine Oberarztposition zu übernehmen.

Wir bieten:

- Geregelt und gleichzeitig flexible Arbeitszeiten (z. B. in Teilzeit)
- Angenehmes, familienfreundliches Arbeitsklima
- 2 Jahre Basis-Weiterbildung Innere Medizin
- 1 ½ Jahre Allgemeinmedizin (davon ½ Jahr ambulante hausärztliche Versorgung)
- 1 Jahr Unfallchirurgie in Rotation
- Volle Weiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin (in Rotation mit der Chirurgie)
- Volle Weiterbildung Geriatrie
- Promotionsmöglichkeit
- Intensive und strukturierte Fortbildungen
- Fortbildungen im 5K-Verbund

Ferner bieten wir durch eine mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein getroffene Vereinbarung den vollständigen Abschluss der Weiterbildung Allgemeinmedizin (einschließlich Praxistätigkeit) an.

Für Vorabinformationen steht Ihnen gerne der Chefarzt der Geriatrie, Herr **PD Dr. Hofmann**, unter der Tel.-Nr. 04321/405 7020 oder 405 7021 zur Verfügung.

Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an unsere Personalabteilung oder gerne auch per E-Mail an: **werner.hofmann@fek.de**.

Das FEK ist Akademisches Lehrkrankenhaus für die Medizinischen Fakultäten der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität Hamburg sowie Mitglied des Krankenhausverbundes 5K mit über 7.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 645 Betten bieten wir eine umfassende medizinische und pflegerische Versorgung für Neumünster und Umgebung.

www.fek.de

WB-Assistent/in in hausärztl.-internist. Praxis ab 01.06.2011 gesucht. Kurze Bewerbung an FAX: 040-672 17 57

Allgemeinmedizin + NHV in Elmshorn

Moderne Praxis mit weitem Spektrum von Innerer Medizin bis Akupunktur/NHV sucht **WB-Ass.** in Teil- od. Vollzeit zum 1.4.2011.

Nettes Praxisteam mit angenehmer Arbeitsatmosphäre.
Praxis am Alten Markt, Alexandra Iwanow; 0179-590 55 90

WB-Assist., auch TZ,

ab sofort von Allg.-med. Praxis in HH-Ottensen gesucht. Tel. 39 90 73 77

Große Hausarztpraxis im

Bezirk Wandsbek su. zum nächstmögl. Zeitpunkt eine/n angestellte/n Facharzt/Fachärztin f. Innere Medizin bzw. Allgemeinmed. Voll- od. Teilzeit möglich. Kassensitz vorhanden. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung.

Zuschr. erb. unter Q 7186 an Hamb. Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Med./kosmetische Praxis, Hamburg, sucht für Botox-Behandlungen sofort **Arzt/Ärztin auch halbtags** contact@jimedia.org T. 015775708068

Praxisgemeinschaft sucht

Facharzt/in für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Ultraschalldiagnostik-Erfahrung zur Mitarbeit bzw. späteren Assoziation.

Zuschr. erb. unter W 7148 an Hamb. Ärztblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH



Die Strathmann Unternehmensgruppe zählt mit ca. 100 Mitarbeitern und über 45 Millionen Euro Umsatz zu den mittelständischen Pharmaunternehmen in Deutschland. Zur Verstärkung unseres Teams in der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine/n

Ärztin/Arzt

als Mitarbeiter/in in der med.-wiss. Abteilung

Ihre Aufgabe:

- Wissenschaftliche Betreuung von Produktlinien, vorwiegend im Bereich Dermatologie
- Erstellen von Gutachten und wissenschaftlichen Publikationen
- Beratung von Ärzten, Apothekern und bei Patientenfragen
- Inhaltliche Unterstützung der Marketing-Abteilung
- Überwachung und Berichterstattung zur Arzneimittelsicherheit
- Projektleitung bei in Auftrag gegebenen klinischen Studien

Ihr Profil:

- Abgeschlossenes Studium der Medizin, zumindest erste Berufserfahrung, gerne auch Wiedereinsteiger/innen in den Beruf
- Hohe Lernbereitschaft, Selbstmotivation und Gewissenhaftigkeit
- Sehr gute schriftliche und mündliche Kommunikationsfähigkeit
- Sicherer Umgang mit MS Office und gute Englischkenntnisse
- Bereitschaft zum gelegentlichen Reisen

Wir bieten:

- Ein angemessenes Gehalt entsprechend der Qualifikation
- Ein freundliches Arbeitsklima im Familienunternehmen
- Ein vielfältiges und interessantes Betätigungsfeld
- Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeit für die Vollzeitstelle

Bewerben

Interesse geweckt? Wir würden Sie gerne kennen lernen und freuen uns auf Ihre aussagekräftige schriftliche Bewerbung mit Angabe Ihres frühestens möglichen Eintrittstermins sowie Ihrer Einkommensvorstellung.

Strathmann GmbH & Co. KG · Personalabteilung
Sellhopsweg 1 · 22459 Hamburg
personal@strathmann.de · Internet: www.strathmann.de

IGBSS GmbH – Institut für Gesundheitsberatung – Service – Support

Sucht für ein innovatives Kooperationsprojekt in Hamburg:

FA für Innere Medizin - Kardiologie - Angiologie (m/w)

FA für Innere Medizin - Pneumologie (m/w)

FA für Innere Medizin - Gastroenterologie (m/w)

Die Positionen sind auf Abteilungsleiterbene angesiedelt mit leitenden Teilfunktionen. Die Tätigkeitsbereiche umfassen sowohl stationäre wie auch ambulante Aufgaben. Ebenso gehören wissenschaftliche und Weiterbildungsaufgaben zu Ihrem Verantwortungsbereich.

Sie erwartet:

- ein innovatives Versorgungskonzept starker, kompetenter, ambulanter und klinischer Partner
- ein hochkompetentes, kollegiales Team
- eine umfangreiche, modernste technische Ausstattung
- ein interdisziplinäres klinisches Umfeld
- eine Position mit Chancen zum Ausbau Ihrer Tätigkeit und zum Aufstieg innerhalb des Konzeptes
- Arbeitsbedingungen und eine Bezahlung die Ihrer Position angemessen ist

Von Ihnen wird erwartet:

- Die Facharztanerkennung und Teilgebietenanerkennung
- Eine umfangreiche klinische und interventionelle Erfahrung
- Die Weiterbildungsbefugnis im Fachgebiet oder das Interesse sie zu erwerben
- Eine begonnene oder abgeschlossene Habilitation (keine Bedingung)
- Eine hohe Kompetenz der patientenorientierten Kommunikationsfähigkeit
- Interesse an innovativer Diagnostik und Therapie
- Interesse über die fachspezifischen Belange hinaus an kollegialer Kommunikation, Kooperation und an organisatorischen Abläufen im klinischen und ambulanten Bereich
- Flexibilität, Einsatzfreude, Eigeninitiative, Engagement und Teamgeist

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an die IGBSS GmbH z. Hd. Frau S. Heuer, Sierichstraße 54, 22301 Hamburg, Fax: 040 46774679, Tel.: 040 46774678. Wir nehmen umgehend Kontakt zu Ihnen auf. Selbstverständlich wird eine absolute Vertraulichkeit zugesichert.

Hausarzt/Internist

in Festanstellung von GP gesucht. Zuschr. erb. unter M 7175 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA Neurochirurgie

für Top-Lage Hamburger Innenstadt in fachübergreifendem Ärztezentrum gesucht. Gute Bezahlung sowie Beteiligungsmöglichkeit. Tel. 0171-470 47 57

Hausärztlich u. diabetologisch arbeitende Praxis im Süden Hamburgs sucht baldmöglichst

eine/n Praxisassistentin/en.

Halbtagsstelle u. Weiterbildung Diabetologie ebenso wie späterer Einstieg als Praxispartner möglich. Zuschr. erb. unter R 7138 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Betriebsarzt + Arzt?

Arbeits/Betriebsmediziner/-in zur Betreuung von Betrieben, optional Mitarbeit oder Weiterbildung Allgemeinmedizin. Kollegiales Klima, faire Konditionen. Auch TZ/Assoziation möglich. **Praxis Dr. Kulemann im CCB** Bergedorfer Straße 105 · 21029 HH **Telefon 040-72 00 82 73** **kulemann@betriebsarzt-ccb.de**

Arzt/Ärztin für

Allgemeinmedizin/Innere

Für unsere Gemeinschaftspraxis im Westen Hamburgs suchen wir ab sofort oder später eine freundliche und kompetente Kollegin/einen Kollegen im Angestelltenverhältnis, auch Teilzeit möglich.

Zuschr. erb. unter X 7149 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Weiterbildungsassistent/-in

für vielseitige, große Allgemeinpraxis mit NHV in Pinneberg gesucht, Voll- od. Teilzeit, WB-Ermächtigung f. 18 bzw. 3 Mon. Tel. 04101-81 00 11, E-Mail: dr-fuerth@web.de

Wir suchen für hausärztl.

Gemeinschaftspraxis (+Kinder) Unterstützung 1/2 Tag/Wo+Ferien Imdahl, Glinde, 040-71074 21

2 Jahre WB-Stelle Innere u. Allg.med. HH-Ost

Gr. HA-Praxis (Inh. selbst ÄK-Prüfer) su. WB-Ass. per 1.04.2011. Zuschr. erb. unter W 7196 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Arztshelfer/in (MFA)

für moderne orthopädische Praxis in Barmbek gesucht. Mit Kenntnissen in medizin. Softw. und MS-Office. Wir bieten: übertarifliche leistungsorient. Bezahlung (evtl. auch Teilzeit möglich). Bewerbung bitte an: dr-doukas@gmx.de

Stellengesuche

Erf. FÄ für Anästhesiologie

su. Teilzeitstelle, gute ITS-Kenntnisse ohne Zusatzbezeichnung spez. Schmerztherapie, Palliativmedizin E-Mail: anaesth_HH@email.de

FÄ für Neurologie

sucht neue Herausforderung in Teilzeit. Zuschr. erb. unter Q 7135 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

HNO-Fachärztin

mit langjähriger Praxiserfahrung sucht Mitarbeiter. Zuschr. erb. unter Y 7150 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Fachärztin f. Neurochirurgie

sucht Stelle (auch auf Halbtagsbasis) in Praxis oder MVZ. Zuschr. erb. unter A 7152 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Stelle Neurologie

von Ärztin in fortgeschrittener WB FA Psych./PT (TP) gesucht. Zuschr. erb. unter N 7181 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ f. Psychiatrie & Psycho-

therapie su. amb. Neuorientierung. Zuschr. erb. unter O 7184 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Klinische Studien Assist.

kompetente Unterstützung bei Organisation, Durchführung und Dokumentation klinischer Studien. Freiberuflich, Arbeitszeit nach Absprache. Kontakt: Studienassistentz@t-online.de

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

sucht Kassensitz/Jobsharing (auch hälftiger Versorgungsauftrag) in HH/südl. SH/nördl. Niedersachsen. Zuschriften an: hamburgkvsitz@gmx.de

Teilzeitmitarbeiter/in FÄ/FA Allgemeinmedizin

für alteingeführte Allgemeinpraxis gesucht. KV-Sitz ist vorhanden. Zuschr. erb. unter U 7141 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Psychol. Psychotherapeut VT

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

Erfahrene Kinderärztin

sucht Praxisanstellung im Raum Hamburg. Zuschr. erb. unter C 7158 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ für Neurologie,

langjährige Praxiserfahrung, sucht in HH neue Tätigkeit in Praxis/MVZ, Anstellung oder Assoziation. Zuschr. erb. unter D 7159 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Frauenarztpraxis sucht Koop.

Halber KV-Sitz u. Räume vorhanden in Harvestehude, auch andere Fachrichtungen, Tel. 0172-401 09 82

Honorararztvertretung

ÄRZTLICHE HONORARVERTRETUNGEN SEIT 2004

Honorararztvertretung

Perspektiven für Ärzte – Optionen für Personalbeschaffer!

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

Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gern!

FreeCall 0800 3336300

www.honorararztvertretung.de • info@honorararztvertretung.de

Vertretungen

Praxisvertretung (Allgmed.)

HH-Ost, für April 2011 3–4 Wochen, danach ca. 1,5 Wo./monat. gesucht, Tel. 040-738 52 82.

Kompetenter erf. Orthopäde

übernimmt Praxisvertretung. Zuschr. erb. unter F 7163 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Entlastung gesucht?

FÄ für Allgemeinmedizin vertritt/entlastet gerne regelm. an halben/ganzen Wochentagen, 0174-943 63 27 oder entlastungsärztin@gmx.de

Online-Anzeigenannahme
www.wels-verlag.de

KV-Sitz

Suche für gemeinschaftliches Ärztezentrum in HH-City, Spitalerstraße, ab sofort:

Orthopäd.-, Neurolog.-, Radiologische-Sitze.

Mitarbeit/Kooperation möglich, Tel. 0171-470 47 57

Internistischer Sitz gesucht

für gemeinschaftliches Ärztezentrum in der Hamburger City, Spitalerstraße. Mitarbeit/Kooperation möglich, Tel. 0171-470 47 57

KV-Sitz f. Allgemeinmed.

u/o Praxis in Eimsb. an MVZ o. GP z. 1.03.12 abzugeben, Raoster@web.de

Augen KV-Sitz in Hamburg

sobald oder später gesucht. Zuschr. erb. unter Z 7151 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausärztlicher KV-Sitz in Hamburg gesucht.

Zuschr. erb. unter G 7164 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

VT-Sitz gesucht.

Psych. Psychotherapeutin (VT/DBT) sucht halben/ganzen Kassensitz o. Jobsharing in HH. Zuschriften: vtpraxis-hamburg@web.de

KV-Sitz bzw. Hausarztpraxis

in HH zu kaufen gesucht. Zuschr. erb. unter K 7173 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

KV-Sitz Innere gesucht

Überörtliche Gemeinschaftspraxis sucht fachärztl.-intern. Sitz. Auch Kooperation od. hälftiger Sitz mgl. Zuschr. erb. unter V 7195 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Online-Anzeigenannahme
www.wels-verlag.de

Praxisgesuche

Orthopädische oder Unfallchirurgische Praxis

in Hamburg zu kaufen gesucht, Dr. Dahmen Tel. 0172-405 56 35

Praxisabgabe

Intern. Hausarztpraxis

(Bramfeld) überdurchschn. Scheinzahl, ab März 2011 abzugeben. Zuschr. erb. unter K 7121 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Allgemeinpraxis

mit KV-Sitz, alteingeführt, zum 01.01.2012 abzugeben. Zuschr. erb. unter S 7139 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisabgabe (Forts.)

LEBENSQUALITÄT

GYNPraxis (Ärzttehaus) in Kurstadt am Teuto, Nähe Bl. Festes, überw. jugdl. Klientel, hohe Anz. grav. ca. 1000 Scheine, durchschn. 45 €. Arbeitseinsatz GKV < 35 Std./Wo., Übergang mgl. Zuschr. erb. unter P 7131 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Allgemeinmedizinpraxis

überdurchschnittlich, zentrale Lage, kurzfristig sehr günstig abzugeben. Zuschr. erb. unter T 7140 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kleine, nette Allg. Praxis,

rel. zentral, abzugeben (ohne KV-Sitz). Zeitpunkt: nach Absprache. Zuschr. erb. unter V 7143 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Allg.med. Hausarztpraxis

Praxis mit KV-Sitz in Praxisgem. in HH-Mitte abzugeben, praxis-hh@web.de

Privatpraxis Allgemein-

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

Allgemeinpraxis

Groß, solide, für € 1,- abzugeben. Zuschr. erb. unter H 7170 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Landarztpraxis Umgebung HH

lang eingeführte umsatz- u. gewinnstarke Allgem. Arztpraxis, Teil einer Praxisgemeinschaft zum Anfang 2012 abzugeben. Geregelter Bereitschaftsdienst, sehr gute Infrastruktur, alle Schulen vor Ort (13.000 Einwohner) Zuschr. erb. unter I 7171 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisübernahme

Suche Allgemeinmed. Praxis

mit KV-Sitz zur Übernahme, auch BAG, ggf. zunächst m. Job-sharing. Zuschr. erb. unter E 7162 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Diabetologe

su. Schwerpunktpraxis z. Einstieg/Übernahme. Zuschr. erb. unter S 7188 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisräume

Praxisraum bis 80 m² gesucht

(Bereich Wandsbek-Markt, Horn, Billstedt) gern auch Mitbenutzung. Zuschr. erb. unter B 7153 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Wilhelmsburg, Am Stübenplatz

Neubau, Teilvermietung in Gemeinschaftspraxis, ca. 70-80 m², 11,00 €/m², Grundriss kann noch mitgestaltet werden, Tel. 413 305 502

Praxis in Eppendorf

3 helle Räume, Fenster zum Park, für Ärzte, Therapeuten od. andere im CiM (Centrum für innovative Medizin), Falkenried 88 (neben dem UKE), Voll- od. Teilnutzung, Tel. 040-46 85 87 00

Praxisräume

Bahrenfelder Chaussee 77,

137 m² Paxis-/Büro-/Ladenfläche, EG, € 8,00/m² + NK + MW + Court., Klaus Köser GmbH, Tel. 89 22 85

Ottensen

1-2 helle Praxisräume in Allgemeinmedizinischer Praxis zu vermieten, Tel. 040-745 80 56

154 m² im Ärzttehaus

Dulsberg, Zahnarzt/Augenarzt vorhanden, Bj. 94, I. OG, Fahrstuhl, Stellplätze in TG, per sofort od. später, THEOBALD DANIELSEN GmbH, Tel. 040-514 89 80

Wilhelmsburg, Am Stübenplatz

Neubau, Praxisfl. im EG, ca. 230 m², 11 €/m², Grundriss kann noch mitgestaltet werden, Tel. 413 305 502

HH-Eimsbüttel, Am Weiher 7

(unmittelbare Nähe Osterstr.), Praxisräume 170 m² NFL, Raumaufteilung u. Ausstattung nach Mieterwunsch. Bezug ca. 1.08.11, Miete 14,- ex/BK/Hzg., keine Court., Allgeminmed. Praxis im Haus. Pfadt & Pfadt Immobilien Tel. 450 606 74/76

PRAXISRÄUME in Iserbrook

Apotheke, Krankengymnastik, Sanitäts-haus uw. im Hause. Miete n. Absprache, Fahrstuhl, Parkplätze, Hauptstraße, INFO 0172-430 93 97

Vermietungen

Praxisräume in Harvestehude

170 m², komplett od. Teil- bzw. Einzelraumvermietung Tel. 0172-401 09 82.

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



Medizintechnik/Medizinische Geräte



Siemens Ultraschall

Neu-, Vorführ- und Gebrauchtsysteme, Schallkopf-Service

Ausstellung und Vorführungen:
in den Siemens Ultraschall Centern
Universitätsallee 16 · 28359 Bremen
Lindenplatz 2 · 20099 Hamburg
Terminabsprache erforderlich.

Büro:
Butendiek 20
28865 Lilienthal
Tel. 04298 915302
Fax 915303
Mobil 0160 4704683
www.gallein-medizintechnik.de



Approved Partner
Description
Description continued
SIEMENS

Finanzierung mit Siemens
Finance & Leasing GmbH

GALLEIN)))
Medizintechnik

Ultraschall

TOP-Service

- Neu- und Gebrauchtsysteme namhafter 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.: 040 - 180 10 282
Fax: 040 - 180 10 283

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

www.amt-abken.de

info@amt-abken.de

Fortbildung/Seminare

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

EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

Berufsbildungsstätte der
Ärztelkammer Schleswig-Holstein



AUFSTIEGSFORTBILDUNGEN MIT STAATLICHER ANERKENNUNG

- **Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen** (800 Ustd.), 15. Seminarreihe, Beginn: August 2011
- **Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung** (460 Ustd.), 32. Seminarreihe, Beginn: August 2011

WEITERBILDUNGEN

- **Strahlenschutzkurs für medizinisches Assistenzpersonal** (90 Ustd.), Beginn: Februar, März, Mai, Juni 2011
- **Diabetesassistentin** (184 Ustd.), 4. Seminarreihe, Beginn: September 2011

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



DÄGfA

Kompetenz und Erfahrung
in Akupunktur und
Chinesischer Medizin

ÄRZTLICHE AKUPUNKTUR

- Qualitätsstandard seit 1951
- authentische Dozenten
- für die tägliche Praxis
- zertifiziert durch ÄK
- gemeinnützig
- Wissenschaftsförderung
- 130 Qualitätszirkel
- Intern. Anerkennung

JETZT NEU! „Meister der Akupunktur DÄGfA“

Grundausbildung 2011 bundesweit

Akupunktur in der Allgemeinmedizin/Innere
26./27.03.2011 in Hamburg

Medizinisches Update · Integrative Ansätze · Praxisnah

Folgetermine und Kursangebote unter www.daegfa.de
Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V., gegr. 1951
Tel. 089/7100511 · Fax 089/7100525 · fz@daegfa.de

MD HORIZONTE

SEMINARE 2011

Westerland/Sylt

ZERTIFIZIERTE FORTBILDUNGEN

REPETITORIUM ANÄSTHESIOLOGIE

Samstag, 30.04. bis Samstag, 07.05.2011

REPETITORIUM INTENSIVMEDIZIN

Montag, 17.10. bis Samstag, 22.10.2011

NOTFALLMEDIZIN

FACHKUNDE RETTUNGSDIENST

Samstag, 10.06. bis Samstag, 18.06.2011

Samstag, 17.09. bis Samstag, 24.09.2011

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Samstag, 14.05. bis Samstag, 21.05.2011

Samstag, 22.10. bis Samstag, 29.10.2011

PALLIATIVMEDIZIN

Kurs-Weiterbildung und Fallseminare

Montag, 21.03. bis Freitag, 25.03.2011

Montag, 15.08. bis Freitag, 19.08.2011

Montag, 17.10. bis Freitag, 21.10.2011

Postfach 92 04 19 Telefon. 040 881 61 884
21134 Hamburg Telefax 040 866 91 158
info@md-horizonte.de www.md-horizonte.de



Fortbildung/Seminare (Forts.)



Gesellschaft zum Studium der Akupunktur

Budgetfreies Geld

Neues 2tes Standbein

Akupunktur-KOMPAKT-Kurse (ÄK-anerkannt!) für Anfänger
(Block A, B & C oder Block D, E & G - 72 UE) und Fortgeschrittene (Refresher/Hospitation,
QZ - 60 UE) Psychosomatische GV (50 UE), Spez. Schmerztherapie (80 UE)

Sonne, Meer, Sport & Spass, 24 h ALL INKLUSIVE!

CLUB MAGIC Life Kalaway Imperial/Ägypten, Rotes Meer

Termin: 18.03. bis 27.03.2011

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

www.westerland-seminar.de

Coaching

KARIN WEIST COACHING

professionelles
Einzelcoaching
für Ärzte

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

Medizinischer Schreibdienst

Sie suchen Lösungen?

- Medizinische Schreibarbeiten?
- Organisation im Büro auch privat?
- Vorbereitung/Buchhaltung
auch für Steuerberater?

Ich bin für Sie da!

Nicole Kuschel · Tel. 04101 775173

Online-Anzeigenannahme

www.wels-verlag.de

Unternehmensberatung

Herbert-Weichmann-Straße 7 · 22085 Hamburg
Tel. 040/539 100 68 · info@horstmann-praxisberatung.de



Praxisberatung für Heilberufe

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

www.horstmann-praxisberatung.de

Steuerberatung

© by aescutax.com



AESCUTAX

Steuerberatungsgesellschaft



Ist Ihre Praxis gesund?

Vitaler Erfolg erfordert Diagnose & Behandlung
durch Spezialisten.

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



ADVIMED
wirtschaftliche und steuerliche Beratung
für Heilberufler

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

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

DELTA Steuerberatung
Bad Segeberg | Heide | Hamburg



**Steuerberatung für Ärzte
seit über 40 Jahren**

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



estimed
bewerten.bewegen

Unsere Leistungen:

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

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

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

www.estimed.de

Mail:
beratung@estimed.de


Rechtsanwälte

Wer Recht behält, ist gut beraten

Beratungsschwerpunkte:

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

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



rechtsanwälte
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ballindamm 8
20095 Hamburg
Telefon: 040/209 44 90
Telefax: 040/209 44 910

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

Balint-Gruppe

Neu: Do.-abend, Innenstadt, Neuer Wall. 37 34 92 dr.sbraun@yahoo.de

Balint-Gruppe
Dienstags 20.00–21.30 Uhr
14-tägl., Tel. 460 40 45

„Balint“ – orientiert interdisziplinär ärztliche Arbeitsgruppe unter Einschluss von „energetischen Gesichtspunkten“!

Leitung: Dr. Hans Nowotny (med.)/Christine Schenk (energ.)
Gruppenveranstaltung: Samstag 26.03.2011 · 9–17 Uhr · 200 €
in: Deutsche Schule für angewandte Energiekörpermedizin,
Wandsbeker Allee 72 · 22041 Hamburg · Tel.: 040 27 1677 66

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

Bestattungen

Ertel
Beerdigungs-Institut

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

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Samstag, 12. Februar 2011, 9:00 bis 13:00 Uhr

► Sportverletzungen heute:

Aktuelle Trends in Therapie und Rehabilitation ⑤*

Neben der Kooperation beider Bereiche bietet das 1. Interdisziplinäre Hand-in-Hand Symposium Orthopädie-Physiotherapie Einblicke in neue Diagnosetrends und Gelegenheit zum kollegialen Austausch.

Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie

Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Hs. 4, Mehrzweckhalle, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

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

E-Mail: s.scheel@asklepios.com

Mittwoch, 16. Februar 2011, 17:00 bis 19:45 Uhr

► Alles Schwindel! Ein Symptom und viele Ursachen ④*

Wir geben einen Überblick zum Thema und stellen unser Konzept zur Schwindeldiagnostik vor.

Asklepios Klinik Wandsbek, Abteilungen Neurologie und Wirbelsäulenchirurgie

Ort: Hotel Le Royal Meridien Hamburg, Raum Blankenese (8. OG), An der Alster 52-56, 20099 Hamburg

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

Mittwoch, 16. Februar 2011, 19:00 bis 21:00 Uhr

► BOS Barmbeker Ophthalmologisches Symposium ③*

In dieser Veranstaltung erörtern wir gemeinsam aktuelle Themen und Fallberichte, diesmal u.a. neueste Entwicklungen auf dem Gebiet der Presbyopiekorrektur.

Asklepios Klinik Barmbek, Augenklinik

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

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

E-Mail: u.schaudig@asklepios.com

Mittwoch, 23. Februar 2011, 17:15 bis 20:00 Uhr

► 8. Altonaer Neurotag

Vom Symptom – zur Diagnose – zur Therapie ④*

Wir setzen die Veranstaltungen unseres Neurozentrums in diesem Jahr mit aktuellen Beiträgen und Diskussionen zu Liquorzirkulationsstörungen fort.

Asklepios Klinik Altona, Neurozentrum (Neurologie, Neuro-radiologie und Neurochirurgie)

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;

E-Mail: u.kehler@asklepios.com

Mittwoch, 23. Februar 2011, 18:00 bis 20:00 Uhr

► Symposium Neue Entwicklungen in der Thoraxonkologie ③*

Das Symposium vermittelt anlässlich der Erweiterung der Therapiemöglichkeiten an der Asklepios Klinik Barmbek einen Überblick über die interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit Tumoren im Thorax.

Asklepios Klinik Barmbek, Pneumologie/Thoraxchirurgie

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume EG, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 48 09;

E-Mail: pneumologie.barmbek@asklepios.com

Samstag, 26. Februar 2011, 9:00 bis 15:00 Uhr

► 10. Hanseatische Klinikkonferenz –

Kardio-Medizin ⑥* + ②*

Wir möchten Ihnen mit Fallbeispielen, Kurzvorträgen und Diskussionen ein praxisorientiertes Update zu aktuellen Methodenentwicklungen der Herzmedizin geben.

Asklepios Kliniken Altona, Barmbek, Harburg, Nord - Heidberg, St. Georg, Asklepios Westklinikum Rissen

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;

E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 9. März 2011, 18:00 bis 20:00 Uhr

► Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium ③*

Schwerpunktthema dieser zweiten Veranstaltung des Jahres sind die Neuen Leitlinien 2010 zur Reanimation.

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

Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Sitzungssaal Hs. J (2. OG), Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Ab Januar 2011

► Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte ④0*

Interaktiver E-Learning-Kurs nach den RKI-Richtlinien mit Selbststudium. Präsenzveranstaltung am 14./15. April 2011 mit Gelegenheit zum kollegialen Dialog. Zertifiziert nach ZFU und Kriterienkatalog der Bundesärztekammer. Die Teilnehmerzahl ist auf 50 begrenzt.

Teilnahmegebühr: 450,- Euro

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Anmeldung erforderlich: aerzteakademie@asklepios.com

*Fortbildungspunkte

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie

 **ASKLEPIOS**

Gemeinsam für Gesundheit