

10•10

10. Oktober · 64. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 20

Vergütung
„Asymmetrische Verteilung“
gefährdet Versorgung

Forum Medizin | 22

Ausstellung am UKE
Sehen und
sichtbar machen

Forum Medizin | 28

Qualitätsmanagement
Kollegenbesuch auf
der Intensivstation

Das Thema | 12

*Vorhofflimmern,
Bypass-Chirurgie,
Karotisstenting*

Prävention *des Schlaganfalls*

Erhöhtes Risiko
erkennen und vorsorgen



Hanseatische Klinikkonferenzen

Nr. 9: Onkologie für Haus- und Allgemeinärzte

Samstag, 20. November 2010, 9:00-15:00 Uhr

Der onkologische Patient – Herausforderung für Klinik und Praxis

Mit interaktiven Fallbesprechungen, Podiums- und Publikumsdiskussionen möchten wir gemeinsam mit Ihnen die gerade bei der Behandlung von Tumorpatienten besonders sinnvolle Vernetzung von Klinik und Praxis stärken.

Ergänzend zu den bewährten Tumorkonferenzen beschäftigen wir uns mit den entscheidenden Themen, die Kliniker und Niedergelassene rund um den onkologischen Patienten bewegen.

Programm

Themenblock „Onkologische Notfälle“

Fallvorstellung „Akutes Abdomen“ Dr. Thomas Mansfeld

Podiumsgruppe: Dr. Claus Brunken, Prof. Dr. Stefan Christl, Prof. Dr. Roman Fischbach, Prof. Dr. Christian Sander, Prof. Dr. Norbert Schmitz, Prof. Dr. Peter-Paul Urban, PD Dr. Norbert Veelken

Themenblock „Interventionelle Onkologie“

Fallvorstellung „Metastasiertes Ösophaguskarzinom“
Dr. Axel Stang

Podiumsgruppe: Prof. Dr. Roland Brüning, Prof. Dr. Roman Fischbach, Dr. Ernst Malzfeldt, Prof. Dr. Wolfgang Schwenk, PD Dr. Gunther H. Wiest, Prof. Dr. Gerd Witte

Themenblock „Nachsorge und Rezidive“

Fallvorstellung „Überraschungen in der Nachsorge“
Dr. Gregor Stavrou

Podiumsgruppe: PD Dr. Martin Busch, PD Dr. Günther Fröschle, Prof. Dr. Gerhard Hintze, Prof. Dr. Karl J. Oldhafer, Prof. Dr. Michael Semik

Themenblock „HNO-Tumore“

Fallvorstellung „Schluckstörungen“ Prof. Dr. Thomas Grundmann

Podiumsgruppe: PD Dr. Martin Busch, Prof. Dr. Jörg Caselitz, Prof. Dr. Thomas Grundmann, Dr. Christoph Külkens, Cornelia Reuß, Prof. Dr. Jobst von Scheel, Prof. Dr. Thomas Verse

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.

27.02.2010 Nr. 7: Gynäkologie und Geburtshilfe
05.06.2010 Nr. 8: Neuro-Medizin
28.08.2010 Nr. 9: Onkologie I

Veranstalter

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Asklepios Klinik Altona
Asklepios Klinik Bad Oldesloe
Asklepios Klinik Barmbek
Asklepios Klinik Harburg
Asklepios Klinik Nord – Heidberg
Asklepios Klinik St. Georg
Asklepios Klinik Wandsbek
Asklepios Westklinikum Rissen

www.asklepios.com

in Kooperation mit der Asklepios Ärztekademie

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: l.goetze@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



Dr. Hanno Scherf
Internist und
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes

»Schreiben Sie fürs
Hamburger Ärzteblatt, Sie sind
in guter Gesellschaft...«

Illustre Autoren

Was haben die folgend aufgereihten, illustren Namen miteinander gemeinsam: Platon, Plinius der Jüngere, Ovid, Li-tai-pe, Nasreddin Hodscha, William Shakespeare, Jonatan Swift, Hermann Melville, Voltaire, Guy de Maupassant, Lew Nikolajewitsch Tolstoi, Fedor Dostojewski, Nikolai Gogol, Anton Cechov, Gottfried Wilhelm Leibnitz, Johann Friedrich Struensee, Rudolf Virchow, Heinrich Schliemann, Johann Wolfgang von Goethe, Friedrich von Schiller, Heinrich Heine, Franz Grillparzer, Wilhelm Busch, Theodor Fontane, Adolf Glasbrenner, Ludwig Thoma, Oskar Maria Graf, Hermann Hesse, Thomas Mann, Rainer Maria Rilke, Elias Canetti, Heimito von Doderer, Erich Kästner, Kurt Tucholsky, Karl Kraus, Thomas Bernhard, Martin Walsler, Robert Gernhard, Georg Kreisler, Uwe Tellkamp, Peter Sloterdijk, Herta Müller, Wislawa Szymborska, Carlo Levi, Rose Ausländer, Amos Oz, Philip Roth, Frank McCourt und Gabriel Garcia Marquez?

Sie schrieben oder – besser gesagt – wurden „medizinliterarisch“ zitiert in den letzten zehn Jahren im Hamburger Ärzteblatt, meist für „Die Blaue Seite“ oder als „Der Blaue Heinrich“.

In den Reigen dieser klangvollen Namen reihten sich auch manche Kollegen und Leser ein, denen es Ansporn war, ihrem Ärzteblatt eine geistreich-besondere Note zu geben. Ihnen gilt mein besonderer Dank.

Der medizinisch-wissenschaftliche und kasuistische Beitrag mancher Kollegen war über die Jahre auch verdienstvoll und auf hohem Niveau, obgleich ich mir als Schriftleiter hier einen kräftigeren Strom an Beiträgen wünschen würde, um „redaktionell“ nicht immer von der Hand in den Mund zu leben. Die Freude zu publizieren ist leider umgekehrt proportional zur Größe der Häuser, die doch aus dem Vollen schöpfen müssten. Was gibt es Spannenderes und Lehrreicherer als Kasuistiken?

Lähmen Kommerzgedanken und Arbeitsverdichtung die Kreativität? Die Asklepioshäuser leisten sich ihre private „medtropole“, wo man den Eindruck hat, dass hier im Heft unter sanftem Druck kreative Außendarstellung diverser Abteilungen geschieht, das Feld der Kasuistik aber kaum bestellt wird.

„Opfere dem Asklepios einen Hahn!“ waren Sokrates' letzte Worte. Er meinte, durch den Tod zu genesen, denn man opferte dem Asklepios nur einen Hahn, wenn schwere Krankheit von einem wick (er empfand das Leben als Krankheit). Ich drehe den Spieß um: Asklepios könnte dem Hamburger Ärzteblatt mal eine Kasuistik opfern für dessen Gesundheit. Gleiches gilt für die anderen bedeutenden „Medizinstandorte“ und Praxen.

Mit leuchtendem Beispiel geht das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg voran, das dieses Jahr bereits seine dritte, brillante Kasuistik eingeschickt hat. Es ist schön, wie die Autoren zeigen, dass der Kern der Medizin (eigentlich) exakte Wissenschaft ist oder sein sollte. Diese Einsicht macht sich erfreulicherweise auch in den Leitmedien breit, in Spiegel, Zeit und Süddeutscher Zeitung, wo derzeit die „Paramedizin“ fast schon am Pranger steht, da wo sie hingehört, der aber die Gazetten viele Jahre (politisch gewollt und: *mudus vult decipi*) wehrhäucherten.

Der Kaiser „Paramedizin“ trägt keine Kleider!

Schreiben Sie fürs Hamburger Ärzteblatt, Sie sind in guter Gesellschaft!

Hanno Scherf



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

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Joachim Röther, Asklepios Klinik Altona, **PD Dr. Jan Regelsberger**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, und **Prof. Dr. Joachim Schofer**, MVZ Prof. Mathey, Prof. Schofer, schreiben über Aspekte der Schlaganfall-Prävention (Seite 12). **Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach**, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am UKE, informiert über die neue Ausstellung im Institut (Seite 24). **Stabsarzt Marc Potinius**, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, schildert einen Fall von akut-intermittierender Porphyrrie (Seite 36).



Das Thema

- 12 **Prävention des Schlaganfalls**
Erhöhtes Risiko erkennen und vorsorgen
Von Prof. Dr. Joachim Röther, PD Dr. Jan Regelsberger, Prof. Dr. Joachim Schofer u. a.

Service

- 6 Gratulation
7 In memoriam
8 Verlorene Arzttausweise
17 Sono Quiz
26 Terminkalender
31 Sicher verordnen
39 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6-11 **Personalien** · Nachruf Prof. Dr. Rolf Bialas · Nachruf Dr. Peter Scheutzwow · Neuer Service für Praxisinhaber · Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte am Krankenhaus · Führung durch die Elbphilharmonie · Lehraufträge zu vergeben · Brust-OP per Mausclick für 2,57 Euro

Gesundheitspolitik

- 20 **Vergütung** · „Asymmetrische Verteilung“ gefährdet Versorgung. Von Dr. Michael Späth
22 **Abrechnung** · Existenz gefährdet. Von Dr. Martina Koch-Preißer

Forum Medizin

- 24 **Museum** · Sehen und sichtbar machen. Von Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach
28 **Qualitätsmanagement** · Kollegenbesuch auf der Intensivstation.
Von Prof. Dr. Hanswerner Bause, Dr. Sebastian Wirtz, Dr. Cord Busse, Prof. Dr. Alwin E. Goetz, Dr. Carsten Leffmann, Dr. Klaus Beelmann, PD Dr. Jan-Peter Braun
32 **Bild und Hintergrund** · Ein tragisches Schauspiel. Von Prof. Dr. Volker Lehmann
34 **Aus der Schlichtungsstelle** · Maldescensus testis. Von Prof. Dr. Otto Andreas Festge, Prof. Dr. Heinrich Vinz
35 **Ärztlicher Kulturkreis** · Lusatia superior. Von Dr. Hanno Scherf
36 **Der besondere Fall** · Zeckenstich-Folgen? Von Stabsarzt Marc Potinius, Stabsarzt Dr. Hagen Frickmann, Oberfeldarzt Dr. Thomas Heinig, Flottenarzt Dr. Knut Reuter
38 **Ärztliche Orchester** · Einsatz im Mittelmeer. Von Peter Stender, Dr. Gertrud Meyer-Hamme
39 **Der blaue Heinrich** · Schröpfen oder nicht? Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 40 **Ärztliche Kammer Hamburg** · 2. Sitzung zur Änderung des Versorgungsstatuts · Prüfungstermine für auszubildende Medizinische Fachangestellte · Ankündigung der 312. Delegiertenversammlung
41-44 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Albertinen-Krankenhaus (36. Albertinen-Kolloquium); Albertinen-Krankenhaus (37. Albertinen-Kolloquium); Albertinen-Krankenhaus (38. Albertinen-Kolloquium); Bildungszentrum für Gesundheit (2. Hamburger Gefäßtag); UKE (Multiples Myelom); Universitäres Herzzentrum Hamburg (Symposium „Neueste Aspekte in der Diagnose und Therapie von Aortenerkrankungen“)

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 19.10. **Dr. med. Helmut Marwege**
Facharzt für Chirurgie
- 22.10. **Dr. med. Ingeborg Kalkbrenner**
Fachärztin für Innere Medizin
- 24.10. **Dr. med. Kurt Urbschat**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 30.10. **Johannes Heicke**
Arzt
- 31.10. **Dr. med. Jozef Kaczmarczyk**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- 08.11. **Dr. med. Friedrich Heyn**
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 09.11. **Dr. med. Karl-Heinz Egner**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

zum 80. Geburtstag

- 25.10. **Dr. med. Irmela Otto**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 11.11. **Dr. med. Jürgen Köster**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 12.11. **Dr. med. Hedwig Bielfeldt**
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

zum 75. Geburtstag

- 16.10. **Dr. med. Hans Paschen**
Facharzt für Innere Medizin
- 26.10. **Dr. med. Uwe Pegelow**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 28.10. **Dr. med. Gudrun Berndt**
Fachärztin für Anästhesiologie
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 05.11. **Dr. med. Volker Köster**
Facharzt für Chirurgie

zum 70. Geburtstag

- 17.10. **Dr. med. Dorothea Krause**
Fachärztin für Radiologie
- 18.10. **Prof. Dr. med. Niels-Michael Bleese**
Facharzt für Herzchirurgie
Facharzt für Chirurgie
- 19.10. **Dr. med. Eckhardt Stoof**
Facharzt für Innere Medizin
- 21.10. **Dr. med. Ulrich George**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 23.10. **Dr. med. Bernhard Dufner**
Praktischer Arzt
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- 24.10. **Dr. med. Peter Laurig**
Arzt
- 27.10. **Gisela Steinhardt**
Fachärztin für Anästhesiologie

Nachruf Prof. Dr. Rolf Bialas, ehemaliger Präsident der Hamburger Ärztekammer, ist am 4. September 2010 verstorben.

Ein großer Politiker und Gestalter

Am 4. September starb überraschend unser Kollege, ehemaliger Präsident der Hamburger Ärztekammer und Träger der Paracelsus Medaille der Deutschen Ärzteschaft, Prof. Dr. Rolf Bialas, im 82. Lebensjahr. Wir haben mit Bialas einen Arzt verloren, der sich in besonderer Weise um die Ärzteschaft verdient gemacht hat.

Er hat sich selbst gern als „Barmbeker Jung“ qualifiziert und war aus ganzem Herzen bodenständiger Hamburger. Seine Jugend war geprägt von der Kriegszeit; der Besuch des Gymnasiums und das Studium der Medizin waren ihm nicht in die Wiege gelegt. Bialas war immer ein Kämpfer, der unermüdlich seine Ziele mit manchmal unbändiger Energie zu erreichen suchte und dabei große Erfolge für sich und uns alle durchsetzte. Nach dem Medizinstudium in Hamburg, das er 1954 mit Staatsexamen und Promoti-

on beendete, begann er eine Weiterbildung zum Internisten am Barmbeker Krankenhaus. Schon früh engagierte er sich in der Berufspolitik, aber auch in der „großen“ Politik war er zu Hause. Die aktive Verzahnung beider Politikfelder durchzog seinen Lebensweg. Bialas war im Vorstand des Marburger Bundes, engagierte sich früh in der Ärztekammer und erreichte Bahnbrechendes für uns alle durch seine Arbeit für das Hamburger Versorgungswerk. Dann nahm er sich eine Auszeit von der Standespolitik, wurde 1970 für die FDP in die Bürgerschaft gewählt und 1974 Bausenator. Der heute allgemein anerkannte, verbindliche Mietenspiegel geht auf seinen immer sozial geprägten Einsatz zurück. 1978 wurde die FDP nicht in die Bürgerschaft gewählt, Bialas verlor sein Amt. Sein Versuch, einen Neustart der FDP durch Übernahme des Vorsitzendenamtes zu bewirken, scheiterte.

Bialas ließ sich als „Kassenarzt“ in Lemsahl nieder und stellte seinen Impetus wieder in den Dienst der Standespolitik. Von 1986 bis 1994 war er Präsident der Hamburger



Prof. Dr. Rolf Bialas

Ärztekammer. Er übernahm wieder das Amt des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses des Hamburger Versorgungswerks, wurde Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke und Vorsitzender der Hamburger Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung. Auch in der Berufsgenossenschaft war er aktiv und vertrat die Ärzteschaft. Diese ehrte ihn auf dem Mainzer Ärztetag 2009 mit der höchsten Auszeichnung, die sie zu vergeben hat: der Paracelsus-Medaille.

Bialas war ein beeindruckender Mensch. Er nahm kein Blatt vor den Mund, sagte klar und deutlich seine Meinung, auch wenn er wusste, dass er Kontroversen provozierte. Für ihn, der durch und durch ein echter Liberaler war, konnte die Zukunft nur im Diskurs, in der Debatte und schließlich in der Konsensfindung erreicht werden. Er musste in seinem politischen Leben einige Niederlagen hinnehmen; er tat dies mit Bravour und Standfestigkeit. Dabei war sein Leben nicht nur von seiner Liberalität geprägt, sondern auch von seinem Streben nach Qualität und tragfähigen Zukunftslösungen. Ich habe ihn noch wenige Wochen vor seinem für uns alle überraschenden Tode bei Diskussionen über die Zukunft unseres Gesundheitswesens genauso aktiv erlebt, wie er sich den Besuch einer Delegiertenversammlung, die über das Versorgungswerk diskutierte, nicht nehmen ließ. Die Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit lag ihm genauso am Herzen, wie er auch ärztliches Fehlverhalten ansprach und abzustellen versuchte. Er hat es sich wahrlich nie leicht gemacht.

Wir alle verlieren in ihm einen Menschen, der uns mit geprägt und gefordert hat. Unsere guten Wünsche sind bei seiner Familie, Ehefrau und vier erwachsenen Kindern. Die Ärztekammer Hamburg, für deren Vorstand und Geschäftsführung ich dies ausdrücken möchte, verneigt sich in Trauer vor einem großen Politiker und Gestalter unserer Zukunft.

Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Ärztekammer Hamburg



Dr. Peter Scheutzow

Nachruf Dr. Peter Scheutzow, einer der Pioniere des fahrenden Notfalldienstes, ist am 27. Juli 2010 gestorben.

Voller Einsatz

Dr. Peter Scheutzow wurde Ende der 50er Jahre als „schnellster Arzt Deutschlands“ bekannt, als er in einem mit Funksprechanlage ausgestatteten VW Käfer durch Hamburg fuhr, um außerhalb der Praxisöffnungszeiten Patienten zu versorgen.

Die Notfallärzte waren an den Polizeirevieren stationiert. Dort nahmen sie Besuchsanforderungen entgegen, die per Telefon hereinkamen. Fuhren sie zum Patienten, waren sie bis zu ihrer Rückkehr nicht mehr erreichbar. Scheutzow war der erste Arzt, der über seine Funksprechanlage auch unterwegs neue Besuchsanforderungen entgegen nehmen konnte und deshalb nicht ständig zum Polizeirevier zurückkehren musste.

In seinen Erinnerungen beschreibt Scheutzow die abenteuerlichen Anfänge des Notfalldienstes. 1955 hatte er sich in Bramfeld niedergelassen. „Abends und an Feiertagen war ich dann noch als Notarzt unterwegs, zum Teil immer noch mit dem Fahrrad. Das dauerte, und so blieb es nicht aus, dass manche nicht so dringenden Einsätze erst am nächsten Morgen erledigt werden konnten. Ein Problem war das Fehlen von Wegweisern und Straßenlaternen. Inzwischen aber hatte ich mir so viel Ortskenntnisse angeeignet, dass ich an einem Sonntag geschafft habe, mit dem Fahrrad zwei entgegengesetzte Gebiete, Bramfeld und Winterhude, gleichzeitig zu versorgen.“

Bis 1968 gingen die Besuchsanforderungen über die örtliche Polizeiwache, dann wurde ein zentral organisierter Notfalldienst mit eigener Telefonzentrale eingerichtet. Aus einer kollegialen Selbstorganisation auf Kreisebene entstand eine robuste, von der KV organisierte Notfalldienststruktur. Nun waren die Ärzte mit dem Taxi unterwegs, und die ständige Erreichbarkeit per Funk in ganz Hamburg wurde zum Standard.

Dr. Peter Scheutzow war als „menschlicher“ Arzt bekannt, der sich nicht nur für Lunge, Milz und Niere, sondern darüber hinaus auch für die Patienten als Person interessierte. Er tat, was er für richtig hielt – oftmals spontan und auf unkonventionelle Weise. Eines Tages meldete sich ein Taxifahrer in der Notdienstzentrale: Dr. Scheutzow, mit dem er eben noch durch die Nacht gefahren war, sei verschwunden. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass Scheutzow, ohne seinem Fahrer Bescheid zu sagen, in einen Rettungswagen gesprungen war, um seinen Patienten auf dem Weg ins Krankenhaus weiter zu versorgen.

„Viele lebensbedrohliche Situationen habe ich erlebt“, schreibt Scheutzow in seinen Erinnerungen. „Die junge Frau, die einen Berg Blut erbrochen hatte, das Baby, das in die Regentonne gefallen war, der junge Mann, der aus Liebeskummer dreißig Schlaf-tabletten geschluckt hatte. Alles Situationen, die ohne ganz schnelle ärztliche Hilfe eventuell tödlich geendet hätten.“

Anfang der 80er Jahre fertigte Scheutzow einen Film über den Notfalldienst an, der auf der Messe „Du und Deine Welt“ gezeigt wurde. Das eröffnete ihm ein weiteres Betätigungsfeld: Er bekam die Möglichkeit, Fernsehbeiträge für das „Hamburg Journal“ zu drehen. „Seine Einsatzbereitschaft war atemberaubend“, berichtet sein Sohn Tobias Scheutzow. „Er baute einen Krankenhaus-Rundfunksender in Barmbek auf, führte Musikknachmittage für Senioren im Altersheim durch und betreute mit der Mobilen-Hilfe der Caritas viele Obdachlose.“

Bis September 1997 fuhr Scheutzow noch selbst als Notdienstarzt zu Patienten. Acht weitere Jahre war er als beratender Arzt in der Notdienstzentrale tätig. Nach seiner aktiven Zeit als Arzt blieb er dem Notfalldienst verbunden und organisierte die Dienste seines Kreises. „Er war von der ersten Stunde bis fast zum Schluss mit dabei“, sagt Christian Wieken, Leiter der Abteilung Notfalldienste der KV Hamburg. „In dieser Zeit hat er viele Anregungen gegeben und entscheidend dazu beigetragen, den Notfalldienst zu dem zu machen, was er heute ist.“ Als Scheutzow den Bereitschaftsdienst-Plan für das dritte Quartal 2010 erstellte, kündigte er an, dies werde sein letzter sein. Er starb 89-jährig, noch bevor der Plan seine Gültigkeit verlor. | *mn*

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 01.11. **Dr. Nikola Novakovski**
Facharzt für Urologie
- 06.11. **Prof. Dr. med. Tiberius Pop**
Facharzt für Innere Medizin
- 09.11. **Dr. med. Folker Röhrig**
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Facharzt für Innere Medizin

zum 65. Geburtstag

- 18.10. **Dr. med. Bernd Krüger**
Facharzt für Neurochirurgie
- 21.10. **Dr. med. Wolfgang Meyer**
Facharzt für Innere Medizin
- 27.10. **Prof. Dr. med. Roland Scola**
Facharzt für Innere Medizin
- 28.10. **Dr. med. Ursula Grünwald-Schuller**
Fachärztin für Chirurgie
- 02.11. **Asadullah Nauroz**
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 03.11. **Kersten Freytag**
Arzt
- 05.11. **Dr. med. Nimal Jayaweera**
Facharzt für Anästhesiologie
- 09.11. **Klaus Peter Staiger**
Facharzt für Urologie
- 11.11. **Prof. Dr. med. Helge Beck**
Facharzt für Anästhesiologie
- 12.11. **Friedrich Enger**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 15.11. **Dr. med. Rolf Jansen**
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

In memoriam

Dr. med. Wilfried Stodtmeister
Facharzt für Orthopädie
* 04.01.1945 † 01.08.2010

Jens-Achim Ellerbroek
Arzt
* 29.05.1948 † 12.08.2010

Irene Gabbert
Ärztin
* 25.08.1969 † 29.08.2010

Prof. Dr. med. Rolf Bialas
Facharzt für Innere Medizin
* 02.02.1929 † 04.09.2010

PD Dr. med. Hermann van Ackeren
Facharzt für Chirurgie
* 03.06.1930 † 07.09.2010

Verloren

Ausweis von

- Claudia Andersen
Ausgestellt in Baden-Württemberg
- C 1475 Dr. med. Heinrich Bünemann
30.06.2008
- C 983 Juliane Crusius
09.11.2007
- C 2696 Cornelia Huber
01.10.2009
- B 8112 Peter Georg Mach
02.09.2004
- C 3570 Dr. med. Claus Till Münzesheimer
14.07.2010
- 010-21975 Haleh Nikbakht Shahsavand
28.08.2002
- C 1152 Prof. Dr. med. Rudolf Ott
11.02.2008
- C 2861 Felix Papenhausen
08.12.2009

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

Gefunden

... Eine Kartoffel,
die Rätsel aufgibt ...



„Blauer Heinrich“

Sie heißt, man mag es kaum glauben, „Blauer Heinrich“! Samstag morgen auf einem Hamburger Markt: Begegnung mit einer Kartoffel, die diesen wohl bekannten Namen trägt, der Rätsel aufgibt. Stammt der Kosenamen des Hamburger Ärzteblattes etwa von einer Kartoffel? Diese seltene violette Sorte, auch blauer Schwede genannt, hat einen besonderen, herzhaften Geschmack und eine überaus hübsche Optik, womit sie durchaus als Vorbild in Frage käme. Der bläulich-violette Farbstoff in der Kartoffel heißt **Anthocyan** und wird auch als Lebensmittelfarbe genutzt. Cyan wurde im HÄB lange Jahre als einzige Farbe zugelassen – wieder ein Indiz. Oder sollte es doch eher der „Blaue Heinrich“ der Tuberkulosekranken gewesen sein (in diesem Heft auf Seite 24)? Seit dem „Zauberberg“ eine literarische Berühmtheit – das würde hinkommen. Doch der Inhalt mit infektiösem Sputum ... | ti

BuS-Betreuung

Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten können künftig die betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung in ihren Praxen selbst durchführen.

Neuer Service für Praxisinhaber

Eine neue Kooperation erleichtert es Arztpraxen, betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Vorgaben einzuhalten. Nach dem so genannten „Unternehmermodell“ können Arztpraxen mit bis zu 50 Mitarbeitern an der „alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung“ (auch alternative BuS-Betreuung genannt) teilnehmen, sofern sie mit einer „Fachkundigen Stelle“ ihrer Standesorganisation kooperieren (§ 2 Abs. 4 BGV A2). Die Ärztekammer Niedersachsen hat 2008 über ihre Tochterfirma ZQ-GmbH eine solche „Fachkundige Stelle“ eingerichtet, die nun über die Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg auch Hamburger Ärztinnen und Ärzten offen steht.

Hintergrund ist die gesetzliche Vorschrift zur Unfallverhütung (BGV A2). Hierin sind Maßnahmen und Pflichten festgelegt, die in einem Betrieb zur Unfallverhütung und zum Arbeitsschutz umzusetzen sind.

Die Arztpraxen verpflichten dazu bisher eine Fachkraft für Arbeitssicherheit. Mit der neuen Kooperation kann sich der Praxisinhaber frei entscheiden, ob er weiterhin eine Fachkraft für Arbeitssicherheit verpflichtet oder sich der von der „Fachkundigen Stelle“ angebotenen Betreuung anschließt. Wichtig zu wissen: Die arbeitsmedizinische Untersuchung bleibt davon unberührt und ist nach wie vor Angelegenheit des Betriebsarztes. Hierfür bleiben alle Arbeits- und Betriebsmediziner Ansprechpartner, die bisher dafür in Hamburg zuständig waren.

Wenn sich eine Praxis für die Betreuung durch die „Fachkundige Stelle“ entscheidet, nimmt der Praxisinhaber alle fünf Jahre an einer von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) standardisierten und evaluierten halbtägigen Schulung teil. Die Seminare beinhalten die Schulung über gesetzliche Grundlagen, Voraussetzungen für Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie für Sicherheitsstandards in den Arztpraxen. Praxisinhaber werden damit in die Lage versetzt, Anforderungen des Arbeitsschutzes selbst umzusetzen. Darüber hinaus haben sie die Möglichkeit, sich Informationen und Beratung bei der „Fachkundigen Stelle“ zu holen. Fragen beantworten weiterhin natürlich auch die Hamburger Arbeits- und Betriebsmediziner, die im Handbuch für das Gesundheitswesen gelistet sind. Zudem soll das Schulungskonzept, welches die langjährige Seminarleiterin, Beraterin und Betriebsärztin Dr. Erika Majewski durchführt, die Verzahnung mit Elementen des Qualitätsmanagements aufzeigen und unter Einbeziehung der Teilnehmer bedarfsorientiert weiterentwickeln. Das Serviceangebot gilt auch für psychotherapeutische Praxen und Pflegeeinrichtungen.

Die ZQ-GmbH wurde 1999 als hundertprozentige Tochter der Ärztekammer Niedersachsen gegründet, um auch Dienstleistungen, die nicht unter das hoheitliche Tätigkeitsspektrum einer Körperschaft des öffentlichen Rechts fallen, anbieten zu können. Dazu gehörten bislang vorwiegend Beratungsleistungen beim Aufbau prozessorientierter Managementsysteme und zur Vorbereitung von Zertifizierungen, Führungskräfte-Workshops und Risikomanagement. Die ZQ-GmbH arbeitet nicht gewinn- sondern bedarfsorientiert. Mit dem „Unternehmermodell“ bzw. der „alternativen BuS-Betreuung“ ist ein neuer Dienstleistungszweig für Ärzte und Psychotherapeuten entstanden, der ggf. noch auf weitere Bundesländer ausgeweitet wird.

Die ersten Seminare in Hamburg finden am 20. Oktober und am 1. Dezember statt. Auskünfte und Anmeldung:

Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen,

Telefon 05 11 / 3 80 25 04,

E-Mail: angelika.multer-meier@zq-aekn.de

*Dr. Annemarie Jungbluth, Ärztekammer Hamburg
Dr. Brigitte Sens, ZQ der Ärztekammer Niedersachsen*

Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte am Krankenhaus

Vor gut einem Jahr waren die Vertragsärzte dran. Sie mussten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ihre Fortbildungsverpflichtung nachweisen und nutzten dazu den Service der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg. Gut 98 Prozent erreichten zum damaligen Stichtag die geforderte Punktzahl und konnten so nachweisen, dass sie sich regelmäßig fortgebildet haben. Zum Jahresende steht nun die erste größere Gruppe von Fachärzten am Krankenhaus in der Pflicht, ihre Fortbildungspunkte gegenüber dem Ärztlichen Direktor ihres Krankenhauses nachzuweisen. In Hamburg betrifft dies rund 700 Ärztinnen und Ärzte.

Bis Ende des Jahres müssen Fachärzte am Krankenhaus ihre Fortbildung nachweisen, die bereits am 1. Januar 2006 als Facharzt tätig waren. Zu diesem Zeitpunkt begann der Fünf-Jahres-Zeitraum, in dem 250 Fortbildungspunkte erworben werden mussten. Aufgrund einer Übergangsregelung (§ 7 Abs. 1 G-BA-Beschluss) sind auf den ersten Nachweiszeitraum jedoch alle nach dem 1. Januar 2004 erworbenen Fortbildungsnachweise anrechenbar. Falls der Facharztstatus erst nach dem 1. Januar 2006 erlangt wurde, gilt die Fünf-Jahres-Frist ab dem jeweiligen Datum des Erhalts der Facharztqualifikation. Gesetzliche Grundlagen hierfür sind § 137 SGB V und die „Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses“ (www.g-ba.de).

Die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg führt für ihre Mitglieder die „Punktekonten“. Hierin werden Fortbildungsveranstaltungen differenziert nach verschiedenen Kategorien aufgeführt, die Ärztinnen und Ärzte besucht haben. Anders als bei den Vertragsärzten ist für Fachärzte am Krankenhaus vorgeschrieben, dass 150 der 250 Punkte fachspezifisch erworben werden müssen. Dieses kann durch den Punktekontoauszug nachgewiesen werden. Die Fortbildungsakademie empfiehlt den betroffenen Fachärzten, vorab einen Kontoauszug anzufordern. Dieser Auszug enthält eine detaillierte chronologische Auflistung absolvierter Veranstaltungen. Punkte für Fortbildungen, bei denen Ärzte sich mittels Barcode registriert haben, sind dem Konto automatisch gutgeschrieben worden, sofern der Veranstalter die Punkte elektronisch über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) gemeldet hat. Sollten Veranstaltungen auf dem Kontoauszug nicht gelistet sein, ist es notwendig, fehlende Teilnahmebescheinigungen bei der Fortbildungsakademie einzureichen. Das daraufhin aktualisierte Punktekonto dient als Nachweis gegenüber dem Ärztlichen Direktor.

Damit die Ausstellung der Fortbildungsnachweise reibungslos verläuft, bittet die Fortbildungsakademie die vom Stichtag betroffenen Kolleginnen und Kollegen, ihre Teilnahmebescheinigungen möglichst umgehend einzureichen. Die Bearbeitung wird allerdings einige Zeit in Anspruch nehmen, eingereichte Papiernachweise werden gemäß dem chronologischen Eingang berücksichtigt. Inhaltliche Auskünfte erhält nur das Kammermitglied selbst.

Fragen zum Punktekonto und zur Fortbildungsverpflichtung beantwortet die Fortbildungsakademie unter der Telefonnummer: 040 / 20 22 99 – 306/ – 307 oder per E-Mail: akademie@aekeh.de. Weitere Informationen unter www.aekhh.de. | dk



Führung durch die Elbphilharmonie

Der Ärztliche Kulturkreis lädt Kolleginnen und Kollegen ein, am 27. November um 15.30 Uhr gemeinsam die Baustelle der Elbphilharmonie zu besichtigen. Treffpunkt ist der Elbphilharmonie Pavillon auf den Magellan-Terrassen. Die Teilnehmerzahl ist aus Sicherheitsgründen auf 20 Personen begrenzt. Pro Person kostet die Besichtigungstour 15 Euro. Bitte beachten Sie: Die Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr, teilnehmen kann jeder, der körperlich fit für eine Führung durch die Baustelle ist. Eine Vielzahl von Treppen ist zu steigen. Sicherheitsschuhe und Helme werden zur Verfügung gestellt, jeder Teilnehmer sollte dicke Socken mitbringen. Die Baustelle ist nicht barrierefrei. Bitte melden Sie sich telefonisch verbindlich an unter 040 / 20 22 99 – 302 oder per E-Mail über akademie@aekeh.de. Der kostenfreie Rücktritt ist bis zum 11. November möglich. | harff

Lehraufträge zu vergeben

Die Staatliche Schule Gesundheitspflege (W4) hat Lehraufträge für den Lernfeldunterricht zu vergeben. Die W4 ist im Rahmen der dualen Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten für den schulischen Teil zuständig. Gesucht werden Ärztinnen und Ärzte, die Lehraufträge über medizinische Inhalte mit je vier Stunden pro Woche übernehmen möchten. Dabei sollte auf jeden Fall ein Praxisbezug hergestellt werden. Bedarf gibt es u. a. zu folgenden Lernfeldern: „Patienten empfangen und begleiten“, „Praxishygiene und Schutz vor Infektionskrankheiten organisieren“, „Bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates assistieren“, „Zwischenfällen vorbeugen und in Notfallsituationen Hilfe leisten“. Bei Interesse können sich Ärztinnen und Ärzte an den Schulleiter der W4 wenden: Herr Arndt, Telefon 428 790 30.



Berufsordnung Ärztekammer Hamburg intervenierte erfolgreich, als eine Schönheitsoperation im Internet versteigert wurde.

Von Dr. med. Ass. jur. Jasper Kiehn

Brust-OP per Mausklick für 2,57 Euro

Eine neue Brust zum Preis eines Brotes – im Internet gibt es fast alles. Durch die Anfrage der Redakteurin einer Hamburger Tageszeitung „Was halten Sie davon, dass eine ästhetische Brust-OP im Internet für 2,57 Euro ersteigert wurde und diese Operation in Hamburg stattfinden soll?“ erfuhr die Ärztekammer, dass eine Hamburger Klinik eine Brustvergrößerung über das Internet zum Niedrigstpreis versteigern ließ. Ein Mann aus Schweinfurt hatte für seine Lebensgefährtin auf einer Auktionsplattform im Internet mitgeboten – und bei 2,57 € den Zuschlag erhalten.

Die „umgekehrte Versteigerung“ funktionierte so: Für einen gewissen Zeitraum konnten immer wieder verschiedene Gebote abgegeben werden, für das die Bieter jeweils einen geringen Betrag zahlen. Den Zuschlag erhält, wer das niedrigste nur einmal abgegebene Gebot eingegeben hatte.

Aus Sicht der Ärztekammer ist die Versteigerung plastisch-ästhetischer Eingriffe verboten. Sie hat deshalb über die Einschaltung eines Wettbewerbsvereins (Verband Sozialer Wettbewerb mit Sitz in Berlin) die Abgabe einer Unterlassungserklärung der beteiligten Ärzte erwirkt. Der Wettbewerbsverein wird von der Ärztekammer immer dann um eine rechtliche Prüfung gebeten, wenn ein Verstoß gegen geltende Wettbewerbsregeln vorliegt.

Abhängigkeit vom Zufall

Der Wettbewerbsverein kam nach Prüfung zu folgendem Ergebnis: Nach den Bestimmungen des auch auf plastisch-ästhetische Operationen anwendbaren Heilmittelwerberechts (HWG) ist gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 13 HWG die Werbung für Behandlungen mit Preisaus-

schreiben, Verlosungen oder anderen Verfahren, deren Ergebnis vom Zufall abhängt, untersagt. Der Zuschlag bei einer umgekehrten Versteigerung ist ganz überwiegend vom Zufall abhängig. Durch eine Erhöhung der Zahl der Gebote lässt sich ähnlich wie bei einer Verlosung die „Gewinnchance“ erhöhen.

Auch die Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Berufsordnung (BO) stehen solchen Aktivitäten entgegen. Danach ist der Arzt für die Abrechnungen seiner beruflichen Leistungen an die GOÄ gebunden. Diese Bindung gilt nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 23.3.2006 auch für kosmetische Leistungen. Der Arzt darf die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Die Veräußerung einer Operation zum „Schleuder- oder Dumpingpreis“ von 2,57 Euro ist daher nicht zulässig.

Zudem bedarf eine plastisch-ästhetische Operation einer gewissenhaften Prüfung der Indikation und etwaiger Kontraindikationen, der Aufklärung und Einwilligung des Patienten. Sie ist ganz individuell auf einen Patienten zu beziehen. Wegen des Fehlens einer medizinischen Indikation ist über die Risi-

ken kosmetischer Operationen besonders umfassend aufzuklären.

Wunsch nach Gewinn

Der Arzt ist gemäß § 2 Absatz 2 BO verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen. Eine gewissenhafte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass jede vertragliche Bindung über die Erbringung einer operativen ärztlichen Leistung erst nach einer ärztlichen Beratung, Untersuchung, Aufklärung und Einwilligung des Patienten erfolgen darf.

Die Kommunikation über Internet erlaubt diese Vorprüfung nicht. Im Fall der Versteigerung einer kosmetischen Operation binden sich Bieter und Anbieter ohne persönliche Kenntnis vertraglich. Es besteht die Gefahr, dass der Wunsch nach einem Gewinn hierbei maßgeblich beeinflusst und nicht die Abwägung von potentielltem Nutzen und Risiken entscheidend ist. Der „Gewinn“ einer Operation kann den erfolgreichen Bieter verleiten, sich der Operation zu unterziehen, weil andernfalls sein Gewinn verfällt, und den Anbieter darauf zu drängen, die Operation wegen der vertraglichen Bindung durchzuführen. Diese Form der Veräußerung übt einen unsachlichen Einfluss auf Patient und Arzt aus.

Die ärztliche Berufsordnung basiert auf Freiberuflichkeit des Arztes und grenzt davon gewerbliche Tätigkeit ab. Versteigerungen ärztlicher Leistungen ohne Kenntnis des Vertragspartners im Internet haben gewerblichen Charakter. So entsteht der Eindruck eines leichten Zugangs zur Operation per Mausklick. Derartige Versteigerungen führen zur unerwünschten Kommerzialisierung und Verharmlosung von Risiken plastisch-ästhetischer Operationen. Sie sind wettbewerbswidrig wegen des ausgeübten unsachlichen Einflusses auf die Entscheidungsfindung (§ 4 Nr. 1 UWG) und verstoßen gegen Gesetze, die das Marktverhalten gemäß § 4 Nr. 11 UWG regeln. Damit verstößt die Auktion gegen das Verbot unlauterer geschäftlicher Handlungen gemäß § 3 UWG.

Die Klinik in Hamburg hat gegenüber dem Verband Sozialer Wettbewerb eine Unterlassungserklärung abgegeben, diese Versteigerungen in Zukunft zu unterlassen und die Operation nicht durchzuführen. Aus Sicht der Ärztekammer ist dies ein Erfolg zum Schutz der Patienten. Kosmetische Operationen stellen keine kommerziell in einer Versteigerung handelbare Dienstleistungen dar, sondern setzen eine gewissenhafte und sorgfältige individuelle Beratung, Untersuchung und eine Einwilligung des Patienten auf der Grundlage einer umfassenden Aufklärung voraus.





**Bringt Sie schnell nach Hause.
Aber wollten Sie sich nicht eigentlich Zeit lassen?**

Der neue Infiniti M ist ein Performance Car. Nicht nur im herkömmlichen Sinn. Er ist das Ergebnis einer ungewöhnlichen Fusion von innerer und äußerer Harmonie. Geschwindigkeit, Kraft und Effizienz sind selbstverständlich. Dafür sorgt seine 3,7-Liter-YVEL-Maschine. Entdecken Sie zusätzlich seine emotionale Performance. In einem Interieur, das alle Ihre Sinne anspricht. Wenn Sie also erst einmal Platz genommen haben, sind wir sehr sicher, dass Sie sich Zeit lassen wollen.



Der neue Infiniti M.

Mehr Informationen unter www.infiniti-hamburg.de
Autohaus Günther GmbH – Infiniti Zentrum Hamburg
Wendenstraße 249 · 20537 Hamburg
Telefon 040-6690766-50

Kraftstoffverbrauch: Innerorts 14,9l/100 km, außerorts 7,4l/100 km, kombiniert 10,2l/100 km.
CO₂-Emissionen: Kombiniert 235 g/km (Messverfahren gem. EU-Norm).



INFINITI

Inspired Performance

Schlaganfall

Nicht-rheumatisches Vorhofflimmern, die häufigste Herzrhythmusstörung, sowie Stenosen oder Verschlüsse großer Halsarterien erhöhen das Schlaganfallrisiko um ein Vielfaches. In den folgenden drei Artikeln werden Diagnosestellung, Therapieoptionen und Indikationen für einen operativen Eingriff oder Alternativen wie dem Karotisstenting dargelegt.

Prävention des Schlaganfalls

Von Prof. Dr. Joachim Röther

Nicht-rheumatisches Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste Herzrhythmusstörung und nimmt mit dem Alter zu (Fuster et al., 2006). Sie tritt bei etwa 1 % der Erwachsenen und 9 % der über 80-Jährigen auf. Die Prognose für das Jahr 2050 sagt eine Verdreifachung der Prävalenz voraus (Go et al., 2001). VHF ist mit einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität vergesellschaftet, und Patienten mit VHF weisen ein fünffach erhöhtes Schlaganfallrisiko auf (Wolf et al., 1991). Etwa jeder vierte ischämische Schlaganfall ist Folge einer kardialen Embolie (Grau et al., 2001). Therapiestrategien zur Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität und der Schlaganfallrate sind die Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten und die Frequenz- oder Rhythmuskontrolle. Seit kurzem stehen für beide Therapiestrategien neue Wirkstoffe zur Verfügung. Für Dronedaron, ein neues Amiodaron-ähnliches Antiarrhythmikum, ergibt eine post-hoc Analyse Hinweise auf eine Reduktion des Schlaganfallrisikos um 34 % ($p=0.027$) bei Patienten mit nicht-permanentem VHF. Dabigatran, ein direkter oraler Thrombininhibitor, ist im Vergleich zu Coumadin wirksamer in der Prävention embolischer Ereignisse und ebenso sicher. Weitere Studien werden zeigen, bei welchen Patienten diese beiden neuen Medikamente die Prävention kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität sowie des Schlaganfalls verbessern können.

Erhöhtes Risiko und schwerere Schlaganfälle

Patienten mit VHF haben nicht nur ein erhöhtes Schlaganfallrisiko sondern erleiden auch schwerere Schlaganfälle. Das Risiko,

einen tödlichen Schlaganfall zu erleiden, ist bei kardioembolischer Genese doppelt so hoch wie bei Schlaganfällen anderer Ätiologie (Lin et al., 1996). Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass kardiale Thromben größer sind als arterio-arterielle Thromben und daher proximal gelegene, größere Hirnarterien verschließen (Lavy et al., 1980).

Problem paroxysmales Vorhofflimmern

Im Aufnahme-EKG findet sich bei bis zu einem Viertel der Patienten mit ischämischen Schlaganfall VHF. Bei etwa jedem 20. bis 30. Schlaganfallpatienten handelt es sich um die Erstmanifestation eines VHF (Jabaudon et al., 2004; Marini et al., 2005; Tagawa et al., 2007). Die Diagnose von paroxysmalem VHF ist eine diagnostische Herausforderung und wird dadurch erschwert, dass etwa die Hälfte der VHF-Episoden bei Patienten mit paroxysmalem VHF asymptomatisch verläuft (Fetsch et al., 2004; Kirchhof et al., 2007; Page et al., 1994). Ob das VHF paroxysmal, persistierend oder permanent auftritt, hat innerhalb eines Beobachtungszeitraum von einem Jahr keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Schlaganfallereignissen (Nieuwlaat et al., 2008). In der Standard-EKG-Ableitung bei Aufnahme eines akuten Schlaganfallpatienten wird der Nachweis eines paroxysmalen VHF häufig verfehlt. Bei Patienten mit unauffälliger Anamnese und Sinusrhythmus im Aufnahme-EKG kann durch eine 24-stündige EKG-Registrierung nur in 1,2 – 8,4 % der Patienten zusätzlich VHF erfasst werden. Der negative prädiktive Wert von 12 x 24 h-Langzeit-EKG in einem Jahr bei einem Patienten mit par-

oxysmalem VHF liegt bei etwa 30 – 50 %, d.h. die Wahrscheinlichkeit, dass ein

Patienten trotz zwölf unauffälliger Langzeit-EKGs tatsächlich VHF hatte, beträgt immer noch 50 – 70 % (Botto et al., 2009; Kirchhof et al., 2007).

Auch während des Monitorings auf der Stroke Unit wird paroxysmales VHF oftmals nicht erfasst. Eine Hilfe wären bessere Erkennungssysteme von VHF-Episoden während des Stroke Unit-Monitorings oder der Einsatz implantierbarer Eventrecorder (Brignole et al., 2009). Der Nutzen invasiver Monitoring-Verfahren bedarf jedoch kontrollierter, prospektiver klinischer Studien. Die notwendigen besseren Detektionsverfahren werfen als weitere wichtige offene Frage auf, ab welcher Dauer paroxysmales VHF relevant ist. Es gibt Hinweise darauf, dass VHF, welches länger als 24 Stunden anhält, mit einem höheren Schlaganfallrisiko assoziiert ist (Capucci et al., 2005). Die Bedeutung von kürzeren VHF-Phasen wird nicht einheitlich bewertet und muss prospektiv untersucht werden.

Die Wahrscheinlichkeit, VHF durch eine Langzeit-Registrierung zu detektieren, hängt von der Prä-Testwahrscheinlichkeit ab, welche unter anderem durch den Schlaganfalltyp bestimmt wird: Bei territorialen Hirninfarkten ohne Nachweis einer vorgeschalteten Gefäßstenose findet sich bereits im Aufnahme-EKG bei 56 % und im Langzeit-EKG bei 50 % der Patienten ein persistierendes bzw. in 18 % der Patienten ein paroxysmales VHF. Bei lakunären oder atherothrombotischen Schlaganfällen liegt die Wahrscheinlichkeit sehr viel niedriger (Tagawa et al., 2007).



Management und Behandlung des VHF

Die aktuellen Leitlinien empfehlen entweder eine Frequenz- oder eine Rhythmuskontrolle des VHF und die Prävention thromboembolischer Ereignisse (Fuster et al., 2006). Zur Prävention kardioembolischer Ereignisse sollten Schlaganfall- und TIA-Patienten mit VHF mit einem Ziel-INR von 2 – 3 antikoaguliert werden bzw. ASS 100 mg pro Tag erhalten, falls valide Kontraindikationen gegen die Antikoagulation bestehen (DGN-Leitlinien unter www.dgn.org/leitlinien-der-dgn-2008-158.html). Der Empfehlung zur Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten wird aus vielerlei Gründen allenfalls bei der Hälfte der Patienten mit VHF und Schlaganfall nachgekommen (Goto et al., 2008), obwohl mehrere Studien bestätigten, dass die Antikoagulation mit einem INR > 2 Häufigkeit, Schwere und Mortalitätsrate eines ischämischen Schlaganfalls signifikant reduziert (Hylek et al., 2003; Mant et al., 2007).

Die Herstellung eines Sinusrhythmus hat zum Ziel, VHF-assoziierte Symptome zu beseitigen und das Thromboembolierisiko zu verringern. Allerdings konnte nicht belegt werden, dass die Rhythmuskontrolle der Frequenzkontrolle hinsichtlich der Reduktion kardioembolischer Ereignisse überlegen ist (Wyse et al., 2002). Im Gegenteil wurde sogar beobachtet, dass Schlaganfälle und systemische embolische Ereignisse bei Patienten unter Rhythmuskontrolle häufiger auftreten als bei frequenzkontrollierten Patienten (Sherman, 2007). Es wird vermutet, dass der Abbruch der Antikoagulation bei Patienten, die sich fälschlicherweise in der Annahme eines andauernden Sinusrhythmus befinden, mit einer erhöhten Embolierate einhergeht, so dass VHF-Patienten auch bei erfolgreicher Rhythmuskontrolle langfristig antikoaguliert werden müssen!

Medikament Dronedaron

Vor diesem Hintergrund ist eine aktuelle retrospektive Subgruppen-Analyse bemerkenswert, welche für das neue Antiarrhythmikum Dronedaron erstmalig für Patienten mit VHF eine signifikante Reduktion der Schlaganfallrate beschreibt (Connolly et al., 2009a; Hohnloser et al., 2009). Die Placebo-kontrollierte, doppelblinde ATHENA-Studie randomisierte 4.628 Patienten in eine Placebogruppe und eine Therapiegruppe mit Einnahme von 2 x 400 mg Dronedaron (Hohnloser et al., 2009). Die Patienten waren entweder antikoaguliert oder erhielten eine antithrombotische Therapie. Patienten mit nicht-permanentem VHF wurden in die

Studie eingeschlossen, und 10 % der Patienten hatten bereits in der Vergangenheit eine TIA oder einen Schlaganfall erlitten. Unter der Einnahme von Dronedaron kam es zu einer 24%igen Reduktion des kombinierten primären Endpunktes aus einer erneuten Hospitalisation aus kardiovaskulären Gründen oder Tod.

Die post hoc-Analyse hinsichtlich der Schlaganfallrate ergab eine 34%ige Reduktion ischämischer Schlaganfallereignisse im Vergleich zu Placebo (Dronedaron n=46; 1,2% pro Jahr versus Placebo n=70; 1,8% pro Jahr); Hazard ratio 0,66; p=0,027). Patienten mit einem CHADS2-Score > 2 profitierten signifikant mehr von der Einnahme von Dronedaron als Patienten mit einem CHADS2-Score < 1 (Connolly et al., 2009a). ATHENA ist somit die erste Studie, die zeigt, dass ein Antiarrhythmikum zur Reduktion von Schlaganfallereignissen führen kann. Mehrere Mechanismen kommen als Erklärung hierfür in Frage:

1. Dronedaron könnte die Dauer arrhythmischer Phasen reduzieren und hierüber zur verminderten Schlaganfallrate führen.
2. Längere Phasen von Sinusrhythmus unter Dronedaron könnten zur verbesserten Kontraktilität des linken Vorhofs führen und somit die Wahrscheinlichkeit einer Embolusformation reduzieren.
3. Dronedaron führt zur moderaten Blutdrucksenkung und könnte über diesen Mechanismus das Risiko vaskulärer Ereignisse reduzieren.
4. Dronedaron hat im Gegensatz zu anderen Antiarrhythmika keine Interaktion mit oralen Antikoagulanzen, so dass ein stabilerer INR-Wert in der ATHENA-Population niedrigere Schlaganfallraten erklären könnte. Vor diesem Hintergrund besteht eine exzellente Rationale Dronedaron prospektiv für die Prävention von Schlaganfällen zu prüfen.

Antikoagulanz Dabigatran

Die orale Antikoagulation mit Marcumar reduziert das Schlaganfallrisiko von Patienten mit VHF um 64% im Vergleich zu Placebo (Hart et al., 2007). In der REACH-Studie (Reduction of atherothrombosis for continued health) wurden allerdings nur 44% der Patienten mit einem CHADS2-Score von 0 und 60% der Patienten mit einem CHADS2-Score von 4 antikoaguliert (Goto et al., 2008). Die Angst vor Blutungskomplikationen, die unkomfortable dauerhafte Kontrolle des INR-Wertes und individuelle Schwankungen des INR-Wertes führen bei Arzt und Patient zu schlechter Verordnung und Einnahmetreue. Alternativen zur oralen Antikoagulation, wie die doppelte Thrombozytenfunktionshemmung mit Aspirin und Clopidogrel, zeigte in der ACTIVE-A-Studie im Vergleich zu Aspirin

eine Schlaganfallreduktion von 3,3% auf 2,4% pro Jahr (p<0,001) (Connolly et al., 2009c), allerdings war in der ACTIVE-W-Studie die kombinierte Thrombozytenhemmung gegenüber der Antikoagulation hinsichtlich der Reduktion vaskulärer Ereignisse bei Patienten mit VHF unterlegen (Connolly et al., 2006). Es ist daher von Bedeutung für die Antikoagulation von Patienten mit VHF, dass in der RELY-Studie (Randomized evaluation of long-term anticoagulate therapy) der neue direkte Thrombininhibitor Dabigatran in einer Dosis von 2 x 150 mg pro Tag zur signifikanten Reduktion der Schlaganfall- und systemischen Embolierate führte (1,69 pro Jahr unter Warfarin vs. 1,11% pro Jahr Patienten mit Dabigatran 2 x 150 mg; RR 0,66; 95% KI 0,53-0,82, p<0,001 für Überlegenheit) (Connolly et al., 2009b). Die Blutungsrate war im Vergleich zu Warfarin für die niedrige Dabigatran-Dosierung (110 mg) mit 2,71% vs. 3,36% pro Jahr signifikant niedriger und für die höhere Dabigatran-Dosis (2 x 150 mg) nicht signifikant erhöht (3,11%, p=0,003). Weitere Studien oder Register müssen zeigen, für welche Patientengruppen die praktischen Unterschiede zu Marcumar (notwendige 2 x Gabe, fehlende Notwendigkeit einer INR Bestimmung, kurze Halbwertszeit) von Vorteil oder möglicherweise auch Nachteil sind.

Embolien reduzieren

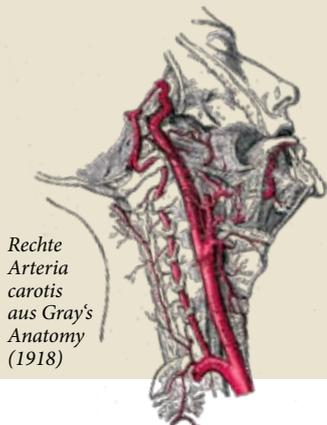
Detektion von VHF und Behandlung von Schlaganfallpatienten mit VHF stellen ein Problem dar. Paroxysmales VHF wird bei vielen Patienten in der akuten Schlaganfallphase nicht detektiert und vermehrte diagnostische Anstrengungen sowohl in der akuten Monitoringphase auf der Stroke Unit als auch im Verlauf nach kryptogenem Schlaganfall sind notwendig. Mit Dronedaron ist das erste Antiarrhythmikum verfügbar, das das Potential besitzt, die Rate von Schlaganfällen und systemischen embolischen Ereignissen zu reduzieren. Dabigatran ist ein direkter oraler Thrombininhibitor, der unter Studienbedingungen im Vergleich zu Warfarin die Rate von Schlaganfällen und systemischen Embolien reduziert, ohne dass es zur signifikanten Zunahme von Blutungsereignissen kommt. Dronedaron und Dabigatran bringen eine signifikante Erweiterung des Behandlungsspektrums für Patienten mit VHF, und man darf mit Spannung auf weitere Studienergebnisse warten.

Prof. Dr. J. Röther

Neurologischen Abteilung
Asklepios Klinik Altona
Tel.: +49 (40)1818 81 1401
Fax: +49 (40) 1818 81 4906
E-Mail: j.roether@asklepios.com

Schlaganfall 1985 kam die internationale extra-intrakranielle (EC-IC) Bypassstudie zum Ergebnis, dass das Schlaganfallrisiko operativ behandelter Patienten nicht geringer war als bei denjenigen, die Aspirin eingenommen hatten. Es sollte 20 Jahre dauern, bis eine zwischenzeitlich fast schon tot geglaubte Methode wiederauferstand.

Von PD Dr. Jan Regelsberger, Dr. Michael Rosenkranz, Susanne Siemonsen, Dr. Rebekka Hahn, Dr. Jens Fiehler, Prof. Dr. Christian Gerloff, Prof. Dr. Manfred Westphal



Rechte
Arteria
carotis
aus Gray's
Anatomy
(1918)

Revival der extra-intrakraniellen Bypass-Chirurgie

Stenosen oder Verschlüsse großer Halsarterien sind häufig Ursache eines ischämischen Schlaganfalls. Bei Stenosen der A. carotis und anderer hirnvorsorgender Arterien stehen zur Prävention weiterer Schlaganfälle endovaskuläre und operative Revaskularisierungsverfahren (Dilatation mit Stent-Einlage oder Carotisdesobliteration) zur Verfügung. Liegt jedoch ein kompletter Verschluss der A. carotis vor und sind Kollateralgefäße für die Versorgung des Gehirns unzureichend ausgebildet, ist eine Gefäßrevaskularisation nicht mehr sinnvoll durchführbar. Diese Situation ist selten und nur in etwa 5 – 7% für einen Schlaganfall verantwortlich. Es handelt sich um eine chronisch zerebrale Durchblutungsstörung mit unzureichender Perfusionsreserve. Das Risiko eines Schlaganfalls korreliert dabei mit der Ausbildung eines Kollateralkreislaufes, meist über die A. carotis externa-Gefäße. Bei ungenügender Kollateralisierung eines Carotisverschlusses steigt das jährliche Schlaganfallrisiko auf 57% pro Jahr an.

Boom von EC-IC Bypässen

Yasi Yasargil, einer der Begründer moderner Neurochirurgie, entwickelte 1967 die extra-intrakranielle Bypasstechnik. Hierbei wird die A. temporalis superficialis mit einem Ast der A. cerebri media anastomosiert. Die einfache anatomische und physiologische Rationale, mit einem Bypass einen ausreichenden zerebralen Blutfluss im Versorgungsgebiet eines verschlossenen Gefäßes wiederherzustellen, die relativ geringe Komplikationsrate (prozedurales Schlaganfallrisiko 2,7%) sowie die hohe Rate der Durchgängigkeit des Bypasses (87 – 100%) hatten seinerzeit zum regelrechten Boom von EC-IC Bypässen geführt. 1985 wurden die Ergebnisse einer ersten multizentrischen, randomisierten Bypass-Studie veröffentlicht. In dieser wurden

1.377 Patienten mit kürzlichem ischämischen Ereignis (ischämischer Schlaganfall, retinale Ischämie oder TIA) und angiographisch nachgewiesener hochgradiger Stenose oder Verschluss der extrakraniellen A. carotis oder der A. cerebri media entweder operiert (n=663) oder medikamentös (ASS und aggressives Blutdruckmanagement) behandelt (n=714). Primärer Endpunkt war ein neuerlicher Schlaganfall im Follow-up (56 Monate Nachbeobachtung). Die Erwartung war, dass das Schlaganfallrisiko in der Gruppe der operativ behandelten Patienten gegenüber der nicht operierten Gruppe um ca. 30% verbessert werden kann. Diese Studie zeigte jedoch, dass das Risiko eines Schlaganfalls, verglichen mit einer konservativ behandelten Patientengruppe, etwa gleich hoch ist und keinen Vorteil für die operierten Patienten erkennen ließ.

Trotz weiterer Entwicklungen der Bypasschirurgie mit so genannten „high-flow“-Techniken und Anastomisierungen im hinteren Kreislauf blieb die Bypass-Studie von 1985 für die nächsten 20 Jahre die einzige zur Verfügung stehende Evidenz, mit der die Effektivität des EC-IC Bypasses eingeordnet werden konnte. Weitere Studien sollten vorerst nicht mehr folgen. Die Indikationen wurden daraufhin deutlich zurückhaltender gestellt und fortan mehrheitlich Tumoren der Schädelbasis oder Riesenneurysmen als primäre Zielgruppe angesehen.

Ausschlusskriterien

Rückblickend erscheint es nahe liegend, dass die EC-IC Bypass Studie an einer unzureichenden Patientenselektion gescheitert ist. In dieser Studie wurden sowohl Patienten mit Stenosen als auch jene mit Verschlüssen behandelt. Eine Evaluation der Hämodynamik war vor Randomisierung der Patienten nicht

erfolgt. Die Studie erlaubt daher keine gezielte Aussage darüber, ob Patienten mit Gefäßverschluss (den man nicht sinnvoll revaskularisieren kann) und unzureichender Kollateralisierung von einer Bypassoperation profitieren. Standardisierte Kriterien in klinischer als auch apparativer Diagnostik sind heute für eine adäquate Patientenselektion entscheidend, um damalige Fehler einer offenbar zu großzügigen Indikation nicht zu wiederholen. Die Diagnostik muss ausschließen lassen, dass alle Therapieformen zur Verbesserung der zerebrovaskulären Versorgung bereits ausgeschöpft sind. So sollten zum Beispiel hochgradige Stenosen der Halsgefäße primär revaskularisiert werden (entweder durch eine endovaskuläre Ballondilatation mit Stenteinlage oder durch eine chirurgische Carotisdesobliteration). Embolische Ischämien gelten als Ausschlusskriterium und machen primär eine Behandlung der Emboliequelle notwendig. Ebenso ist keine der akuten Formen des Schlaganfalls eine geeignete Indikation für einen EC-IC Bypass. Nur bei anhaltend schlechter Kollateralisierung und wiederholten ischämischen Ereignissen kommt hier die Möglichkeit der Bypasschirurgie in Betracht. Damit wird klar, dass der Bypass keine häufige neurochirurgische Aufgabe ist und eine solche Technik die letzte Möglichkeit zur Restitution einer symptomatischen, chronischen zerebralen Minderperfusion darstellt. Für betroffene, sorgfältig ausgewählte Patienten stellt diese Behandlungsform jedoch eine sinnvolle Option zur effektiven Schlaganfallprävention dar.

Indikation

Chronisch hämodynamische Verlaufsformen des Schlaganfalls mit rezidivierenden zerebralen Ischämien unter optimaler medikamentöser Therapie (Thrombozytenfunk-

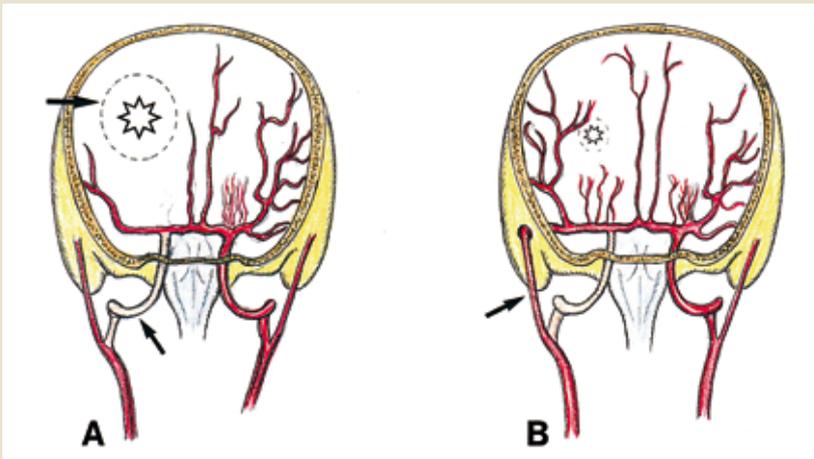


Abb. 1: Illustration der extra- intrakraniellen Bypasschirurgie.
 A) Einseitiger Carotisverschluss (Pfeil) mit unzureichender Versorgung der rechten Hemisphäre und Risiko des Schlaganfalls (Stern mit Pfeil).
 B) Bypassstechnik mit Anlage eines Bypasses zwischen A. carotis externa (Spendergefäß Pfeil) und A. cerebri media (Empfängergefäß) zur Revaskularisierung der minderversorgten Hemisphäre

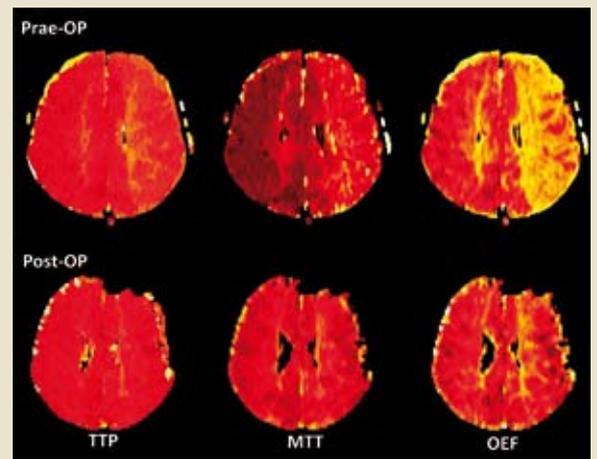


Abb. 2: MRT-OEF, TTP und MTT Sequenzen prä- (oben) und postoperativ (unten) als Ausdruck der erfolgreichen Revaskularisation. Die klinische Verbesserung korreliert hierbei mit einer Abnahme der OEF-Fraktion um im Mittel 32%.

tionshemmer und Statine) sind klinisch für eine Bypassindikation wegweisend. Eine embolische Ursache rezidivierender Ischämien muss durch differenzierte Bewertung des Läsionsmusters im MRT und Suche nach einer relevanten Emboliequelle ausgeschlossen werden. Eine qualitativ hochwertige angiologische Diagnostik (MRA, Neurosonographie inklusive intrakranieller Gefäße) ist zwingend erforderlich, um Stenosen und Verschlüsse hirnversorgender Arterien sicher differenzieren zu können und die Anatomie des Kollateralkreislaufs zuverlässig zu beurteilen. Im MRT zeigen sich bei hämodynamischer Ursache häufig typische Grenzzoneninfarkte im Gebiet zweier angrenzender Gefäßterritorien.

Zur Beurteilung der hämodynamischen Relevanz eines Gefäßverschlusses ist die zerebrovasculäre Reservekapazität (CVRC) im Versorgungsgebiet des verschlossenen Gefäßes ganz entscheidend. Bei unzureichender Kollateralisierung und dadurch erschöpfter CVRC haben die intrakraniellen Blutgefäße keine Reserve mehr, einen Blutdruckabfall durch regionale intrakranielle Gefäßdilatation zu kompensieren.

Die CVRC, das Maß möglicher Kompensationsmechanismen zur Aufrechterhaltung einer suffizienten Versorgung des Gehirns, ist im Wesentlichen vom regionalen Blutfluss (rCBF) und der Sauerstoffextraktionsrate (OEF) abhängig. Eine hämodynamische Beeinträchtigung mit Versagen der Autoregulation (rCBF-Abfall) und maximaler Ausschöpfung der Sauerstoffextraktionsrate (OEF) führt bei Patienten unter Belastung (Verringerung des zerebralen Perfusionsdruckes) zum Schlaganfall, da keine weiteren Reservemechanismen vorhanden sind.

Zur Beurteilung der CVRC stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Die transkranielle Dopplersonographie unter Belastung

mit Azetazolamid (sog. Diamox-Doppler) vermag die CVRC einfach, schnell und nicht-invasiv quantitativ zu messen. Nachteil dieser Methode ist, dass nur ganze Gefäßterritorien gemessen und keine kleineren Regionen innerhalb eines Gefäßterritoriums beurteilt werden können (eingeschränkte räumliche Aussage). Als indirekt semiquantitative Verfahren gelten das HMPAO-SPECT, Perfusions-CT und -MRT, die jedoch nicht die Messung des regionalen Blutflusses (rCBF) ermöglichen. PET, Xenon-CT und -SPECT können als direkte Verfahren rCBF und OEF erfassen, sind jedoch nur an wenigen Kliniken verfügbar.

Trotz klarer pathophysiologischer Konzepte einer chronisch hämodynamischen Insuffizienz existieren methodenabhängig sehr unterschiedliche Schwellenwerte für eine CVRC, weswegen eine Zusammenführung aller Studien und eine Vereinheitlichung objektiver Kriterien zur Bypassindikation nicht möglich sind.

Eine Angiographie ist als invasives Verfahren unumgänglich, um die Art der Kollateralisierung abzuklären, endovaskuläre Therapieoptionen auszuschließen und Spender- und Empfängergefäße für eine Bypassoperation zu identifizieren.

Neurochirurgische Technik

Direkte (Bypass) und indirekte (Synangiosis) Verfahren werden in der neurochirurgischen Revaskularisation angewandt. Indirekte Verfahren mit Muskel- und Duratransposition auf die Hirnoberfläche erlangen erst mit zeitlicher Latenz von Monaten ihren eigentlichen Wirkungsgrad und kommen z. B. beim Moya-Moya Syndrom (Verengung oder Verschluss von Hirn-Arterien) im Kindes- und Jugendalter zum Einsatz. Der Bypass als direktes Verfahren entfaltet mit Abschluss

der Anastomisierung, also bei Operationsende, seine Wirkung und sorgt für unmittelbare restitutio der Blutversorgung. Dieses ist bei Verschlüssen großer Halsarterien mit erschöpfter CVRC explizit gewünscht. Verschiedene Techniken wie extra-intrakranielle End-zu-Seit oder intra-intrakranielle Seit-zu-Seit Anastomosen als „low-flow“ oder auch „high-flow“ Bypass mit Vena saphena oder A. radialis Interponat kommen zum Einsatz. Als Standard-Bypass gilt der „low-flow“, also Niedrigfluss-Bypass mit einer Fördermenge von bis zu 70 ml/min. Ein A. temporalis superficialis Ast wird mit einem kortikalen Gefäß, meist ein M2 oder M3-Ast der A. cerebri media, anastomosiert. Im hinteren Kreislauf wird die A. occipitalis externa als Spendergefäß verwendet und mit einem Ast der A. vertebralis o.a. anastomosiert. Der Durchmesser dieser Gefäße beträgt nur ca. 1,5 mm, reicht jedoch für die suffiziente Versorgung chronisch hämodynamischer Insuffizienzen aus. Handelt es sich dagegen um proximale Stenosen oder Verschlüsse intrakranieller Gefäße oder Aneurysmen nahe der Schädelbasis, sind meist größere Spendergefäße von > 2 – 3 mm als so genannter „high-flow“ Bypass mit vollständigem Ersatz des zerebralen Blutflusses notwendig.

Die Komplikationsrate ist mit einer Mortalität von 0,6% und einem jährlichen Schlaganfallrisiko nach Bypassanlage von weniger als 2% in Anbetracht des vaskulären Risikokollektivs vergleichsweise niedrig. Narkoseführung und postoperative Überwachung bedürfen jedoch erhöhter Aufmerksamkeit, um hypotone Blutdruckentgleisungen mit Folge zerebraler Ischämien zu vermeiden. Die neurochirurgische Technik ist eine standardisierte Methode, zeigt aber eine deutliche Abhängigkeit der Komplikations- und Erfolgsrate von der Erfahrung des Operationsteams. Die Bypass-Verschlussquote liegt

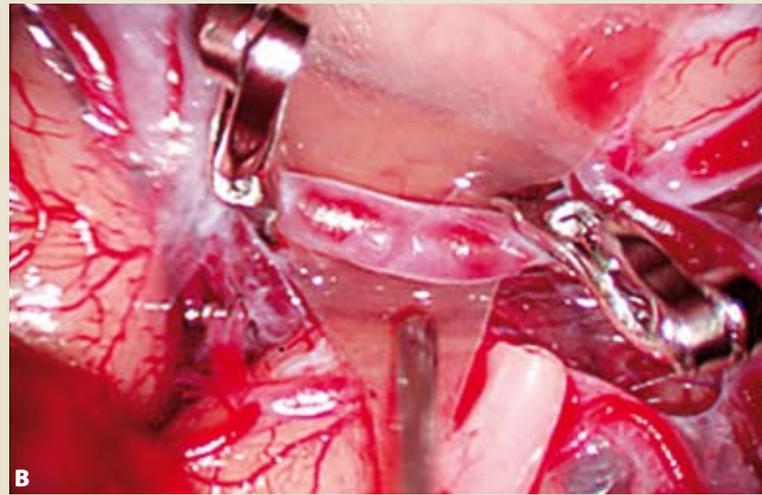
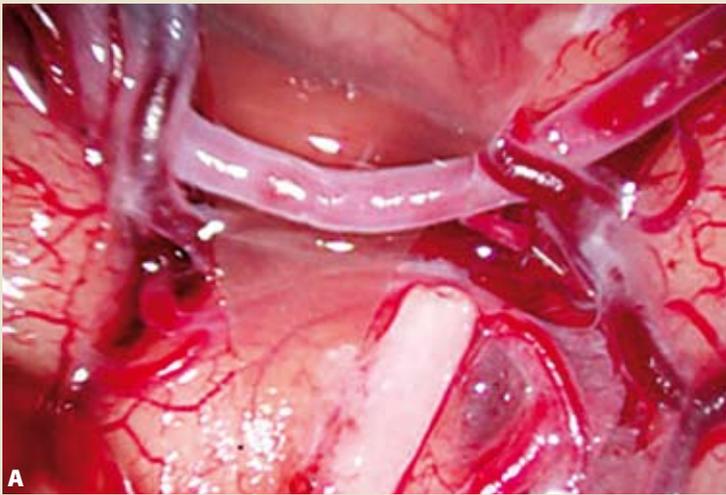


Abb. 3: Intraoperatives Bild eines EC-IC Bypasses. A) Präparation eines Spendergefäßes und Empfängergefäßes, B) temporäre Clipping des Empfängergefäßes und Anlage der Einzelnähte C) Bypass nach Entfernung der temporären Clips, Überprüfung der Flussgeschwindigkeiten und Strömungsrichtung mittels Mikrodupplersonographie und Indocyanin-Grün-Angiographie noch intraoperativ

in aktuellen Langzeitbeobachtungen von bis zu fünf Jahren bei 1%. In aktuellen Studien, die einen Vergleich zwischen Bypass und bester medikamentöser Behandlung untersuchten, zeigte sich ein Vorteil für operativ behandelte Patienten (Schlaganfallrisiko von 1,3% versus 3,6%/Jahr). Damit stellt die Anlage eines extra-intrakraniellen Bypasses eine komplikationsarme, wirksame Methode zur Wiederherstellung ausreichender zerebraler Blutversorgung und damit zur Prävention rezidivierender Schlaganfälle dar.

Entsprechend der diagnostischen Eingangskriterien wollte man fordern, dass die klinischen Ergebnisse auch mit den Ergebnissen apparativer Untersuchungen (rCBF, CVRC, OEF) korrelieren. Die japanische EC-IC Bypass Studie konnte beim signifikant geringeren Schlaganfallrisiko in zwei Jahren postoperativ auch einen rCBF-Anstieg und verbesserte CVRC feststellen. Eine Bewertung neuerer Daten zeigt, dass rCBF und CVRC durch den Bypass positiv beeinflusst werden. Auch andere Autoren folgern aus ihren Beobachtungen, dass das klinische Ergebnis zu OEF und zum Quotienten rCBF/CBV korrelieren. Wenn damit auch nicht zu übersehen ist, dass eine positive Korrelation von klinischem Ergebnis und rCBF besteht, ist leider auch festzuhalten, dass die Vielzahl verwendeter Methoden zur Bestimmung der Parameter keine allgemein gültigen Aussagen erlauben.

Kein einheitliches Ergebnis

Seit 1985 haben sich die Möglichkeiten sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie der steno-okklusiven Erkrankungen maßgeblich weiterentwickelt. Hier sind insbesondere medikamentöse Plättchenhemmer, die Behandlung mit hochdosierten Statinen und die endovaskulären Optionen zur Behandlung und Vorbeugung des Schlagan-

falls bei Verschlüssen der A. carotis und des vertebro-basilären Stromgebietes zu nennen. In der Diagnostik zur Selektion geeigneter Patienten sind rCBF und OEF sowie Ergebnisse der funktionellen Dopplersonographie als funktionelle Parameter für die Abschätzung der CVRC relevant. Aufgrund vorliegender Daten kann jedoch kein einheitliches Ergebnis formuliert werden, da die Vielzahl der Methoden, unterschiedliche Gewichtungen der Parameter, kleine Fallzahlen und Studien ohne Kontrollgruppen eine Verallgemeinerung nicht zulässig machen.

Kritik muss geäußert werden, wenn allein die Vielzahl an Studien die Effektivität des EC-IC Bypasses belegte. Solange keine einheitlichen Kriterien in der Diagnostik und Nachbeobachtung für die EC-IC Bypasschirurgie vorliegen und die klinische Nachuntersuchung nicht von unabhängiger Seite erfolgt, befinden wir uns als Neurochirurgen schnell wieder in der Zeit vor der EC-IC Bypass Studie von 1985. Da sich Bypass-Patienten aus einer primär neurologischen Klientel rekrutieren, sind gemeinsame Anstrengungen in Diagnostik und Therapieplanung einzufordern und Interdisziplinarität zu leben.

Eine umfangreiche Analyse vorliegender Studien wurde jüngst von der Cochrane-Gruppe vorgenommen. Das Fazit bleibt ernüchternd, da auch hier der Mangel an verwertbaren und v.a. einheitlichen Kriterien in der Diagnostik und Bewertung der Bypass-Chirurgie betont wird. Trotz neuerer Studien mit randomisiertem Design wird deutlich kritisiert, dass eine internationale, multizentrische und randomisierte Studie mit entsprechender Kontrollgruppe fehlt. Ergebnisse einer Japanischen Bypass-Studie (Jet-Study) zeigen deutliche Vorteile für die Bypass-Patienten gegenüber medikamentös behandelten Patienten, wurden aber bislang in einer endgültigen Bewertung noch nicht publiziert. Solange bleibt an

die heutige Bypasschirurgie zu adressieren, dass nur sorgfältige Auswahl der Patienten unter Einbeziehung aller zur Verfügung stehenden Kriterien vor der Kritik einer ungeprüften Indikationsstellung schützt.

Hamburger Erfahrungen

Am UKE erfolgt die Patientenselektion für einen EC-IC Bypass unter strenger Berücksichtigung der bekannten Kriterien. Klinisch gelten rezidivierende zerebrale Ischämien mit Nachweis hämodynamischer Läsionen im MRT mit Nachweis eines Carotisverschlusses und unzureichender Kollateralsierung in der Angiographie als zuverlässige Einschlusskriterien. Akute Formen des Schlaganfalls mit intrazerebralen Blutungen oder anderweitig zu behandelnden Formen des Schlaganfalls sind ausgeschlossen. Eine funktionelle Dopplersonographie (Diamox-Doppler) mit Einschränkung der vasomotorischen Reservekapazität auf <20% oder einer Seitendifferenz von mehr als 50% zu Ungunsten der betroffenen Seite bei gleichzeitigem Nachweis eines Ein- oder Mehr-Gefäßverschlusses hirnersorgender Arterien in der Angiographie, MRA und/oder Doppler-Duplex Sonographie sind richtungsweisend. Eine ergänzende, neue Methode stellt die MRT-OEF Sequenz dar, bei der die Sauerstoffextraktionsrate als indirekt quantitatives Verfahren zur Objektivierung chronisch hämodynamischer Insuffizienz bestimmt wird. In einer Konferenz mit Neurologen, Neuroradiologen, Neurochirurgen und Gefäßchirurgen werden Therapiemöglichkeiten diskutiert und therapeutisches Vorgehen festgelegt. Standard EC-IC Bypass Techniken wie auch „high-flow“ Techniken stehen zur Verfügung und werden durch die intraoperative Mikroduppler-Sonographie als auch Indocyanin-Grün Angiographie (neu) in

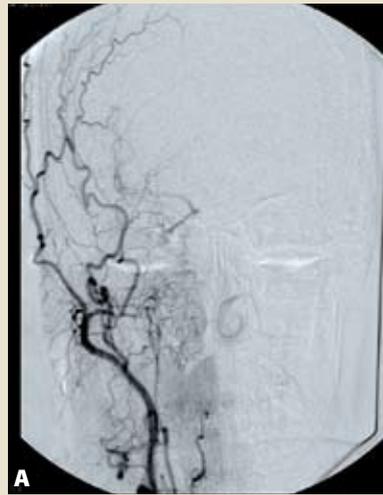
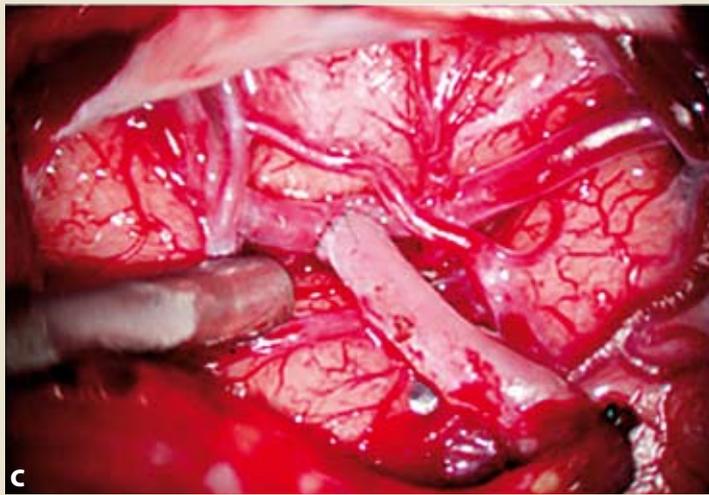


Abb. 4: Konventionelle Angiographie vor (A) und nach (B) Anlage des Bypasses mit deutlicher Mehrdurchblutung im neu angeschlossenen Versorgungsgebiet rechts hemisphäriell.

ihrer Effizienz gesichert. Die postoperative Überwachung erfolgt auf der neurologisch-neurochirurgischen Intensivstation mit klinischem und neuroradiologischem Follow-up in Sechs-Monats-Intervallen. Von den insgesamt 45 zugewiesenen und eigenen Patienten sahen wir bei 25 Patienten die Kriterien für einen EC-IC Bypass erfüllt. 21 (84%) Patienten zeigten bei der Nachuntersuchung (6 Monate bis 3,5 Jahre) eine klinische Besserung, bei vier Patienten konnte keine eindeutige Veränderung erkannt werden. Bei einem Patienten trat ein vorübergehendes hirnrnorganisches Psychosyndrom auf, womit das Morbiditätsrisiko mit 4% einzuordnen ist. Ein Verschluss des Bypasses wur-

de bei keinem der 25 Patienten gesehen. Ein Patient verstarb aufgrund einer nicht Bypass-assoziierten Erkrankung (Lymphom). MRT-Kontrolluntersuchungen erfolgten nach sechs Monaten und einem Jahr (keine MRT-Kontrolle bei sechs Patienten) und zeigten keine neuen Perfusionsstörungen oder Infarkte. Korrelierend zu den klinischen Ergebnissen zeigen sich in technischen Untersuchungen eine Verringerung der OEF um 32% sowie eine Verbesserung der VMR/CVRC um ca. 20%. Dabei lassen die Erfahrungen mit der auf Perfusionsmessungen beruhenden MRT-OEF Sequenz trotz hohen Aufwandes eine valide, nicht-invasive Technik erkennen, aus der sich für die Zukunft ein neuer Standard

in der Abschätzung der Effektivität der EC-IC Bypasschirurgie ableiten lassen könnte. Zusammenfassend hat auch nach unseren Erfahrungen die extra-intrakranielle Bypasschirurgie zu Recht wieder einen Stellenwert eingenommen, die bei Verschlüssen großer Halsarterien und unzureichender Kollateralisierung eine gute und sichere Möglichkeit der Revaskularisierung bietet und das Schlaganfallrisiko einer sorgsam selektierten, kleinen Patientengruppe senkt.
Literatur beim Verfasser.
PD Dr. Jan Regelsberger
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Tel.: 7 41 0 – 537 50 oder – 5 37 51
 E-Mail: j.regelsberger@uke.de

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

Lösung: Seite 23

Anamnese:

Eine 57-jährige Patientin mit Z.n. Mammakarzinom rechts (und vor Monaten erfolgter Segmentresektion, Chemotherapie und Radiatio) wird mit einem neu aufgetretenen Haut- und Sklerenikterus sowie starkem Pruritus stationär aufgenommen. Die Oberbauchsonographie zeigt im Oberbauchlängs- und -querschnitt folgenden Befund:

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



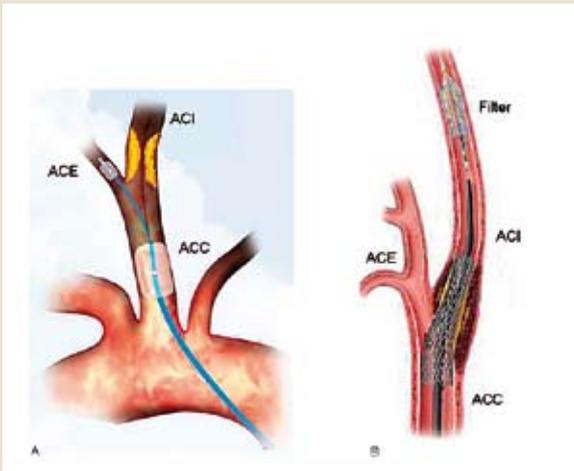


Abb. 1: Zerebrale Protectionssysteme
 A. Okklusives Protectionssystem. Der antegrade Blutfluss wird durch Verschluss der A. carotis externa (ACE) und der A. carotis communis (ACC) mittels 2 Ballons vorübergehend unterbrochen. Nach Stentimplantation wird die Blutsäule mit potentiell freigesetztem Debris abgesaugt.
 B. Filterprotektion. Der Filter wird distal der Stenose in der A. carotis interna platziert.

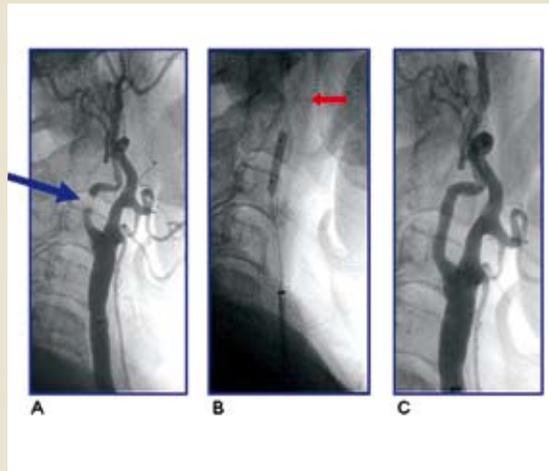


Abb. 2:
 71-jähriger Patient mit hochgradiger symptomatischer Stenose der A. carotis interna rechts; A. Stenose vor Intervention; B. Filter distal der Stenose (Pfeil), Vordilatation; C. Zustand nach Stentimplantation

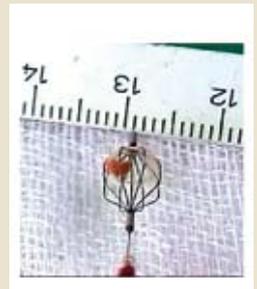
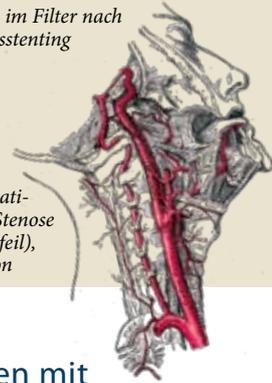


Abb. 3:
 Debris im Filter nach Karotisstenting



Schlaganfall

Karotisstenting – Erfahrungen mit 1.004 Patienten.

Von Prof. Dr. Joachim Schofer¹, Dr. Klaudija Bijuklic¹, Dr. Thilo Tübler¹,
 Dr. Heinrich Goossens-Merkt²

Karotisstenting oder Operation?

Durch eine Karotisendarterektomie (CEA) kann das Schlaganfallrisiko sowohl bei symptomatischen als auch bei asymptomatischen Patienten mit Karotisstenosen $\geq 50\%$ im Vergleich zur medikamentösen Therapie signifikant gesenkt werden. Statistisch gesehen profitieren Patienten von einer Operation aber nur, wenn das perioperative Risiko (Tod und Schlaganfall) bei asymptomatischen Stenosen von 3 % und bei symptomatischen Stenosen von 6 % nicht überschritten wird. In den letzten zehn Jahren hat sich die Karotisangioplastie mit Stenting (kurz: Karotisstenting) zunehmend zur Alternative zum operativen Vorgehen entwickelt. Vorteile dieses Kathetervorgangs sind, dass es sich um einen minimal-invasiven Eingriff handelt, der den Patienten deutlich weniger belastet, mit kürzerem stationären Aufenthalt verbunden ist und bei dem Wundheilungsstörungen oder Nervenlähmungen, wie sie bei operierten Patienten beobachtet werden können, nicht auftreten. In jüngster Zeit sind vier bedeutsame randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt worden, in denen die Sicherheit und Effektivität des Karotisstenting mit der CEA verglichen wurden. In drei dieser Studien

(EVA-3S, ICSS, SPACE) wurden nur symptomatische Patienten, in die jüngste Studie (CREST) wurden sowohl symptomatische als auch asymptomatische Patienten eingeschlossen. In der EVA-3S und in der ICSS Studie hat sich das Karotisstenting gegenüber der CEA als signifikant unterlegen erwiesen, in der SPACE Studie war das Kriterium der Nichtunterlegenheit gegenüber der Operation (non-inferiority) nicht erfüllt. In allen drei Studien gab es triftige Gründe für das schlechte Abschneiden der Karotisstent-Gruppe. Hierzu gehörte neben dem nur optionalen Einsatz zerebraler Protectionssysteme vor allem die Unerfahrenheit der Interventionalisten. Sie mussten nur fünf bis zehn Prozeduren durchgeführt haben, um die Voraussetzung zur Teilnahme an diesen Studien zu erfüllen. Lediglich in der jüngsten, erst kürzlich veröffentlichten CREST Studie waren zerebrale Protectionssysteme obligat und eine Trainingsphase für die Interventionalisten erforderlich. In dieser Studie war dann, nicht überraschend, das Karotisstenting der Operation über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren gleichwertig.

Eigene Erfahrungen mit dem Karotisstenting

Im Gegensatz zur CEA ist das Karotisstenting ein relativ junges Verfahren, das sich in den vergangenen zehn Jahren erheblich weiterentwickelt hat, was in den Studien nicht ausreichend berücksichtigt wurde. In unserem eigenen Zentrum haben wir im Zeitraum von Mai 1997 bis April 2010 bei 1.004 Patienten Stenosen der Arteria carotis mittels Stentimplantation behandelt.

Die Indikationen waren

- für symptomatische Patienten: Stenosen mit einem duplexsonographisch und/oder magnetresonanztomographisch ermittelten Schweregrad von $\geq 60\%$.
- für asymptomatische Patienten: Stenosen mit einem in der Duplexsonographie und/oder Magnetresonanztomographie ermittelten Schweregrad von $\geq 80\%$.

Kontraindikationen waren

- kompletter Verschluss der Art. carotis,
- flottierender Thrombus in der Läsion,
- schwere periphere arterielle Verschlusskrankheit, die keinen Gefäßzugang erlaubte,
- thrombotische Auflagerungen im Aortenbogen von mehr als 10 mm Durchmesser,
- zirkuläre Verkalkungen der zu behandelnden Karotisstenose,
- intrazerebral gelegene hochgradige Stenosen im Zielgefäß,
- abgelaufener vollständiger Infarkt im Versorgungsgebiet des Zielgefäßes.

Die Indikationen wurden von einem unabhängigen Neurologen überprüft, ein neurologischer Status der Patienten unmittelbar vor und innerhalb von 24 Stunden nach dem Eingriff erhoben.

Die Intervention erfolgte in Lokalanästhesie über die Femoralarterie unter Verwendung so genannter zerebraler Protectionssysteme. Diese Systeme werden eingesetzt, um das

¹ Medizinisches Versorgungszentrum Prof. Mathey, Prof. Schofer, Hamburg; ² Neurologische Praxis, Hamburg

Tab. 1: Demographische Daten der Patienten (n=1004)

Alter	67,4 ± 9,4 Jahre (Mittelwert ± SD)
Anteil über > 80 Jahre	7,3% (n=73)
Anteil über > 75 Jahre	22,3% (n=224)
Männer	68,2% (n=681)
Asymptomatische Stenose	66,1% (n=645)
Symptomatische Stenose	33,9% (n=331)
Amaurosis fugax	(n= 79)
Apoplex	(n= 83)
TIA	(n=130)
Diabetes mellitus	24,10%
art. Hypertonus	84,48%
Hyperlipidämie	79,48%
aktive Raucher	24,07%

Tab. 2: periprozedurale Komplikationsrate

Gesamtkomplikationsrate	1,69 % (n=17)
Tod	0,2% (n= 2)
Apoplex gesamt	1,5 % (n=15)
major Apoplex	0,4 % (n= 4)
minor Apoplex	1,1 % (n=11)
Myokardinfarkt	(n=1) Patient verstorben
Komplikationsrate	
symptomatische Patienten	1,1% (n=4)
asymptomatische Patienten	2,02% (n=13)
Patienten > 80 Jahre	4,11% (n=3)*
Patienten < 80 Jahre	1,5% (n=14)
Patienten > 70 Jahre	2,01% (n=9)
Patienten < 70 Jahre	1,43% (n=8)
* p<0.05 gegenüber < 80 Jahre	

Hauptrisiko des Eingriffs, die zerebrale Embolie mit konsekutivem Schlaganfall, zu vermeiden. Es handelt sich dabei entweder um ein okklusives Protektionssystem, mit dem der Blutfluss im Zielgefäß für den Zeitraum der Prozedur unterbrochen wird, oder um einen Filter, mit dem freigesetzte Partikel abgefangen werden können (siehe Abb. 1; Abb. 2 zeigt eine Karotisstentimplantation, Abb. 3 Debris im Filter nach Karotisstenting.)

Demographische und klinische Daten der Patienten sind in Tabelle 1 angegeben. Das mittlere Lebensalter lag bei 67 Jahren, davon waren 68,2% Männer, 7,3% der Patienten waren älter als 80 Jahre.

Ein Drittel der Patienten wiesen eine symptomatische Stenose auf, definiert als neurologisches ischämisches Ereignis im Versorgungsgebiet des Zielgefäßes, das nicht länger als sechs Monate zurückliegt. Es fanden sich die typischen atherogenen Risikofaktoren, insbesondere waren 24% der Patienten Diabetiker.

Das Karotisstenting war bei 97,77% der Patienten erfolgreich. Die prozedurale Erfolgsrate in unserem Patientenkollektiv entspricht der in randomisierten Studien (SPACE, EVA, ICSS, CREST).

Die Komplikationsrate der Prozedur (Tabelle 2) lag bei 1,69% (n=17). Diese inkludierte 11 (1,1%) Patienten mit kleinem Apoplex, 4 (0,4%) Patienten mit großem Apoplex und 2 (0,2%) Todesfälle. Als großer Apoplex wurde ein persistierendes neurologisches Defizit definiert, das zur Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten des Patienten führte. Als kleiner Apoplex wurde ein neurologisches Defizit definiert, das länger als 24 Stunden anhält und innerhalb von 30 Tagen entweder komplett verschwunden war oder den Patienten im Alltag nicht wesentlich beeinträchtigte. Einer der verstorbenen Patienten erlitt einen großen Apoplex und einige Tage später einen

Myokardinfarkt (vor einer geplanten aortokoronaren Bypassoperation).

Der zweite Patient verstarb am Hyperperfusionssyndrom mit intrazerebraler Massenblutung innerhalb von 24 Stunden nach Stenting einer hochsymptomatischen 99% Karotisstenose.

Die Komplikationsraten waren bei symptomatischen gegenüber asymptomatischen Patienten nicht unterschiedlich (mit 1,1% vs. 2%).

Die periprozedurale Komplikationsrate in unserem Patientenkollektiv ist gegenüber den in Studien beschriebenen Raten, die zwischen 5% – 10% liegen, deutlich geringer. Ein Grund für diesen Unterschied könnte sein, dass wir obligat ein zerebrales Protektionssystem eingesetzt haben, es sei denn, es war technisch nicht möglich. Aus Metaanalysen ist bekannt, dass mit Hilfe dieser Maßnahme das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, um 40% gesenkt werden kann. Ein weiterer Grund für das gute Abschneiden unserer Patienten liegt sicher in der großen Erfahrung, die im Laufe von mehr als zehn Jahren mit diesem Verfahren gesammelt werden konnte. Zentren mit ähnlicher Expertise kommen zu vergleichbaren Ergebnissen.

Bei über 80-jährigen Patienten beobachteten wir eine signifikant höhere Komplikationsrate, ähnlich wie in der Literatur beschrieben. Nach unserer Erfahrung liegt diese vor allem in der komplexen Gefäßanatomie begründet, die bei Älteren häufiger angetroffen wird. Diese Patienten scheinen nach den Ergebnissen der CREST-Studie eher von einer CEA zu profitieren. Allerdings bleibt unklar, ob die 4%ige Komplikationsrate, die wir in unserer Subgruppe beobachtet haben, durch eine CEA unterschritten werden kann.

Besonders bemerkenswert ist, dass die periprozedurale Komplikationsrate bei den ersten 100 Patienten bei 3% lag und nach über

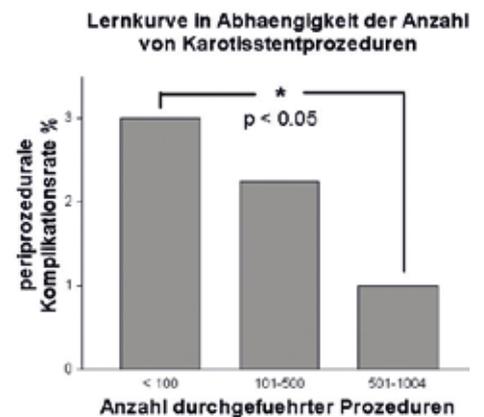


Abb. 4: Lernkurve: Abhängigkeit der periprozeduralen Komplikationsrate von der Anzahl durchgeführter Prozeduren

500 Eingriffen signifikant auf 1% weiter reduziert werden konnte (Abb. 4). Ähnliche Lernkurven sind auch in größeren Registern beschrieben. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass in diese Lernkurve auch die Verbesserung der Materialien eingeht, die sich in den letzten Jahren vollzogen hat.

Das Karotisstenting schneidet daher aus unserer Sicht nicht schlechter ab als die CEA, wenn sie mit moderner Technik von erfahrenen Interventionalisten durchgeführt wird. In einem Zentrum mit hohem Interventionsvolumen und besonders großer Erfahrung kann das Prozedurrisiko des Karotisstenting zudem noch weiter gesenkt werden. Die Lernphase scheint erst nach über hundert Interventionen abgeschlossen zu sein. Doch bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind, sollte die Indikation sorgfältig gestellt werden. Patienten mit sehr komplexer Gefäßanatomie scheinen eher Kandidaten für eine CEA zu sein.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Joachim Schofer
MVZ Prof. Mathey, Prof. Schofer
E-Mail: schofer@herz-hh.de

Dr. Michael Späth
Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der KV Hamburg



Vergütung

KBV und Bundesregierung wollen Hamburg vom Honorarzuwachs abschneiden.

Von Dr. Michael Späth

„Asymmetrische Verteilung“ gefährdet Versorgung

Ein neues Unwort geistert seit einiger Zeit durch die KVen-Landschaft: Der Albtraum von der „asymmetrischen Verteilung“ hat inzwischen Eingang in eine Gesetzesvorlage gefunden. Was verbirgt sich hinter dieser Formel? Warum wird schon wieder ein Instrument geschaffen, um den Entzug von Honoraren zu vernebeln?

Einheitlicher Behandlungsbedarf?

Im Zuge der Neugestaltung des Vergütungssystems wurde die Honorarhoheit auf den Bewertungsausschuss übertragen, der nun den Behandlungsbedarf für die jeweiligen KV-Regionen errechnet. KVen, die dabei schlecht abschneiden, fordern nun, den Behandlungsbedarf in ganz Deutschland gleich hoch anzusetzen. Dass es sachfremd und sinnfrei wäre, einen bundeseinheitlichen Durchschnittsversicherten zu definieren, ist unstrittig. Dennoch versuchen die Verantwortlichen, ohne jede wissenschaftliche Untermauerung den Behandlungsbedarf für diesen nicht existierenden Durchschnittsversicherten festzuzurren.

Es stimmt: Der derzeitige Behandlungsbedarf in Hamburg ist höher als im Durchschnitt der KVen – allerdings nicht höher als in anderen deutschen Großstädten. Das Konzept des „einheitlichen Behandlungsbedarfs“ lässt außer Acht, dass ein gut verdienender Familienvater in einer ländlichen Umgebung einen anderen Versorgungsbedarf hat als eine verwitwete Frührentnerin, die in einem urbanen Brennpunkt lebt. Der „einheitliche

Behandlungsbedarf“ ist pure Ideologie, die mit realen Versorgungsnotwendigkeiten und der tatsächlichen Inanspruchnahme von medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen nichts zu tun hat.

In jeder Großstadt werden auch Patienten aus dem Umland versorgt, und das trifft für die Medizinmetropole Hamburg in besonderem Maße zu. Hier hat sich – nicht zuletzt aus diesem Grund – eine Praxislandschaft entwickelt, die vor allem im hoch spezialisierten Bereich Leistungen ambulant anbietet, die anderswo reine Krankenhausleistungen sind.

All diese Versorgungsaspekte werden in der aktuellen Diskussion völlig außer Betracht gelassen. Würde man bei der Definition des Behandlungsbedarfs tatsächlich die Kammern aller KV-Bereiche über einen Kamm scheren, stünde für die ambulante Versorgung in Hamburg dramatisch weniger Geld zur Verfügung. Die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten müssten einen Honorarverlust von etwa 15 Prozent verkraften.

Politische Fehlentwicklung

Bis Ende 2008 erhielten die KVen von den Krankenkassen eine Kopfpauschale je Versicherten. Die Höhe der Kopfpauschale schwankte je nach Krankenkasse und Region und hat sich historisch entwickelt aus den Behandlungsnotwendigkeiten im Jahre 1991 und davor. Ab 1. Januar 2009 sollte nicht nur das Honorarbudget wegfallen, sondern mit der Einführung der EURO-Gebührenordnung auch das Morbiditätsrisiko zu den Krankenkassen übergehen. Der krankheits-

bedingte Mehr-Versorgungsbedarf sollte mit einem jährlichen Zuwachs (Morbiditätszuschlag) bei der Vergütung gedeckt werden.

Regionale Unterschiede

Nun haben sich im Laufe der Jahre wegen der zum Teil sehr unterschiedlichen regionalen Versorgungsstruktur auch die Gesamtvergütungen regional unterschiedlich entwickelt. Das rief KVen auf den Plan, die sich bei der Verteilung des Zuwachses in 2009 benachteiligt fühlten. Nur beispielhaft seien hier die KVen Westfalen-Lippe und Nordrhein erwähnt. Diese und andere große KVen bedrängten die KBV, die Verteilungsmechanismen dirigistisch auf Bundesebene zu korrigieren. Massive politische Unterstützung bekam die KV Nordrhein durch ihren damaligen Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann, der im Bundesgesundheitsministerium und bei der Kanzlerin intervenierte. Diesem politischen Druck gab die KBV nach und erwirkte beim Deutschen Ärztetag in Dresden einen Beschluss, der sich zu Gunsten einer Mehrheit von großen KVen auswirkt, andere KVen wie Hamburg, Bremen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Bayern jedoch wegen deren spezifischen Versorgungsnotwendigkeiten benachteiligt. Um den „einheitlichen Behandlungsbedarf“ möglichst reibungslos durchsetzen zu können, wurde eine Angleichung über fünf Jahre hinweg geplant.

Die potentiellen „Gewinner-KVen“ schickten ihre Landesminister in den Ring, um den geplanten Missgriff in Berlin gesetzlich

Brandbrief an den Bundesgesundheitsminister

Sehr geehrter Herr Minister Rösler, der Referentenentwurf der Bundesregierung zum GKV-FinG sieht in § 87 Abs. 2 SGB V (neu) unterschiedlich hohe Steigerungsraten bei den Gesamtvergütungen in den KV-Bezirken vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Berlin, Saarland, Bremen, Niedersachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern lehnen diese „asymmetrische Verteilung“ entschieden ab.

Aus unserer Sicht ist eine Bemessung von Vergütungszuwächsen nach sinnvollen und messbaren Kriterien erforderlich. Bei dem vorliegenden Verteilungsmodell, das sich ausschließlich an dem je Versicherten zur Verfügung stehenden Arzthonorar (getarnt als Behandlungsbedarf) orientiert, handelt es sich aber um ein Konstrukt ohne jeden Bezug zum Versorgungsgeschehen, das zudem keine sinnvolle Weiterentwicklung der Versorgung ermöglicht. Statt dessen sollen erhebliche Mittel in Versorgungsstrukturen fließen, ohne dass sich für die Patienten dadurch eine Verbesserung ergeben würden.

Im Gegenteil: Nutznießer dieses Modells sind vor allem KV-Bezirke, in denen die Vertragsärzte schon jetzt überdurchschnittliche Honorarumsätze verzeichnen können, und nun für ein identisches Leistungsangebot ein nochmals höheres Honorar erhalten sollen.

Aus unserer Sicht sollten Honorarzuwächse so lange linear – der Anzahl der Versicherten je Bundesland folgend – verteilt werden, bis geeignete messbare Kriterien entwickelt wurden, die die Versorgungsnotwendigkeiten adäquat abbilden.

Das GKV-FinG berücksichtigt bereits diesen Gedanken, setzt ihn aber in § 87 Abs. 9 SGB V (neu) mit einem an den Bewertungsausschuss gerichteten Auftrag zur Erstellung eines Konzepts zur Angleichung der Vergütungen nur unzureichend um. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum zunächst eine asymmetrische Verteilung und erst in einem zweiten Schritt die erforderliche Analyse der Versorgungsstrukturen erfolgen soll.

Wir stellen überrascht fest, sehr geehrter Herr Minister, dass die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Regelungen zur Vergütung der vertrags-

ärztlichen Versorgung die zentralistischen und dirigistischen Tendenzen, die unter Verantwortung Ihrer Amtsvorgängerin in das SGB V gekommen sind, verstärken und damit der im Koalitionsvertrag vereinbarten und von Ihnen immer wieder unterstützten Regionalisierung entgegenlaufen. Wir sind der Auffassung, dass die regionale Ebene in Abhängigkeit von gewachsenen Strukturen und den Bedürfnissen vor Ort am besten eine „gute Versorgung“ gewährleistet werden kann.

Die Bundesebene sollte sich in diesem Kontext auf die Definition eines Handlungsrahmens und die Vorgabe von Gesundheitszielen beschränken und im Übrigen die Funktion einer Clearingstelle übernehmen. Die Unfähigkeit des Bewertungsausschusses, innerhalb von drei Jahren die gesetzlich vorgesehenen Beschlüsse zur Berücksichtigung von Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur und von Verlagerungseffekten zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu fassen, belegt doch die Unzulänglichkeit zentralistisch aufgebauter Strukturen. Ebenso sind die Auswirkungen der zentral vorgegebenen Regelungen zur Honorarverteilung zu bewerten. Denn erst das dadurch angerichtete Chaos hat in weiten Teilen Deutschlands zu der Forderung nach einer asymmetrischen Verteilung von Honorarzuwächsen geführt. Die gemachten Erfahrungen bestärken unsere Auffassung, dass der Versuch einer bundesweiten Honorarverteilung von vorneherein zum Scheitern verurteilt ist. Dies muß wieder in die regionale Kompetenz zurückgeführt werden.

Wir fordern deshalb die Bundesregierung auf, endlich die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Fortentwicklung der ambulanten Versorgung wieder auf der Landesebene bürger- und arzt-nah gestaltet werden kann. In einem ersten Schritt muss dafür auf die asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse verzichtet werden.

Die Vorstände der KVen Hamburg, Berlin, Saarland, Bremen, Niedersachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern

abzusichern. Im jetzt vorliegenden Entwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz ist eine Passage enthalten, in der die „asymmetrische Verteilung“ gesetzlich fixiert wird. Sollte der Entwurf tatsächlich Gesetzesstatus erlangen, wird die KV Hamburg in den nächsten fünf Jahren vom morbiditätsbedingten Zuwachs komplett abgeschnitten. Damit wäre die differenzierte Versorgungsstruktur in Hamburg nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Soziodemographische Kriterien

Andere europäische Länder sind in der Diskussion um den Versorgungsbedarf der Versicherten schon wesentlich weiter. Die Erkenntnis, dass der Behandlungsbedarf nicht willkürlich zu vereinheitlichen ist, schlägt

sich in den Niederlanden beispielsweise in der Konstruktion des Risikostrukturausgleichs (RSA) nieder. Anders als in Deutschland zählen nicht nur Alter, Geschlecht und besonders kostenintensive Krankheiten zu den Ausgleichskriterien des RSA, sondern auch sozialwirtschaftlich und regional bedingte Gesundheitsrisiken. Die Regionen werden dabei auf Basis der Urbanität, dem Anteil an nicht-westlichen Migranten, dem Durchschnittseinkommen, dem Anteil Alleinstehender und einiger anderer Kriterien unterteilt.

Das niederländische Modell korrigiert die Abweichung vom Durchschnitt nach den Kriterien der Soziodemographie, die vorgegebene „asymmetrische Verteilung“ hingegen würde das Missverhältnis zwischen Geldverteilung und Leistungsanspruchnahme weiter vergrößern.

Hier ist jetzt auch der Hamburger Senat gefordert. Wer Hamburg als Medizinmetropole stärken und eine an die Versorgungsnotwendigkeiten einer Großstadt angepasste ambulante Medizin sichern will, muss sich an höchster Stelle gegen diese dramatische Fehlentwicklung stark machen. Sowohl der Gesundheitssenator wie auch der neue Bürgermeister sind aufgerufen, sich gegen diese gesundheitspolitische Fehlentwicklung mit allen Mitteln zur Wehr zu setzen. Wir haben – zusammen mit den anderen betroffenen KVen – die Gesundheitsministerien der Länder schriftlich informiert und sie aufgefordert, sich für die Interessen ihres Bundeslandes einzusetzen. Sollte dies nicht fruchten, wird es nicht nur einen heißen Herbst, sondern dauerhafte Proteste in den Praxen geben.

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
www.oberbergkliniken.de

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


Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Abrechnung

Psychotherapeutisch arbeitende Haus- und Fachärzte: In der Weiterbildung vorgesehen, in der Praxis vom Aussterben bedroht?

Von Dr. Martina Koch-Preißer

Existenz gefährdet

Die Gruppe psychotherapeutisch arbeitender Haus- und Fachärzte ist durch Änderungen der Honorarverteilung in Schwierigkeiten geraten. Gegenwärtig scheint, aufgrund der neuen Vereinbarungen zu Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen ab dem 1.7.2010, kassenärztliches Arbeiten mit diesem Schwerpunkt aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr möglich.

Bis zum Quartal 1/2005 gab es ca. 35 Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie und/oder zweitem Facharzt Psychosomatische Medizin mit Zulassung für die Abrechnung von Antragspsychotherapie mit hausärztlicher, internistischer, kinderärztlicher oder gynäkologischer Niederlassung.

Die Ausbildung für diese Qualifikation erfolgt berufsbegleitend über vier bis fünf Jahre mit großem Zeitaufwand (Lehrtherapie, Theorie- und Fallseminare, laufende Fallsupervision). Praxen mit dieser Ausrichtung, die als Erweiterung des Angebots psychosomatischer Grundversorgung zu sehen sind, haben im Fachgruppenvergleich deutlich niedrigere Fallzahlen. Patientenkontakte sind in der Frequenz häufiger und durch höheren Gesprächsaufwand zeitintensiver bei Häufung psychischer Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen.

Im Vergleich mit den Kollegen, die ausschließlich psychotherapeutisch arbeiten, ergeben sich auch bei den psychotherapeutischen Behandlungen Besonderheiten: Die Ansprechbarkeit während der normalen Sprechstunde macht den Zugang niederschwellig, Kurzinterventionen bei Krisensituationen sind häufig, es werden vermehrt Vorgespräche zur Indikationsstellung geführt. (Übliche Psychotherapiepraxen sind in der Regel nur sehr eingeschränkt während einer Telefonsprechstunde erreichbar).

Somatische und psychische Komorbidität

Unter den Psychotherapiepatienten finden sich viele mit somatischer und psychischer Komorbidität (Patienten mit Borderline- oder Persönlichkeitsstörungen, Krisen in der Adoleszenz, Essstörungen oder Selbstverletzungen und gleichzeitig Erkrankungen wie Diabetes mellitus, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, neurologischen Grunderkrankungen oder Tumorleiden). Niederfrequente Langzeitbegleitungen sind für einen Teil dieser Patienten wichtiges Therapieangebot und bedeuten unter Umständen auch die Notwendigkeit, vom üblichen wöchentlichen Setting abzuweichen.



Psychotherapie: höherer Gesprächsaufwand und dadurch zeitintensiver

Die Schwierigkeiten dieser Gruppe begannen mit der Einführung des EBM im Frühjahr 2005 und dem Wegfall der Stützung des Punktwertes für Leistungen der Antragspsychotherapie. Dies hatte zur Folge, dass die Therapiestunden je nach Krankenkasse nur noch mit ca. 17 bis 35 Euro honoriert wurden (zuvor ca. 45 bis 63 Euro); es kam zu Honorar einbußen von bis zu 3.000 Euro pro Quartal und Praxis.

Zum Vergleich: Für die mehr als 90 % psychotherapeutisch tätigen Niedergelassenen lag der Stundensatz infolge eines gestützten Punktwertes damals um 70 Euro (inzwischen um 80 Euro).

Die unter 90 % psychotherapeutisch tätigen Neurologen und Psychiater (sog. P-Fachärzte) waren in diesen Beschluss des Bewertungsausschusses von 2004 einbezogen, nicht jedoch Allgemein- und andere Fachärzte mit unter 90 % Leistungserbringung in der Psychotherapie, die seit dem 1.4.2005 mit einem frei flottierenden Punktwert bezahlt wurden.

Existenzgefährdende Situation

In Hamburg suchte die Gruppe betroffener Kolleginnen und Kollegen daraufhin das Gespräch mit dem KV-Vorstand, um auf die existenzgefährdende Situation aufmerksam zu machen und nach möglichen Lösungen zu suchen. Die beratenden Fachausschüsse der Hausärzte und der Psychotherapeuten signalisierten inhaltlich Unterstützung, zu konkreten Beschlüssen kam es aber nicht. Die Forderung war zunächst die Zusicherung eines Mindestpunktwertes für psychotherapeutische Antragsleistungen, um die Behandlungen, die über mehrere Quartale laufen, wenigstens eingeschränkt wirtschaftlich kalkulierbar zu machen.

Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingung des EBM 2005 sah der KV-Vorstand keinerlei Spielraum für Honorarausgleich oder Punktwertstützung und empfahl der Gruppe die Klage vor dem Sozialgericht. Ziel sollte eine juristische Entscheidung auf Bundesebene sein und damit eine Korrektur der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses, um inhaltlich eine Gleichstellung der Allgemein- und Fachärzte mit den so genannten P-Fachärzten bei der „unter 90 %-Regel“ festzuschreiben.

Klagen einzelner Kolleginnen und Kollegen wurden von den Sozialgerichten mit zeitlicher Verzögerung bis 2010 sämtlich abschlägig beschieden, lediglich ein Verfahren ist derzeit noch in Revision. Die Richter begründeten dies mit dem

Verweis auf fehlenden Handlungsbedarf in einer Angelegenheit, die KV-Interna bei der Honorarverteilung betreffe.

Umorientierung betroffener Praxen

Der zunehmende finanzielle Druck führte in der Zwischenzeit zur Umorientierung von mehr als der Hälfte der 35 betroffenen Praxen. Die meisten Kolleginnen und Kollegen entschlossen sich, die „gemischte“ Versorgung aufzugeben und entweder ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu werden oder Psychotherapie als Kassenleistung aufzugeben. Nur ein kleinerer Teil der Praxisinhaber setzte – mit Aussicht auf den so genannten Euro-EBM ab 2009 – die Tätigkeit fort bei reduziertem Angebot von Therapiestunden.

Der ab dem 1.1.2009 gültige EBM hob die 90%-Regel dann endlich auf, mit der Gleichstellung erhielten alle Niedergelassenen die gleiche Vergütung für Leistungen der Antragspsychotherapie. An diese positive Entwicklung war aber für die „Nicht-P-Fachärzte“ zugleich eine negative gekoppelt: Mit der Budgetierung so genannter freier Leistungen (psychosomatische Grundversorgung, Vorgespräche für Psychotherapie) und der Bindung des Budgets an Fallzahlen waren die „Psychotherapie unter 90% Praxen“ erneut benachteiligt: Für Gesprächsleistungen stand ihnen absurderweise ein kleineres Budget als Großpraxen zur Verfügung, weil sie, ähnlich wie Schmerztherapeuten, weniger Patienten zeitintensiver versorgen.

Es folgten erneute Verhandlungen mit dem KV-Vorstand, der sich der Problematik der Gruppe auf Hamburger Ebene mit der Suche nach Lösungen für die einzelnen Praxen angenommen hatte. Anträge auf Berücksichtigung einer Praxisbesonderheit hatten zum Jahresanfang 2010 bei einzelnen Kolleginnen und Kollegen Erfolg und führten zur Aufhebung der Budgetierung psychosomatischer Gesprächsleistungen, so dass bis zum 30.6.2010 erstmalig „die Welt in Ordnung schien“ – mit großer Erleichterung über eine endlich offiziell zugestandene Anerkennung des besonderen Praxis-Schwerpunktes.

Beschlüsse der KBV machen positive Entwicklung zunichte

Die Beschlüsse der KBV zur Honorarverteilung ab dem 1.7.2010 machen aktuell die beschriebene positive Entwicklung des ersten Halbjahr 2010 zunichte und drücken die Vergütung noch unter den Stand von April 2005. Psychosomatische Gesprächsleistungen und antragsgebundene Psychotherapiestunden (unter 90%) werden nach dem Durchschnitt der abrechnenden Fachgruppe und nach Fallzahl budgetiert, damit spiegeln die neuen Vergütungsregeln in keiner Weise die Leistungserbringung wider. Hat beispielsweise eine Praxis zuvor zwischen 50 und 60 Antrags-Therapiestunden im Quartal zur Abrechnung gebracht, ergibt sich jetzt ein Budget von nur 16 bezahlten Therapiestunden (die Honorierung nimmt damit keinen Bezug mehr auf die real erbrachte Leistung, sondern errechnet sich fallzahlbezogen aus dem fiktiven Mittel der Praxen, die eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung haben). Verständlicherweise können aber laufende Therapien nicht einfach aus wirtschaftlichen Erwägungen abgebrochen werden, nur weil die Honorierung wegfällt. Psychotherapeutische Langzeit-Therapien beinhalten ein Kontingent von 50, 80 oder 100 Stunden, erfordern daher langfristige Planung und binden Therapeut und Patient.

In der wirtschaftlichen Planung bleibt den Praxen auch anderweitig kein Handlungsspielraum: die niedrigen Fallzah-

len begrenzen sowohl das RLV als auch das QZV, aufgrund der Arbeits- und Patientenstruktur ist eine beliebige Fallzahlsteigerung nicht möglich.

Die Budgetierung einer zeitlich gebundenen Leistung wie der Antragspsychotherapie macht aus Gründen der Kontrolle von Mengenausweitungen ohnehin wenig Sinn: die Leistung ist nicht unkontrolliert zu steigern, die Mehrzahl der Praxen arbeitet seit Jahren mit einer festen Anzahl angebotener Wochenstunden für die Psychotherapie.

Ein weiterer Aspekt betrifft den Anachronismus bezüglich der geltenden Weiterbildungsordnung (WBO), in welcher die Fachgebundene Psychotherapie als zweijährige Weiterbildung für Fachärztinnen und -ärzte weiterhin vorgesehen und bei der letzten Änderung der WBO nochmals festgeschrieben worden ist. Nach zeitlich und finanziell mühevolem Erwerb des Zusatztitels werden Kolleginnen und Kollegen die Früchte dieser Ausbildung nicht mehr der Arbeit mit ihren Patienten zugute kommen lassen, ohne sich selbst zu schädigen. Ökonomische Notwendigkeiten werden niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zwingen, diese inhaltlich sinnvolle Schwerpunktbildung aufzugeben oder eine entsprechende Weiterbildung gar nicht erst zu beginnen.

Auf diesen Missstand soll aufmerksam gemacht werden. Auf politischer Ebene soll das Ziel angestrebt werden, in der ambulanten Medizin eine besondere ärztliche Kompetenz für qualifizierte psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung zu erhalten, die in der ärztlichen Weiterbildung zu Recht vorgesehen ist, weil sich deren Sinn für ärztliches Tun in wissenschaftlichen Untersuchungen längst bestätigt hat.

Dr. Martina Koch-Preißer ist Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie und für Psychosomatische Medizin.

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

Lösung Quiz von Seite 17

Metastasiertes Pankreaskarzinom

Erweiterter DHC infolge echoarmer, tumoröser Raumforderung im Bereich des Pankreaskopfes (im Processus uncinatus). Auf Bild 2 sind der erweiterte Dc wirsungianus sowie der deutlich erweiterte DHC im Querschnitt erkennbar.

Es handelt sich histologisch jedoch nicht um eine Metastase des bekannten Mammakarzinoms, sondern um ein metastasiertes Pankreaskarzinom als Zweittumor.



Ausstellung am UKE

Die erste Ausstellung des im Aufbau befindlichen medizinhistorischen Museums.

Von Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach

Sehen und sichtbar machen

Der alte Sektionssaal im Fritz Schumacher-Haus am UKE

Die Fertigstellung der Restaurierungsarbeiten des alten Sektionssaals im Fritz Schumacher-Haus auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf war im Juni 2010 Anlass, um das im Aufbau begriffene neue medizinhistorische Museum mit einer ersten Ausstellung der Öffentlichkeit vorzustellen. Der restaurierte Sektionssaal mit seinen originalen Sektionstischen ist nunmehr ein Exponat des medizinhistorischen Museums, das durch die besonderen Lichtverhältnisse, hervorgerufen durch das wiederhergestellte Glasdach über der nach Norden zeigenden Hälfte des Daches, beeindruckt. Dieser Ort, an dem rund achtzig Jahre lang durch pathologische Sektionen Erkenntnisse für die klinische Praxis gewonnen wurden, zeigt wieder eine natürliche Tageshelligkeit, die bereits in den 1920er Jahren den forschenden Blick in verborgene Verhältnisse des Körpers möglich machte.

Ebenso wie der Sektionssaal seine ursprüngliche Funktion aufgeben hat, so sind auch die anderen Exponate, die aus vielen Feldern der Medizin zusammengetragen wurden, aus ihren alten funktionalen Zusammenhängen herausgenommen und neu arrangiert worden. Dieses lenkt den Blick auf bislang nicht offensichtliche Zusammenhänge, die Exponate erzählen ihre Geschichten mit neuen Nuancierungen, sie zeugen von verschiedenen Forschungskulturen und unterschiedlicher Forschungspraxis, von Patientenleid und ärztlichem Handeln, vom Alltag der Schwestern und von unterschiedlicher Baukunst eines großen Krankenhauses.

Ein Großteil der Exponate dient und diente dem Sehen und sichtbar machen dessen, was am und im Körper nicht auf Anhieb zu erkennen war und ist oder was als Befund

festgehalten werden sollte. Dies waren technische Geräte, wie das Mikroskop oder die Röntgenröhre, oder die zu Forschungszwecken und für die Lehre produzierten Modelle und Präparate, häufig aus Wachs oder Gips hergestellt. Grenzen zwischen Handwerk und Kunst verschwimmen bei vielen dieser Exponate.

Die erste Ausstellung mit dem Thema „Schnittstellen lebendiger Geschichte“ möchte einen Eindruck von der Fülle des bereits existierenden, recht umfangreichen Fundus des Museums vermitteln, einen Blick auf die zukünftige „Vielfalt der Möglichkeiten“ lenken. Bei der Präsentation historischer Exponate werden Perspektiven aufgezeigt, die oft bis in die Gegenwart reichen und auch die Zukunft berühren, wie dies bei der Darstellung der Tuberkulose sichtbar

wird. Diese Infektionskrankheit gilt als eine klassische Seuche des 19. Jahrhunderts, die im 20. Jahrhundert einen beeindruckenden Rückgang erfuhr, u. a. bewirkt durch eine medikamentöse Therapie, die allerdings erst ab 1946 zur Verfügung stand. Die Seuche schien besiegt, doch in den letzten Jahren hat die Bedeutung der Tuberkulose wieder zugenommen. Sie ist zurückgekehrt, häufig

in Verbindung mit einer HIV-Infektion. Gegenwärtig sterben weltweit jedes Jahr rund 1,8 Millionen Menschen an der Tuberkulose, die Therapie ist durch eine Resistenzentwicklung der Erreger sehr erschwert. Keine andere Krankheit repräsentiert die Schnittstellen zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft deutlicher als die Tuberkulose.

Im Zusammenhang mit der Tuberkulose ist noch ein anderes Phänomen von großer Bedeutung. Seuchen oder Infektionskrankheiten bieten häufig Anlass für literarische, künstlerische Gestaltungen in der Auseinandersetzung mit der Krankheit. Im „Zauberberg“ von Thomas Mann wird die Nähe zur Tuberkulose für einen jungen Sanatoriumsbesucher zu einem existenziellen Erlebnis mit tiefgreifenden Verwerfungen und neuen Sichtweisen. Die Seuche wird in der Atmosphäre eines Tuberkulose-Sanatoriums in ihrer Überlagerung von Realem und ängstlich Erwartetem zum Ausgangspunkt einer Zeitreise für einen jungen Ingenieur, die in die Welt der Politik und Philosophie, aber auch in eine Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod und Liebe führt. Die Konfrontation mit der Seuche löst die geistige Beschränkung auf wie auch die Empfindungen für zeitliche Abläufe.

Diese kulturellen Konnotationen der Tuberkulose werden in der Ausstellung zum Thema, aber auch konkrete Exponate aus der alltäglichen Praxis eines Tuberkulosekranken.

Der „Blaue Heinrich“

Dabei nimmt der „Blaue Heinrich“, der im „Zauberberg“ seine literarische Berühmtheit



Der „Blaue Heinrich“

erlangte, eine besondere Stellung ein. Dieser erstmals 1889 von Peter Dettweiler vorgestellte eiförmige Spucknapf bestand aus einem Glasunterteil in sattem Blau und einem Sprungdeckel. Er diente dazu, das infektiöse Sputum aufzufangen und konnte beim Umfallen nicht auslaufen. Meistens besaßen die Patienten mehrere dieser Gefäße, so dass diese täglich desinfiziert werden konnten.

Als man in der Renaissance auf neue und selbstbestimmte Weise begann, im „Buch der Natur“ zu lesen, wurde das neu Gesehene – zunächst noch eng an den Text-Corpora der Antike orientiert – in reiner Textform dargestellt. Nach und nach kam die Illustration, die bildliche Darstellung des Beobachteten hinzu. Diese Bilder entstanden in enger Zusammenarbeit von Anatom und Künstler. Später wurden Wachsabbildungen, Moulagen, Daguerrographie, Photographie oder Röntgenverfahren und andere moderne computergestützte Bildgebungsmethoden zur Sichtbarmachung und Darstellung benutzt, die die Sehgewohnheiten veränderten und neue Kulturen des Sehens schufen.

Moulagenkunst

Die Moulagen, die in der Ausstellung zu sehen sind, stammen ursprünglich aus der Dermatologie. Moulagen bilden vorrangig oberflächlich gelegene krankhafte Veränderungen der Haut ab. Ein wesentlicher Bestandteil einer solchen Moulage ist das Wachs. Anders als die anatomischen Wachsmodelle des 17. und 18. Jahrhunderts, die als Abbilder von oft einer größeren Zahl von Leichen genommen wurden und einen idealen Körper repräsentierten, zeigen die Moulagen ein individuelles klinisch-pathologisches Abbild. Der Kranke hatte bei der Herstellung mit dem Arzt und Moulageur zu kooperieren, da von der betreffenden Körperstelle des Kranken eine Negativform abgenommen werden musste. Nur eine einzige kranke Person war in den Herstellungsprozess einbezogen. Der Wachsbildner hatte von der darzustellenden Hautregion ein Negativ, meist aus feinzeichnendem Gips, herzustellen. Diese Form lieferte die Matrize für die Herstellung des Wachspositivs aus einer mit stabilisierten Zusätzen versehenen Wachsmischung.

Moulagen waren nie Idealdarstellungen oder Normalansichten eines bestimmten Krankheitsbildes, sondern lieferten immer ein Individualabbild. Sie sind Zeugnisse eines in Wachs gegossenen Patienten der Vergangenheit. Die Blütezeit der Moulagenkunst erstreckte sich über den Zeitraum von etwa 1850 bis 1950. Moulagen stellen in ganz besonderer Weise Schnittstellen zwischen Vergangenheit und Gegenwart dar, da sie heutzutage einerseits medizinhistorische Kulturgüter sind, andererseits aber auch noch für den aktuellen Unterricht genutzt werden, und dies nicht nur in Hamburg.

Die Ausstellung enthält auch zahlreiche Exponate aus bereits existierenden Sammlungen. Aus der Zahnklinik des UKE stammt die Fabian-Sammlung, deren Grundstock in den 1920er Jahren gelegt wurde und die eine große Menge menschlicher und tierischer Knochenpräparate und Zähne wie auch Gipsmodelle krankhafter Zahnveränderungen enthält. Aus der HNO-Klinik des UKE kommt eine eigenartige Sammlung, die aus Fremdkörpern – darunter auch ein Messer – besteht, die aus der Speiseröhre aufwändig mit Hilfe eines Endoskops entfernt werden mussten. Auch der Teil der Ausstellung, der sich mit den Schwestern befasst, lebt von Exponaten, die zum größten Teil von Mitarbeiterinnen des UKE zusammengetragen wurden.

Allerdings sind auch Exponate aus verschiedenen Privatsammlungen in die erste Ausstellung des medizinhistorischen Museums eingegangen. Hartmut Stemmann, der lange Zeit als Zahntechniker und Obermeister der Innung wirkte, hat unterschiedlichste Sachzeugnisse aus der Arbeit von Zahntechnikern aus den letzten 200 Jahren aufbewahrt, eine große Anzahl von Artikulatoren und künstlichen Gebissen sowie eine Schädelammlung. Aus der Sammlung der Firma Philips kommt ein großer Teil ausgestellt Röntgenröhren wie auch einige der Röntgenapparaturen, die aufgrund des Engagements von Guido Prühs der Ausstellung zur Verfügung standen. Ein Teil der Arztpraxis des Eppendorfer Internisten Dr. Hans Joachim von Leitner konnte Dank der Tochter Gudrun von Leitner ausgestellt werden. Dr. von Leitner hat mit Hilfe systematischer Analysen von Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen Daten für eine fundierte Ernährungsberatung geschaffen und war in den 1970er Jahren ein Pionier moderner Ernährungsmedizin.

Schließlich befasst sich auch ein Teil der Ausstellung mit dem UKE im Nationalsozialismus. Auf einer Texttafel werden einige der Verstrickungen ärztlicher Mitglieder des UKE in die Gesundheitspolitik der Nationalsozialisten aufgezeigt. In vier Textsäulen kann der Ausstellungsbesucher etwas über das Schicksal ehemaliger Angehöriger des UKE erfahren, die sich gegen die Nationalsozialisten gestellt hatten oder als rassistisch Verfolgte in die Emigration gezwungen worden waren.

Historische Sachquellen und Kulturgüter

Die Exponate der Ausstellung sind einerseits historische Sachquellen und damit auch wesentliches Mittel, um das seit der Aufklärung verstärkt wirkende Prinzip der Selbstvergewisserung des modernen Menschen durch historische Rückblicke umzusetzen. Andererseits sind die Ausstellungsgegenstände auch Kulturgüter mit einer eigenen ästhetischen Ausstrahlung. Sie repräsentieren die kultu-



Wachsmoulage „Tuberculose des Gesichts“, 1907, älteste Moulage der Ausstellung

relle Dimension von Medizin und Krankheit. Historische und kulturelle Aspekte prägen die Auseinandersetzung von Menschen mit Kranksein und Krankheit und mit der Medizin. Es ist deshalb folgerichtig, auch diesen Aspekten Raum zu geben. Schließlich folgen das aufzubauende Museum wie auch die Ausstellung einem Bildungsauftrag. Bildung ist die Schaffung von Unterscheidungsvermögen auf Basis vielgestaltiger Lernvorgänge. Der Bildungsbegriff enthält die Aufforderung zur Kommunikation und Interaktion als auch die aneignende Hervorbringung von Neuem im Umgang mit der Vergangenheit. Ausstellung und Museum schaffen diesen Raum für Bewegung und Begegnung, für Kommunikation, auch mit dem zufällig Gefundenen und zu Entdeckenden.

Für die Restaurierung der für das Museum vorgesehenen Räume im Fritz Schumacher-Bau fehlen noch rund eine Million Euro. Sowohl Geldspenden als auch die Überlassung von Apparaten und anderen Gegenständen aus der Medizin sind hochwillkommen. Wenn unsere Bemühungen zur Beschaffung des benötigten Geldes auch nur teilweise von Erfolg gekrönt sein sollten, könnte noch in diesem Jahr mit den Bauarbeiten begonnen werden. In diesem Fall müsste die Ausstellung in andere Räume verlagert und etwas umstrukturiert werden.

Öffnungszeiten sind dienstags von 10 – 14 Uhr, sonntags von 14 – 17 Uhr. Donnerstags um 16 Uhr werden Führungen angeboten. Kuratorin der Ausstellung ist die Historikerin Antje Zare.

Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach ist Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am UKE.

Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.			
Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag, 1. November, 18 – 19.30 Uhr	Montagskolloquium „Wie hätten Sie geurteilt?“ Fallvorstellungen	VDBW, Anm. Herr Stöcker, Tel.: 72 27 – 5 65, E-Mail: u.stoecker@amz-reinbek.de	Martinistr. 52, Universitäres Herzzentrum, Gebäude N 23, EG
Montag, 8. November, 17 – 19 Uhr	„Qualitätssicherung u. Stufenkonzept der Lungenfunktionsdiagnostik“ – Arbeitsmedizinische Falldemonstration u. Fallbesprechung	Zentralinstitut für Arbeitsmedizin u. Maritime Medizin, Tel.: 42 88 94 - 5 01	ZfAM, Seewartenstr. 10
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Montags, 18 Uhr c.t.	6.9.: Minisymposium „Infektionsprophylaxe“	UKE, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Prof. Dr. Goetz, Tel.: 74 10 - 5 44 77	Hörsaal Frauenklinik, Martinistr. 52
Montags, 19.30 Uhr	Kardiologische Montags-Gespräche	Marienkrankenhaus, Zentrum Innere Medizin, Tel.: 25 46 - 21 02	Alfredstr. 9, Großer Konferenzraum
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus, Institut für Pathologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 27 02	Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. Haeberlin, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	Asklepios Klinik Harburg, Chirurgie	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Dienstag, 19. Oktober, 18.30 – 20 Uhr	QZ Arbeitsmedizin – Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin (Vorschläge erwünscht)	VBG, Anm. Dr. Bandomer, Tel.: 27 80 – 63 47, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14
Dienstag, 2. November, 18 – 20 Uhr	„Ernährung/ Diät“	UKE, Kinderherzchirurgie, Anm. Frau Remberg, Tel.: 74 10 – 5 82 21, b.remberg@uke.de	Martinistr. 52, Universitäres Herzzentrum, Gebäude N 23, EG
Dienstag, 2. November, 20 Uhr c.t.	„Impfungen“ (4 P)	Labor Lademannbogen, Anm. unter Tel.: 5 38 05 - 164, www.labor-lademannbogen.de	Lademannbogen 61
Dienstag, 9. November, 20.30 Uhr	„Die Jahre 1919 – 1921“ Historisch-wissenschaftliches Seminar	APH, Frau Harff, Tel.: 20 22 99 302, E-Mail: aph@aekhh.de , www.aph-online.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Lerchenfeld 14
Dienstags u. donnerstags, 7.30 – 8.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	Marienkrankenhaus, Zentrum Innere Medizin, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 25 02	Haus 1, Institut für Radiologie, Demoraum
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf	Konferenzraum 1
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	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	28.9.: 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	7.9.: „Wundheilung/ Narbe“ Elterninformationsveranstaltung	UKE, Kinderherzchirurgie, Frau Remberg, Tel.: 74 10 - 5 82 21, b.remberg@uke.de	Universitäres Herzzentrum, Gebäude N 23, EG, Bibliothek
Mittwoch, 20. Oktober, 17 – 19 Uhr	„Verdacht auf Kindesmisshandlung – Was tun?“ Arbeitskreis Häusliche Gewalt	Ärztekammer Hamburg, Anm. per E-Mail an vorstand@aekhh.de	Patriotische Gesellschaft von 1765, Trostbrücke 6
Mittwochs, 20 Uhr	20.10.: „Psychoanalytische Bemerkungen zur Scham“; 27.10.: Brustkrebs – Prostatakrebs „Schamempfinden bei Frauen und Männern“; 3.11.: Ess-Sucht u. Übergewicht „Individuelles Leiden u. gesellschaftliche Folgen“; 10.11.: Sexuelle Gewalt u. ihre lebenslangen Folgen „Trauma – Scham – Schweigen“	Ärztekanzlei 2010 Hauptkirche St. Nikolai, Herr Fahning, Tel.: 44 11 34 - 0	Hauptkirche St. Nikolai, Gemeindehaus, Saal
Mittwoch, 3. November, 16.30 Uhr	9. Hamburger Facharztgespräche – Neuentwicklungen aus zehn Fachgebieten	MVZ Prof Mathey, Prof. Schofer GmbH, Anm. Tel.: 8 89 00 95 50, www.Herz-HH.de	Le Royal Méridian Hamburg, An der Alster 52 – 56
Mittwoch, 10. November, 18 Uhr s.t.	Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium „Herzrhythmusstörungen im Rettungsdienst – Was muss gemacht werden? Was sollte unterlassen werden?“	AK St. Georg, Abt. Anästhesiologie u. operative Medizin, Dr. Kretschmer, Tel.: 18 18 - 85 48 24	Lohmühlenstr. 5, Sitzungssaal, Haus J, 2. OG
Mittwoch – Donnerstag, 3. – 4. November	Basiskurs Handchirurgie	BG Unfallkrankenhaus, Anm. Frau Palasz, Tel.: 73 06 27 46, www.buk-hamburg.de	Bergedorfer Str. 10
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Kooperatives Mammazentrum-Hamburg/ DKH, Tel.: 441 90 - 6 69	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf	Röntgenkonferenz, Hs. B
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre Mammakonferenz	Marienkrankenhaus, Institut für Radiologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46 - 16 02	Haus 1, Demoraum

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schmerzambulanz Alten Eichen, Anmeldung 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 - 1402)	MarienKH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 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
Donnerstag, 4. November, 14.30 – 16 Uhr	„Hämodynamisches Monitoring (Picco)“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Anm. PD Dr. S. Kluge, Tel.: 74 10 – 5 70 10	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 3. OG, Seminarraum 311
Donnerstag, 4. November, 16.15 – 18.30 Uhr	„Wenn jugendliche trinken – präventive Auswege aus Flatrate-Trinken und Koma-Saufen“	Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, UKE, Prof. Kahlke, Tel.: 74 10 – 5 36 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N55, Seminarraum 210/211 (2. OG)
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	14.10.: „Journal-Club“; 21.10.: „TVT versus TVT-OV“ (Literaturreferat); 28.10.: „Prä-, peri- u. postnatale Diagnostik der Thalassämie“	UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken u. Polikliniken für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel.: 74105 - 35 06	Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10)
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßschir., Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81 - 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 8 – 8.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Diakonie-Klinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 54 87 - 21 01	Diakonie Krankenhaus Alte Eichen, IBF-Raum
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abt., Tel.: 18 18 83 - 12 65	Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/Neonatalogie/Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift/Dr. Püst, Tel.: 6 73 77 - 2 82	Ärztbibliothek
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/Onkologie, Tel.: 18 18 82 - 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Abt. für Allgemein, Viszeral- und Tumorchir., Dr. Daniels, Tel.: 55 88 - 22 57	Raum KU 13
Freitag, 22. Oktober, 20 – 21.30 Uhr	Vortrag „Symbolisieren, Mentalisieren, Repräsentieren“	APH, Frau Harff, Tel.: 20 22 99 302, E-Mail: aph@aekhh.de , www.aph-online.de	Grand Elysee Hamburg, Rothenbaumchaussee 10
Freitag, 5. November,	6. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung	Albertinen Diakoniewerk e.V., Tel.: 55 88 - 1, E-Mail: info@albertinen.de , www.albertinen.de	Grand Elysee Hamburg, Rothenbaumchaussee 10
Freitag, 5. November, 9 – 17.30 Uhr	16. Handchirurgisches Symposium „Das schmerzhafteste Handgelenk“	BG Unfallkrankenhaus, Anm. Frau Palasz, Tel.: 73 06 27 46, www.buk-hamburg.de	Bergedorfer Str. 10
Freitag – Samstag, 22. – 23. Oktober	3. Wilhelmsburger Herniensymposium	Wilhelmsburger KH Groß-Sand, Herr Möller, Tel.: 7 52 05 - 3 32, www.gross-sand.de	Groß-Sand 3

Auswärts

Lübeck: 27. Oktober	„Intelligente Implantate“ Telemedizin und Medizintechnik in der Zukunft	IHK Lübeck, Anm. Herr Braatz, Tel.: 04 51-60 06 - 1 82, E-Mail: braatz@ihk-luebeck.de	IHK zu Lübeck, Fackenburg Allee 2
-------------------------------	--	--	-----------------------------------

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Verband
Deutscher
Versicherungsmakler e.V.

Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

Wir haben uns seit vielen Jahrzehnten auf die unabhängige Beratung von Ärzten und Medizinern 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

Qualitätsmanagement

Gemeinsam mit Intensivmedizinern hat die Ärztekammer Hamburg ein „Peer Review“ entwickelt. In dem standardisierten Verfahren beurteilen Kollegen andere Kollegen, um die Qualität medizinischer Versorgung auf Intensivstationen genau unter die Lupe zu nehmen.

Von Prof. Dr. Hanswerner Bause¹, Dr. Sebastian Wirtz²,
Dr. Cord Busse³, Prof. Dr. Alwin E. Goetz⁴,
Dr. Carsten Leffmann⁵, Dr. Klaus Beelmann⁶, PD Dr. Jan-Peter Braun⁷

Kollegenbesuch auf der Intensivstation

„Peer Groups“ dürften den meisten unter uns geläufig sein, „Peer reviews“ dagegen eher nicht. Der letzt genannte Fachbegriff beschreibt ein Verfahren zur Qualitätssicherung, in dem Kollegen andere Kollegen in einem standardisierten Verfahren beurteilen. Gemeinsam mit Intensivmedizinern hat die Ärztekammer Hamburg einen solchen Peer Review entwickelt, um die Qualität medizinischer Versorgung auf Intensivstationen genau unter die Lupe zu nehmen. Erstmals wird so deutschlandweit eine Kommunikationsplattform der Intensivmedizin im Sinne unserer Patienten und unseren ärztlichen und pflegerischen Teams geschaffen. Dazu begehnen Kolleginnen und Kollegen des gleichen Fachgebietes die Abteilung einer anderen Klinik mit dem Ziel, die Umstände der

medizinisch-pflegerischen Behandlung zu betrachten und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu entdecken. Intensivstationen, die einen solchen Peer Review wünschen, können sich an die Ärztekammer wenden.

Die unbezweifelbaren Fortschritte der Intensivmedizin in den letzten Jahrzehnten sind vor allem dem differenzierten Qualitätsmanagement zuzuschreiben. Diese Resultate sind kein Ruhemerkmal, sondern müssen Ansporn sein, die Qualität in der Intensivmedizin auch unter Gesichtspunkten der Kosteneffektivität weiter zu steigern.

Schnelles, koordiniertes, verantwortliches Handeln

Intensivstationen gehören mit den Operationssälen zum Krankenhaus-Bereich mit der größten Prozessdichte. Hier werden besonders kritisch kranke Patienten versorgt, deren vitale Funktionen akut beeinträchtigt sind und deren Überleben von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst wird. Verschiedene ärztliche Disziplinen ebenso wie Pflegekräfte und Physiotherapeuten sind in Prozesse auf der Intensivstation eingebunden. Die 24-stündige Versorgung von Patienten macht die tägliche Präsenz unterschiedlicher Fachdisziplinen erforderlich, die mehrmals täglich Informationen an andere weitergeben. Schnelles, koordiniertes und professionelles Handeln ist ebenso gefragt wie der verantwortungsvolle Umgang mit Grenzbereichen der Medizin. Intensivmedizinische Maßnah-

men haben in der Regel tief greifende Konsequenzen für den Patienten. Fehler, die sich direkt oder indirekt aus den täglichen Handlungsabläufen ergeben könnten, sind deshalb von besonderer Bedeutung und Tragweite. Sie zu vermeiden ist ein zentrales Anliegen in der Medizin generell und im besonderen Maße in der Intensivmedizin.

Intensivstationen mit großer Prozessdichte

Aus dieser Komplexität heraus stellen sich in vielen Intensivstationen folgende Fragen:

- Sind ausreichende strukturelle Voraussetzungen vorhanden, d.h. ist qualifiziertes Personal in ausreichendem Umfang vorhanden und ist die apparative Ausstattung adäquat?
- Sind Abläufe, insbesondere diagnostische und therapeutische Standards, definiert und deren Umsetzung implementiert?
- Sind übergeordnete Therapieziele definiert und allen behandelnden Berufsgruppen in ausreichendem Ausmaß bekannt, transparent und nachvollziehbar?
- Welche therapeutischen Maßnahmen am Krankenbett haben auf das Outcome der Patienten einen Einfluss?
- Sind ergebnisrelevante Daten nachvollziehbar?
- Haben allgemein akzeptierte intensivmedizinische Erkenntnisse einen hohen Durchdringungsgrad erreicht und werden diese im diagnostischen und therapeutischen Prozess umgesetzt?

Info für Intensivstationen

Die Beteiligung am Peer Review-Verfahren ist selbstverständlich freiwillig. Die Ärztekammer Hamburg übernimmt hierbei:

1. die Qualifizierung der Peer Reviewer,
2. die Einrichtung einer Steuerungsgruppe,
3. die Koordinierung des Verfahrens und der Evaluation,

Interessierte Intensivstationen aller Fachrichtungen, die in Hamburg angesiedelt sind, und an einem Peer Review-Verfahren teilnehmen möchten, melden sich bitte unter der Telefonnummer: 040-202299-390 bzw. der E-Mail: qm@aekeh.de bei der Ärztekammer Hamburg.



Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es einer Evaluation allgemein akzeptierter Indikatoren, die relevante klinische Arbeitsbereiche erfassen, Arbeitsabläufe valide abbilden und eine Relevanz hinsichtlich des Outcomes von Patienten haben. Die Systematik und die damit verbundene Problematik bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin wird von Pronovost et al. ausführlich beschrieben. Eine Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) hatte in einer ausführlichen Analyse und Diskussion Kernindikatoren für die Intensivmedizin definiert. Diese Qualitätsindikatoren haben sich in publizierten Studien für Intensivpatienten als Ergebnis-relevant erwiesen. Jeder Indikator lässt sich dabei einer der Dimensionen: Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität (Tab. 1) zuordnen. Qualitätsmanagement hat u. a. den Sinn, Problemzonen einer Institution bzw. Klinik zu identifizieren und nachhaltig in den Griff zu bekommen. Leider wurde in den vergangenen Jahren weniger diese Art der Prozessorientierung und der Behandlungsoptimierung mit Qualitätsmanagement in Verbindung gebracht, als vielmehr das Ziel einer Zertifizierung in den Vordergrund ge-

stellt. Zu Recht stellten deshalb Mitarbeiter die Frage nach dem Sinn und Unsinn von Zertifizierung in der Intensivmedizin. Die notwendige Beachtung des Verhältnisses von Aufwand zu Nutzen wurde dabei mitunter außer Acht gelassen.

Arbeiten mit Checklisten

Die einfachste Methode, zielgerichtetes Handeln zu erreichen und Fehler bzw. Unterlassungen zu vermeiden, ist das Arbeiten mit Checklisten, die sich seit Jahrzehnten bewährt haben. Der nächste logische Schritt ist, die Einhaltung standardisierter Abläufe anhand von Kennzahlen zu messen. Dabei induzieren Ziele, die nicht erreicht werden können, naturgemäß Frustration und Abwehr. Daher muss die Zielsetzung so gewählt werden, dass sie realistisch erreichbar, nachvollziehbar und durch ein transparentes und reproduzierbares Verfahren evaluierbar ist. Ziel ist eine systematische, kontinuierliche Verbesserung, die nach Gallesio und Mitarbeitern auf Intensivstationen erfolgreich angewendet und umgesetzt werden kann. Hiernach machen Intensivstationen, die unter weit reichenden Qualitätsmängeln leiden, nach Einführung qualitätsverbessernder Maßnahmen natürlich größere Fortschritte, als Einheiten, die

aufgrund von Vorarbeiten schon ein initial höheres Qualitätsniveau erzielt hatten. „Peer Reviews“ sind in diesem Zusammenhang ein sinnvoller Folgeschritt auf dem Weg kontinuierlicher Qualitätsverbesserung.

Tab. 1: Qualitätsindikatoren Intensivmedizin für erwachsene Patienten

I	Oberkörper-Hochlagerung
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
III	Protektive Beatmung
IV	Weaningprotokoll mit Spontanatmungs-Versuch
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand
VII	Frühe Enterale Ernährung (insbesondere bei SHT)
VIII	Dokumentation von Angehörigengesprächen
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch (BQS Indikator 2010)
X	Leitung durch einen Intensivmediziner mit Zusatzbezeichnung und Gewährleistung der Präsenz eines Arztes mit Facharztstandard über 24 Stunden

¹ Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, AKA; ²Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, AKB; ³Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, AK St. Georg; ⁴Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, UKE; ⁵ Ärztekammer Schleswig-Holstein ⁶ Ärztekammer Hamburg; ⁷ Klinik für Anästhesiologie, Charite Centrum, Berlin)

Abb. 1: Prozessqualität: Patientenbezogen

Wird nach Checkliste der Bettplatz vorbereitet, der Patient aufgenommen und entlassen?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Wird nach Checkliste/SOP visitiert, untersucht, Befunde erhoben?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Checkliste für Bearbeitung der Patientenakte vor Verlegung bzw. Archivierung	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Pflege-SOPs, Pflegeplanungen liegen vor	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Visiten durch intensivmedizinisch erfahrenen Facharzt/Oberarzt sind täglich garantiert	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Verfahrensweisungen zum Betreuungsmanagement werden eingehalten	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Angehörigengespräche werden dokumentiert/ Vereinbarungen sind schriftlich fixiert	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Fixierprotokoll werden geführt/Verfahren über freiheitserziehende Maßnahmen ist festgelegt	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Verfahren mit Wertsachen ist geregelt	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Information und Beratung von Patienten und Angehörigen ist geregelt, Ansprechpartner sind benannt	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Lagerungstherapien/Mobilisationskonzepte	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

Mögliche Antwortkategorien sind:
 trifft nicht zu (= 1 Punkt),
 in Planung oder Umsetzung (= 2 Punkte),
 trifft teilweise zu (= 3 Punkte)
 und trifft zu (= 4 Punkte).
 Es können maximal 420 Punkte erzielt werden,
 wobei im Anschluss an das Peer Review die
 erzielte Punktzahl nicht als eine Benotung
 verstanden werden, sondern vielmehr als
 Orientierungshilfe beim Folge-Peer Review
 dienen soll.

In Baden-Württemberg, Berlin/Brandenburg und Hamburg haben sich bereits Netzwerke gebildet, um dieses Konzept umzusetzen und evidenzbasierte Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu implementieren. So sollen medizinische Qualität, Effektivität und Effizienz gesteigert werden. Der kollegiale Aspekt, d. h. gegenseitiges Visitieren und gegenseitiges Lernen auf Augenhöhe, sind Basis der Reviews, multiprofessionelle Kommunikation soll verbessert werden. Das Verfahren ist weitgehend standardisiert worden und hat sich zu einem reliablen, objektiven Verfahren entwickelt. Gegenseitige Verantwortung, die Bereitschaft zur Transparenz und absolute Vertraulichkeit gegenüber Dritten sind Voraussetzung für die professionelle externe Evaluation.

Was passiert beim Review?

Vor einem intensivmedizinischen „Peer Review“ müssen die Vertraulichkeitserklärungen der Reviewer und die Zustimmung der Krankenhausleitung der visitierten Intensivstation eingeholt werden. Am Review nehmen leitendes ärztliches und pflegerisches Personal der visitierten Intensivstation teil. Zwei Intensivmediziner sowie eine Fachpflegekraft aus unterschiedlichen Kliniken visitieren als Reviewer eine Intensivstation. Bei der Auswahl der Reviewer wird darauf Wert gelegt, dass sie eine Ausbildung als Peer Reviewer erhalten haben. Die Auswahl der Reviewer wird durch die Ärztekammer Hamburg koordiniert, und zwar zusammen mit

den Kliniken, die ein Peer Review wünschen. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) unterstützen in der Pilotphase die Peer Reviews finanziell, personell und durch die Arbeit im wissenschaftlichen Arbeitskreis. Inhaltlich wird nach einem standardisierten Peer Review-Ablauf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Intensivstation systematisch überprüft.

Selbsteinschätzung vorher

Der Fragenkatalog wird vor dem Review den visitierten Kollegen zur Verfügung gestellt. Hilfreich ist, wenn sich die Intensivstation vor der externen Evaluation zuvor intern selbst einschätzt. In welchem Umfang und welcher Form dies geschieht, bleibt der jeweiligen Abteilung überlassen. Nach der gegenseitigen Vorstellung der Peer Review-Beteiligten werden den visitierten Kollegen Fragen zur Intensivstation gestellt. Orientierend an Fragenkatalogen gängiger Zertifizierungsverfahren sowie an intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren wurde ein Review-Fragenkatalog entwickelt (Abb. 1), der kurz und praxisnah alle Qualitätsfelder der Intensivmedizin abfragt. Im Schlussteil des Fragenkatalogs sollen Fragen zum Controlling und Berichtswesen beantwortet werden. Für jede Frage werden je nach Antwort Kategoriepunkte vergeben. Anschließend findet eine gemeinsame Begehung der Station statt, wobei die Erfüllung der

Qualitätsindikatoren anhand der Krankenakte überprüft und die Durchdringung standardisierter Abläufe bei den Mitarbeitern hinterfragt werden.

Nach der Begehung findet sich das Review-Team erneut mit dem Leitungsteam der Station zusammen, um Eindrücke und Bewertungen auszutauschen. Es geht darum, eine Intensivstation im Rahmen ihrer Möglichkeit bzw. ihres Versorgungsauftrages zu bewerten. Im Sinne einer strukturierten Analyse werden Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren (SWOT-Analyse) der intensivmedizinischen Einrichtung bewertet. Die erzielte Punktzahl wird im Bericht dokumentiert. Der Abschlussbericht wird dem Leitenden Arzt der Intensivstation zur persönlichen Verfügung zugestellt. Das Verfahren wird von einem Qualitätsbeauftragten der Ärztekammer Hamburg begleitet, der zusätzliche Objektivität sicherstellt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Peer Review ein entwicklungsorientiertes Evaluationsverfahren ist, welches den Erfahrungsaustausch von Einrichtungen und ein professionelles Verständnis von Qualität fördert. Daraus resultieren eine hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmern sowie ein Lerneffekt für beide Seiten. Er stellt eine gelebte Qualitätssicherung dar. Die fachliche Steuerung wird in Zukunft von der DIVI, die Organisation des Verfahrens durch die Ärztekammer Hamburg vorgenommen.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Hanswerner Bause
 Asklepios Klinik Altona
 E-Mail: h.bause@asklepios.com

Pneumonie bei über 65-Jährigen

Antipsychotika

Die AkdÄ informiert über eine neue Studie aus den Niederlanden, nach der das Risiko einer ambulant erworbenen Pneumonie unter der Therapie mit Antipsychotika bei Patienten über 65 Jahren erhöht war. Bei atypischen Antipsychotika, z. B. Risperidon (Risperdal®, Generika) lag die Inzidenz bei 1,12 Fällen/100 Patientenmonate, bei typischen, z. B. Haloperidol (Haldol®, Generika) bei 0,78 Fällen. Zusätzliche Faktoren wie u. a. COPD, Diabetes, Begleitmedikationen wie Antikoagulantien, Steroiden oder Opioiden erhöhen das Risiko. Als Ursachen werden u. a. anticholinerge und sedierende Effekte diskutiert.

Andere unerwünschte Wirkungen von Antipsychotika bei älteren Menschen (extrapyramidale, kardiale und orthostatische Effekte, zerebrovaskuläre Ereignisse und erhöhte Mortalität) sind schon länger bekannt. Die AkdÄ empfiehlt daher, den Einsatz von Antipsychotika bei älteren und insbesondere dementen Patienten sorgfältig abzuwägen und die Erkrankten vor allem zu Beginn der Behandlung und bei höheren Dosierungen engmaschig zu überwachen.

Quelle: www.akdae.de

Orale Kontrazeptiva

Thromboserisiko bei Flugreisen

Orale Kontrazeptiva erhöhen das Thromboembolie-Risiko bei Flugreisen, wobei Präparate der „neueren“ Generationen problematischer sind als die älteren Levonorgestrelhaltigen. Generell gilt: bei weniger als 4 h Flugdauer ist das Thromboembolie-Risiko bei Gesunden nicht erhöht, auch bei längerer Flugdauer wird nur bei einem von 4500 gesunden Passagieren eine Thrombose manifest und in der Regel schnell symptomatisch. Prophylaktisch hilft regelmäßiges Herumgehen auf dem Mittelgang, Plättchenhemmung und Antikoagulation sind bei gesunden Personen nicht indiziert, jedoch bei Personen mit erhöhtem Risiko.

Mäßig erhöhtes Risiko:	Deutlich erhöhtes Risiko:
Einnahme von Kontrazeptiva	Thrombose in der Anamnese
Übergewicht	kurz zurückliegende chirurgische Eingriffe
Geringe Körpergröße	Herzinsuffizienz
Thrombophilie	aktive Krebserkrankungen
Varizen	sehr lange Flugreisen (10.000 km)
	Kombination von obigen Faktoren

Quelle: *pharma-kritik* 2009; 31(16): 63-4

Verpflichtung

UAW-Berichte

Nach der Berufsordnung sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die ihnen aus ihrer Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mitzuteilen. Es kann nicht oft genug betont werden, wie wichtig diese Berichte als Signalgeneratoren für vermutete (und sich oft bestätigende) Arzneimittelrisiken sind.

Schwere UAW, UAW bei Risikogruppen wie Kinder, Schwangere oder multimorbide Senioren, UAW bei neu eingeführten Arzneimitteln, bisher unbekanntes UAW (z. B. nicht in der Fachinformation aufgelistet), vermutete Spätfolgen nach Absetzen eines Arzneimittels und gehäuft auftretende UAW sollten vorzugsweise an die AkdÄ berichtet werden.

Die Bewertung eines Berichtes erfolgt zuerst in der Geschäftsstelle der AkdÄ, wird gegebenenfalls vertieft durch ein Fachmitglied der AkdÄ und diskutiert mit den zuständigen Bundesoberbehörden (BfArM bei Arzneimitteln und Medizinprodukten; PEI bei Impfstoffen und Blutprodukten). Die Berichte bleiben dabei in Bezug auf den Patienten und den berichtenden Arzt anonymisiert. Haftungsfragen aufgrund eines Berichtes z. B. zu einem Off-Label-Use oder zu einer bekannten Interaktion sind seit mehreren Jahrzehnten noch nie aufgetreten und sollten Ärztinnen und Ärzte nicht daran hindern, zu einer verbesserten Arzneimittelsicherheit beizutragen. Insbesondere können klinische Studien aufgrund ihrer homogenen Population, geringen Teilnehmerzahl, begrenzten Dauer und Praxisferne das Risikoprofil eines Arzneimittels nur begrenzt wiedergeben. Merksatz: UAW eines Arzneimittels sind während der Zeit seiner Anwendung nie endgültig einschätzbar, auch nach jahrelanger Anwendung können noch neue Risiken entdeckt werden.

Quelle: www.akdae.de, *Brit. med. J.* 2004; 329: 44

Neues Urteil

Erweiterte Aufklärung

Der Bundesgerichtshof hat in einem neuen Urteil verkündet, dass Ärzte auch über wahrscheinliche Risiken einer neuen Methode aufklären müssen. Es ging dabei um eine periradikuläre Injektionstherapie im Bereich der Halswirbelsäule, bei der es zum Zeitpunkt der Anwendung noch nie zu einer irreversiblen Tetraplegie gekommen war. Nach Auffassung eines Sachverständigen gehörten jedoch irreversible Lähmungen zum Risiko wirbelsäulennaher Injektionen.

Übertragen auf die Anwendung neuer Arzneistoffe ist es denkbar, dass in Zukunft auch über mögliche unerwünschte Klasseneffekte eines neuen Arzneistoffes aufgeklärt werden muss (z. B. Thromboembolierisiko oraler Kontrazeptiva, Rhabdomyolysen unter Statinen, erhöhte Infektionsgefahr unter sog. „Biologika“). Dabei ist es in der Regel bei Markteinführung eines neuen Arzneistoffes nicht absehbar, ob ein definierter Klasseneffekt verstärkt oder vermindert oder – selten – nicht auftreten kann. Mit großer Vorsicht einzuschätzen sind häufig benutzte Feststellungen der pharmazeutischen Industrie bei Neueinführungen wie „Nebenwirkungsrisiko auf Placeboniveau“ (aus Studien ist aufgrund geringer Teilnehmerzahl das Ausmaß von UAW nicht abschätzbar) oder immer wieder neu festgestellt „Thromboembolierisiko bei Schwangeren höher als unter der Einnahme oraler Kontrazeptiva“ (Apfel-Birnen-Vergleich: als ob es keine anderen Verhütungsmethoden ohne Thromboembolierisiko gäbe).

Bei der Anwendung von Arzneimitteln ist grundsätzlich umfassend aufzuklären, dies gilt insbesondere für neue Arzneistoffe, deren Potential ihrer Wirkung und ihrer UAW nicht vollständig bekannt sein kann.

Quelle: BGH, Az.: VI ZR 198/09, *Presseberichte*

Bild und Hintergrund

Ein tragisches Schauspiel

Der Tod des Kaisers Im Herbst 1886 beginnt die Tragödie um Friedrich III. und ein Krieg zwischen deutschen und englischen Ärzten, der den Patienten am Ende das Leben kostet.

Von Prof. Dr. Volker Lehmann

Man könnte es ein tragisches Schauspiel nennen, das im Juni 1888 im Kronprinzen-Palais zu Berlin endete. Im Stück vom Kronprinzen, ein Stück aus dem Leben, starb ein deutscher Kaiser, der als Prinz zwischen die behandelnden Ärzte geraten war und am Ende tot im Bett lag. Die Hauptrollen spielten zwei hoch dekorierte Ärzte – der eine aus Berlin, der andere aus London. Letzterer kam aus einem Land mit einer konstitutionellen Monarchie. Der andere lebte in Preußen in gleicher politischer Konstruktion, die aber, wie die Londoner Seite behauptete, nicht praktiziert, sondern das Parlament weitgehend ignorieren würde. Die englische Königin zeigte majestätische Größe und Verlässlichkeit. Sie gab ihre Tochter Vicky dem deutschen Kronprinzen zur Frau, und bei der Hochzeit in London erlebte der Hochzeitsmarsch von Mendelssohn Bartholdy seine Uraufführung. Das war die politische und gesellschaftliche Ebene, auf der das nun einsetzende Drama seinen Lauf nahm. Kronprinz und -prinzessin lebten glücklich und zufrieden. Im Herbst 1886 waren sie Gäste im italienischen Königshaus in Norditalien, dort war es zu dieser Jahreszeit schon recht kühl. Der Kronprinz erkältete sich, erholte sich wieder. Nur die Heiserkeit blieb. Die Tragödie begann; die Ärzte kamen ins Spiel.

Die Anfangsszene muss man sich denkbar einfach vorstellen. Ort der Handlung ist das Kronprinzen-Palais in Berlin. Wegen der persistierenden Heiserkeit wird dem Prinzen, der liebevoll „Fritz“ genannt wird, eine ärztliche Behandlung empfohlen. Der Hausarzt verordnet Gurgeln über zwei Monate – ohne Besserung. Es folgt der Auftritt eines weiteren Arztes aus Berlin, Prof. Gerhardt. Als stämmig, kahlköpfig und Anfang fünfzig wird er von der englischen Seite beschrieben; Internist und Spezialist für thorakale Erkrankungen. Er untersucht Fritz, sieht einen Knoten am Stimmband. Da der Knoten mit einer Schlinge nicht abzutragen ist, kauterisiert der Professor, bis der Knoten nicht mehr sichtbar ist. Aber zwei Wochen später ist er wieder da. Der Professor hat daraufhin Bedenken um die Gutartigkeit. Er fordert eine Zweitmeinung.

Jetzt erfolgt der Auftritt einer der Hauptfiguren: Prof. Bergmann, Chirurg der Berliner Universität und Militäarchirurg. Ein großer Mensch, imposante Erscheinung mit pompösem Auftreten, der mehr wie ein General als ein Arzt wirkt. So schildert ihn die Gegenseite aus England. Er schließt sich der Diagnose von Prof. Gerhardt an: Verdacht auf eine bösartige Neubildung. Er schlägt eine Operation vor – eine Laryngotomie. Prof. Gerhardt wünscht vorher eine Konsultation zur Bestätigung eines Laryngologen. Es werden die Professoren Stoerk aus Wien, Rauchfuß aus St. Petersburg und Mackenzie aus London vorgeschlagen, sowie der Berliner Tobold. Auch Tobold glaubt an Kehlkopfkrebs. Vier Monate sind seit Auftreten der ersten Symptome vergangen. Der zweite Akt beginnt. Die Operation soll vorgenommen werden. Im Palais wird am 20. Mai ein Gemach ausgeräumt und zum Operationssaal umgebaut. Über die Verdachtsdiagnose ist der Patient nicht informiert worden. Aber er sieht die Notwendigkeit ein, die „Schwellung“ herauszuschneiden zu lassen. Operationstermin soll der folgende Morgen um acht Uhr sein, Operateur: Prof. Bergmann.

Der Modearzt

Morell Mackenzie aus London ist als internationale Koryphäe zur abschließenden Konsultation ausgewählt worden. Man ist sicher, dass er die Diagnose „Krebs“ bestätigen wird. In dieser Gewissheit hat man alles zur Operation vorbereitet. Auftritt des zweiten Hauptdarstellers am Nachmittag: Mackenzie. Schlank, elegant, schmales Gesicht, edle Züge. Besonders der Kronprinzessin ist ein Arzt aus ihrer Heimat willkommen, zumal sie mit deutschen Ärzten bei ihrer ersten Entbindung keine guten Erfahrungen gemacht hat.

Von deutscher Seite wird Mackenzie als Modearzt abgetan, gilt als arrogant und geschäftstüchtig. Er untersucht Fritz und sagt, dass er sich vorstellen kann, wie die deutschen Ärzte zur Diagnose Krebs gekommen seien. Er selbst glaube nicht daran. Für ihn sei es eine polypöse, fibromatöse Geschwulst

und dann richtet er sich nach dem Satz, den ihm der berühmte Rokitansky bei seiner Weiterbildung in Wien eingebläut hatte: „Eine sorgfältige Diagnose muss gestellt werden vor dem Einsetzen der Therapie.“ Und so empfiehlt Mackenzie dem geschockten Ärztekollektiv eine Probeexcision mit histologischer Untersuchung. Trotz Verwunderung über Mackenzies Diagnose sind alle mit dem diagnostischen Vorgehen einverstanden. Prof. Gerhardt weist auf technische Schwierigkeiten der Gewebeentnahme hin. Mackenzie übernimmt das Kommando und die Durchführung. Der im Palais eingerichtete Operationssaal für Prof. Bergmann wird wieder abgebaut. Mühsam wird die Probeexcision ausgeführt.

Für die histologische Diagnose war Virchow ausgesucht worden. Wie der greise Bote im antiken Drama übermittelt Virchow die schlechte Nachricht: das Gewebestück sei zu klein für eine exakte Beurteilung. Nun beginnt der Krieg zwischen dem Preußen und dem Engländer. Obwohl es um die Ehre der Ärzte und der Wissenschaft des jeweiligen Landes geht, wie man behauptet, ist die geistige Dimension der Auseinandersetzung eher kleinbürgerlich. Zwei Tage nach erfolglosem Versuch, zur histologischen Diagnose zu kommen, erfolgt ein erneuter Eingriff. Nach dieser Probeexcision wirft Gerhardt Mackenzie vor, das rechte Stimmband verletzt zu haben, was dieser vehement bestreitet.

Das Versprechen

Von einer erneuten PE am 8. Juni wird Gerhardt ferngehalten. Virchow erklärt das Gewächs für eine dickhäutige Warze mit der Einschränkung, dass die Beurteilung für die gesamte Erkrankung nicht absolut gültig ist. Mackenzie sieht sich bestätigt und verspricht Heilung ohne Operation. Als therapeutische Maßnahme wird ein Aufenthalt auf der Insel Wight geplant. Seeluft verspricht den besten Einfluss auf den kranken Kehlkopf. Die deutschen Ärzte beharren auf ihrer Diagnose und ihrem Therapieversuch einer Opera-



Kaiser Friedrich III. (1831 – 1888)



Der Preuße: Ernst von Bergmann (1836 – 1907)



Der Engländer: Morell Mackenzie (1837 – 1892)

tion. Aufenthalt am Meer gegen Operation; da müssen die deutschen Ärzte verlieren. Sie drängen, um etwas Einfluss zu behalten, dass einem deutschen Arzt die Überwachung des Befundes während des Aufenthaltes in England anvertraut werde. Es ist ja schließlich ein deutscher Kronprinz. Gerhardt wird als Begleitperson vorgeschlagen, doch er wird abgelehnt. Man vermutet dahinter Mackenzies Einfluss. Es wird der unerfahrene Leibarzt mitgenommen. Die deutschen Ärzte fordern laufende Berichterstattung, die versprochen, aber nicht eingehalten wird. Aus der Presse ist zu entnehmen, dass Fritz auf dem Weg zur völligen Genesung ist. Dann aber gibt es schlechte Nachrichten, Mackenzie wird dringend nach San Remo gerufen, wohin Fritz inzwischen gereist war. Das Gewächs wächst, Fritz geht es schlecht. Mackenzie ruft um Hilfe. Er glaubt jetzt an ein Karzinom. Zu Fritz sagt er aber nur: „Eine ungünstige Veränderung hat jetzt in Ihrem Hals stattgefunden.“ Aus Wien kommt Prof. Schrötter herbei, aus Berlin wurde auf Wunsch von Mackenzie ein unerfahrener Dr. Krause gerufen. Schrötter ist darüber erstaunt, da er eine weitere Koryphäe erwartet hat, mit der er sich hätte beraten können. Die Konfusion wird noch größer, als Mackenzie über deutsche und englische Zeitungen die Besserung des kronprinzlichen Befindens verkünden lässt. Virchow veröffentlicht in seinem „Archiv“ einen Artikel, in dem er schreibt, dass er eigentlich nie an Krebs gedacht hatte. Diesen Artikel wertet Bergmann als „ein großes Zeichen von Altersschwäche“. Es gibt zensierte und unzensierte Berichte aus San Remo. Dr. Bramann, ein Assistent von Bergmann, wird nach San Remo geschickt, um notfalls eine Tracheotomie durchführen zu können. Bergmann bleibt in Berlin und bittet um unzensierte Berichte.

Am 8. Februar 1888 wird eine Tracheotomie notwendig. Das einzusetzende Röhrchen ist aus Berlin mitgebracht worden. Mackenzie gefällt es nicht. Er setzt ein Röhrchen aus seinem Instrumentarium ein, das aber beim Husten ausgestoßen wird. Bergmann kommt aus Berlin, setzt wieder sein Röhrchen ein. Der Kronprinz schreibt auf einen Zettel, da er nicht sprechen kann: „Diese Kanüle ist viel besser“.

Triumph für Bergmann

Welch Triumph für Bergmann, welche Niederlage für Mackenzie. Mackenzie vertritt in der Öffentlichkeit weiterhin die Diagnose Perichondritis mit 80 % Wahrscheinlichkeit und sieht in nur 20 % die Gefahr einer Krebserkrankung. Die Kronprinzessin glaubt ihm und erkennt den Streit zwischen den Deutschen und dem Engländer. Alle Deutschen beharren auf der Diagnose Krebs. Bergmann berichtet nach Hause über seinen Triumph mit der Kanüle. Es wird in San Remo diskutiert, woher der rostbraune Auswurf kommt. Der berühmte Internist Kußmaul aus Straßburg wird zur Beurteilung gerufen. Er kommt, untersucht den Kranken, sagt der Prinzessin seine Diagnose von Krebs. Sie sagt: „Ich glaube an Prof. Kußmauls Meinung gar nicht, es ist ein altersschwacher Mann aus einer ganz veralteten Schule“.

Bergmann wird von der Prinzessin gebeten abzureisen, da Mackenzie sich weigert, mit der Behandlung der von ihm diagnostizierten Perichondritis anzufangen, so lange Bergmann als Kontrolleur vor Ort sei. Als Erstes entfernt Mackenzie die von Bergmann gelegte Kanüle und ersetzt sie durch eine andere. Als nächster wird Prof. Waldeyer aus Berlin gerufen, um sich die histologischen Präparate und Befunde anzusehen, die für ihn eindeutig eine

Krebserkrankung ausweisen. Mackenzie sieht ein, dass es sich um Krebs handelt. Er geht zur Prinzessin und sagt ihr, dass es Krebs sei, was er ja schon immer gesagt hätte. Nun will er mit aller Energie seine gegen Krebs entwickelten Mittel zur Anwendung bringen. Dabei dürfe er aber nicht durch andere Ärzte gestört werden. Das Vertrauen hat einzig und allein Mackenzie. Am 7. März fährt Bergmann ab, am 9. März stirbt der Vater des Kronprinzen. Der Kronprinz wird nach Berlin transportiert und wird Kaiser – ein Kaiser, der zu seinem Volk nicht sprechen kann. Hier könnte die Tragödie auf dem Theater enden. Es wäre dramaturgisch ein guter Schluss. Aber das wirkliche Leben geht weiter bis zum Tod. Am 15. Juni 1888 stirbt der Kaiser, der er nur 99 Tage war. Der Vorhang hatte sich gesenkt. Hinter dem Vorhang aber ging der Krieg der Ärzte weiter. Ein amtlicher Bericht des Sektionsbefundes zur „Ehrenrettung der deutschen Ärzte und der deutschen Wissenschaft“ wurde veröffentlicht. In Interviews, die Mackenzie ausländischen Zeitungen gab, schob er die Schuld auf Virchow und behauptete, dass ohne Bergmanns Einmischung der Patient hätte länger leben können. Die Schuldzuweisungen setzten sich fort, es galt die persönliche und vaterländische Ehre zu retten. Also schrieb die „Deutsche National-Zeitung“: „Kaiser Friedrich wäre wahrscheinlich gerettet worden, wenn man den Rat der deutschen Ärzte im Frühjahr 1887 befolgt hätte; er ist durch die Mackenziesche Behandlung dem sicheren Untergang geweiht worden.“ Und so ging es noch eine Zeit weiter hinter dem Vorhang, wobei die Zuschauer schon das Theater verlassen hatten und sich über den neuen Kaiser freuten, der ihnen „herrliche Zeiten“ versprach.

Prof. Dr. Volker Lehmann ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Ruhestand.

Aus der Schlichtungsstelle

Maldescensus testis

Hodenhochstand

Hat die behandelnde Kinderärztin Chancen auf eine erfolgreiche Hormonbehandlung vergeben?

Von Prof. Dr. med. Otto Andreas Festge und Prof. Dr. Heinrich Vinz

Bei einem fünfjährigen Knaben waren alle empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen kinderärztlich zeitgerecht vorgenommen worden. Dabei erfolgten die Untersuchungen U3 bis U9 durch ein und dieselbe Kinderärztin. Als der Junge acht Monate nach der U9-Untersuchung im Alter von fünf Jahren und acht Monaten einem anderen Kinderarzt vorgestellt wurde, diagnostizierte dieser einen einseitigen Hodenhochstand. Nach einer kurzzeitigen Hormonbehandlung erfolgte schließlich die operative Korrektur der Hodenfehlage durch einen Kinderchirurgen. Der Operateur fand einen retroperitoneal gelegenen, hypoplastischen Hoden. Gleichzeitig lag ein indirekter (angeborener) Leistenbruch vor. Der Hoden konnte erfolgreich ins Skrotum verlagert werden und zeigte nachfolgend unter Hormonbehandlung eine gute Größenentwicklung.

Vorwurf: Hodenfehlage nicht erkannt

Die Eltern des Kindes werfen der Kinderärztin, die die U3 bis U9 vornahm und den Jungen zusätzlich wegen einer Balanitis und eines Harnwegsinfektes behandelte, vor, dass sie die Hodenfehlage fehlerhaft nicht erkannt hätte. Dieser ärztliche Fehler habe nach Ansicht der Eltern des Jungen dazu geführt, dass die Chancen auf eine erfolgreiche Hormonbehandlung vergeben wurden und ein operativer Eingriff notwendig geworden war. Durch die Operation erst im Alter von fast sechs Jahren seien auch spätere Fertilitätsaussichten reduziert worden, es bestünde das erhöhte Risiko einer malignen Entartung des Hodens.

Die Kinderärztin verweist auf die wiederholten Untersuchungen, bei denen sie keinen Hodenhochstand festgestellt habe. Sie geht davon aus, dass es zu einem sekundären Maldescensus testis nach der letzten von ihr durchgeführten Untersuchung gekommen sein müsse.

Der durch die Schlichtungsstelle beauftragte kinderärztliche Gutachter stellt den sekun-

dären Maldescensus testis in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Er geht davon aus, dass bei den vielen Vorstellungen und Untersuchungen des Jungen eine Hodenfehlage erkannt worden wäre, wenn sie denn tatsächlich vorgelegen hätte. Demnach müsse es nach Beendigung der Betreuung durch die Kinderärztin zum Ascensus des Hodens gekommen sein, der schließlich in die bei der Operation gefundenen Fehllage gemündet habe. Der Kinderärztin sei somit nicht der Vorwurf einer fehlerhaften Diagnose zu machen.

Die Schlichtungsstelle konnte sich der Argumentation des Gutachters nicht anschließen. Der Maldescensus testis als angeborene Fehlbildung betrifft drei bis sechs Prozent aller neugeborenen Knaben. In den ersten Lebensjahren ist noch ein spontaner Descensus testis möglich. Ein Ascensus testis (Wiederaufsteigen eines sich im Skrotum befindenden Hodens im Verlauf der ersten Lebensjahre) wird nur in seltenen Fällen beobachtet und kann durch unterschiedliche Mechanismen verursacht sein:

1. Ein Hoden wird als Pendelhoden diagnostiziert (Hoden mit unterschiedlicher Lage im Skrotum und im Leistenkanal), ist de facto aber ein Gleithoden, der durch Wachstum weiter nach oben verlagert wird.

2. Der echte sekundäre Maldescensus testis: Hierbei handelt es um einen Hoden, der durch bindegewebige Stränge einem offenen Processus vaginalis peritonei anhaftet und im Verlauf des Wachstums langsam nach oben verlagert wird. Dieser sekundäre Maldescensus testis ist selten (0,5 bis 2 Prozent aller Maldescensus testis-Formen).

3. Zum sekundären Hodenhochstand kann es auch nach Eingriffen im Leistenkanal kommen, zum Beispiel nach Leistenbruchoperationen.

Die Schlichtungsstelle schließt diese Möglichkeiten für einen sekundären Ascensus testis im konkreten Fall aus. Sie stützt sich dabei vor allem auf die Befunde, die bei der Operation des Knaben erhoben wurden. Die während des Eingriffs festgestellte hohe Hodenlage schließt sowohl das Vorliegen eines

Gleithodens als auch eine Aszension vom Skrotum bis in die retroperitoneale Bauchhöhle in einem Zeitraum von weniger als einem Jahr aus.

Verstoß gegen gebotenen Fachgebietsstandard

Die Schlichtungsstelle stellt damit fest, dass die Nichterkennung eines Maldescensus testis im Rahmen einer mehrjährigen kinderärztlichen Betreuung des Jungen als Verstoß gegen den gebotenen Fachgebietsstandard zu werten ist.

Bezüglich der seitens der Eltern des Kindes beklagten Folgen, die sich aus der verspäteten Diagnose des Maldescensus testis ergäben, verweist die Schlichtungsstelle darauf, dass in diesem Fall bei hoher Hodenlage und offenem Processus vaginalis peritonei eine Operation auch bei frühzeitiger Diagnose und Hormonbehandlung nicht vermeidbar gewesen wäre. Eine statistisch nachweisbare Prognoseverschlechterung für spätere Fertilität kann zwar aus der verspätet vorgenommenen Operation abgeleitet werden, doch lässt sich Kausalität zwischen verspäteter Operation und reduzierter Fertilität im konkreten Fall nicht mit erforderlicher Sicherheit feststellen, weil verminderte Zeugungsfähigkeit auch Folge der Grunderkrankung sein kann. Das Malignitätsrisiko ist bei allen Formen eines Maldescensus testis erhöht. Es gibt jedoch keine belastbaren Untersuchungen, aus denen hervorgehen würde, dass dieses Risiko bei einer Operation im siebten Lebensjahr größer wäre, als bei einem Eingriff im zweiten Lebensjahr.

Da eine Kausalität nicht zu begründen war, konnte die Schlichtungsstelle keine Empfehlung für die Regulierung eines Schadenersatzes geben.

Prof. Dr. Otto Andreas Festge und **Prof. Dr. Heinrich Vinz** sind Ärztliche Mitglieder der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

Ärztlicher Kulturkreis

Reise in die Oberlausitz, um auf einen Teil Deutschlands und europäische Kerngeschichte zu treffen.

Von Dr. Hanno Scherf

Lusatia superior

Was ist das? Wo liegt denn das? Wem das nicht Hekuba war, der fuhr mit dem Ärztlichen Kulturkreis Hamburg in die Oberlausitz, um auf einen Teil Deutschlands und europäische Kerngeschichte zu treffen; faszinierend bei Begeisterungsfähigkeit für Geschichte, Geographie, Sakral-, Profan- und Gartenkunst.

Im weithin unbekanntesten östlichsten Zipfel der BRD lässt sich – dank unseres Solis – in den restaurierten, vom Zweiten Weltkrieg – mit Ausnahme von Bautzen – kaum zerstörten, fast tausendjährigen Städten Görlitz, Bautzen und Zittau böhmische, ungarische, österreichische, sächsische und preußische Geschichte nachvollziehen. Kirchen und Stadtbild der Wohn- oder Handelshäuser samt Türmen mit Stadtmauern sind Zeitzeugen: Gotik, früheste Renaissance, durch den Ungarnkönig Matthias Corvinus inspiriert, unter dessen kurzer Herrschaft Ungarn den Großteil des Balkans einschloss mit Teilen Böhmens, Schlesien und Österreichs Osten samt Wien, Barock, Gründerzeitarchitektur und Jugendstil, letztere besonders in Görlitz. Man sieht nur noch wenige Bauten, deren historische Bausubstanz die DDR ihrer „Autolyse“ überließ.

Sorbische Zweisprachigkeit

Bei Frühlingsanfang zur Blüte der Forsythien, japanischen Kirschen und Magnolien unter blauem Himmel mit Weitsicht bis zur Grenzgebirgskette zu Tschechien, ungetrübt von isländischer Vulkanasche, entzückten sanft hügelige, vormalige Vulkanlandschaft und Dörfer, wo sich früher Fuchs, Hase und die sowjetischen, im Wald verbunkerten SS20-Atomraketen noch „Gute Nacht“ sagten. Störche, Kraniche, Fischadler und ausgemusterte Braunkohlebaggergiganten entdeckte man en passant. Sorbische Zweisprachigkeit fiel bei Orts- und Straßennamen auf wie

auf den frischesten Gräbern in Bautzen, dem „Sächsischen Nürnberg“.

Die Grenze zu Polen wurde überschritten ohne Kontrolle und Hindernis (immer noch fast unvorstellbar für ältere Kinder des Kalten Krieges) über die Lausitzer Neiße in Görlitz und im Landschaftspark des Fürsten Hermann von Pückler-Muskau, der ihn sein beträchtliches Vermögen gekostet hatte. Dessen ungewöhnlichem Leben wurde ausführlich gedacht (1785 – 1871, Reisender, Schriftsteller, Causeur, Dandy, spleeniger Gesellschaftslöwe, Gartenbau-Nestor, Landschaftsgestalter) wie dem Renaissance-Herrscher Matthias Corvinus (1443 – 1490), Sammler der berühmten Bibliotheca Corviniana, der auch Deutscher Kaiser werden wollte, dem Aufklärer Lessing (1729 – 1781) in seiner Vaterstadt Kamenz und der Geschichte der Herrnhuter Brüdergemeinde und deren Missionserfolge (Moravian Church) anlässlich der Fahrt durch den Flecken Herrnhut.

Zweihundert Jahre prosperierte der „Oberlausitzer Sechsstädtebund“, gegründet 1346 von Görlitz, Bautzen, Zittau, Lauban, Kamenz und Löbau zur Abwehr des räuberischen Adels. Dann gingen die vom Kaiser verliehenen Privilegien im so genannten „Pönfall“ verloren, da sie ihn im Schmalkaldischen Krieg (1546 – 1547) nicht ausreichend unterstützten. Hussitenkriege, Feuersbrünste, Pest, Hungersnöte, wechselnde Belagerungen mit Zerstörungen im Dreißigjährigen Krieg, im Siebenjährigen Krieg, ließen selten Ruhe und Wachstum zu. Im Prager Frieden (1635) kam die Lausitz an Kursachsen, im Wiener Kongress (1815) Görlitz zu Niederschlesien, somit zu Preußen. Nach Waid- Tuch- und Bierhandel dominierte dann im industriellen Zeitalter Maschinen- und Waggonbau bis heute.



Der Görlitzer Schönhof, das älteste datierte Renaissancehaus Deutschlands

Barocke Zisterzienserklöster

Die im Barockstil wieder aufgebauten, perfekt restaurierten Zisterzienserklöster Marienthal an der Neiße und Marienstern bei Kamenz waren in Talmulden eingeschmiegte sakrale Augenweide; Marienthal besitzt neben Pestsäule und Papst-Woytila-Denkmal den östlichsten Weinberg der BRD.

Einzigartig waren die „Zittauer Fastentücher“, das große und kleine. Sie sind weithin unbekannter Höhepunkt europäischer Textilkunst, ebenbürtig dem Teppich von Bayeux. Die Geschichte ihrer Rettung und Restaurierung der im letzten Halbjahrtausend erlittenen Schäden ist eine wahre Textilodyssee (s. HÄB 6/10).

Die Hin- und Rückfahrt im Buss verkürzte Vorlesen aus Walter Kempowskis Erlebnissen im „Gelben Elend“, dem Zuchthaus Bautzen, und Lessings Fabeln.

Spektakuläre Plätze

Profane Nahrung wurde auf spektakulären Plätzen in der Sonne eingenommen bei der Neiße, unter Magnolienblüten in Bautzens Zentrum, unter romanischem Tonnengewölbe mit mittelalterlicher Deckenmalerei in Görlitz und auf der Terrasse der Fontanetherme in Neuruppin bei Seeblick und angeregter Konversation der 16 hoch motivierten Mitreisenden. Eine solche Reise leiten zu dürfen, war mir einmaliges Erlebnis und Vergnügen. Zur Nachahmung empfohlen!

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



Der besondere Fall

Zeckenstich-Folgen?

Akut-intermittierende Porphyrrie

Eine 24-jährige Patientin mit kolikartigen Bauchschmerzen, Emesis und Myalgien nach Zeckenstich.

Von Stabsarzt Marc Potinius, Stabsarzt Dr. Hagen Frickmann, Oberfeldarzt Dr. Thomas Heinig, Flottenarzt Dr. Knut Reuter

Eine 24-jährige Frau wurde mit dem Bild eines unklaren Abdomens in unsere Abteilung verlegt, nachdem sie sich bereits in einem anderen Krankenhaus vorgestellt hatte. Im Wesentlichen war das Beschwerdebild von seit zwei Tagen bestehenden, prämenstruell aufgetretenen, kolikartigen Mittel- und Unterbauchschmerzen, Erbrechen, sowie von lumbalen Rückenschmerzen geprägt. Die bisherige Therapie war symptomatisch mit Novalgin, Metoclopramid und Dolantin erfolgt. Die auswärts erfolgte Diagnostik, wie die Sonographie des Abdomens, hatte keinen richtungsweisenden Befund erbracht. Auch die Laborparameter waren bis auf eine diskrete Linksverschiebung im Blutbild unauffällig. In der Anamnese fand sich ein Zeckenstich in der rechten Kniekehle vor einer Woche. Die Patientin berichtete in diesem Zusammenhang von Myalgien und atemabhängigen, links-thorakalen Schmerzen und hatte sich damit initial in unserer Ambulanz vorgestellt. Unter der Annahme eines viralen Infekts mit Begleitpleuritis war eine symptomatische Therapie mit Ibuprofen, Pantozol und Tetraxepam verordnet worden.

Da auswärts der Verdacht einer Enzephalomyelitis nach Zeckenstich gestellt worden war, wurde die Patientin in unserer Klinik zunächst neurologisch untersucht. Die durchgeführte Lumbalpunktion erbrachte einen Normalbefund. Auch elektrophysiologische Untersuchungen, einschließlich EEG, sensibel-evozierter Potentiale, Myographie und motorischer Neurographie waren unauffällig. Eine kraniale Bildgebung konnte aufgrund der Unruhe der Patientin nicht durchgeführt werden.

Bei internistischer Übernahme fanden wir eine unruhige, schmerzgeplagte, jedoch voll orientierte Patientin in reduziertem Allgemeinzustand (Abb. 1) vor. Die Schmerzintensität wurde mit 9,5 auf der visuellen Rating-Skala (VISAK) angegeben. Die Herzfrequenz lag bei 76/min, der Blut-

druck betrug 130/80 mmHg und die Temperatur 37,3°C. In der rechten Kniekehle fand sich eine 2x2mm messende, leicht gerötete, indurierte Effloreszenz ohne Erythem. Trotz der Schmerzen tolerierte die Patientin eine tiefe Palpation des Abdomens, wobei sie keine Schmerzintensivierung angab. Die Darmgeräusche waren spärlich auskultierbar. Die digital-rektale Untersuchung war unauffällig. Fokal neurologische Defizite fanden sich nicht, der Kraftgrad betrug allseits 5/5, die Muskeleigenreflexe waren seitengleich mittellebhaft erhältlich.

Bei Aufnahme stand das Bild eines unklaren Abdomens im Vordergrund. Das unauffällige Labor ohne Nachweis einer Akute-Phase-Reaktion machte eine infektiöse Genese ebenso wie ein ischämisches Geschehen (normales Laktat) oder eine Hämolyse unwahrscheinlich. Schmerzcharakter, -lokalisation und -intensität, sowie fehlendes Ansprechen auf Analgetika ließen einerseits an eine gynäkologische Ursache, wie Endometriose, Extrauterinravidität oder stielgedrehte Ovarialzyste, andererseits an eine Stoffwechselstörung mit Pseudoperitonismus wie bei hyperglykämischer Entgleisung, Bleivergiftung oder, als seltene Ursache, an eine Porphyrrie denken. Der Zeckenstich mit akuter Borrelioseinfektion erschien schon aufgrund des kurzen Zeitintervalls zwischen Inokulation und klinischer Manifestation als Erklärung der Schmerzsymptomatik unwahrscheinlich.

Himbeerroter Urin

Eine gynäkologische Ursache konnte durch fachärztliche Untersuchung ausgeschlossen werden. Spektroskopisch fand sich eine abklingende Menses, sonographisch zeigte sich eine geringe Menge freier Flüssigkeit im Douglas'schen Raum. Der am nächsten Morgen abgegebene Urin der Patientin war himbeerrot verfärbt (Abb. 2) und dunkelte nach 40 Minuten nach. Daraufhin erfolgte

unter der Verdachtsdiagnose einer akuten Porphyrrieattacke – als auslösende Faktoren kamen viraler Infekt, Gabe potenziell porphyrinogener Medikamente, Menses sowie katabole Stoffwechsellage zusammen – eine Bestimmung der Gesamtporphyrine, der δ -Aminolävulinsäure (ALA) sowie des Porphobilinogens (PBG) im Spontanurin. Zusätzlich wurde ein qualitativer Porphyrrie-Screeningtest (Hoeschtest) durchgeführt. Die Testergebnisse waren deutlich positiv. Es wurde eine genetische Untersuchung veranlasst. Die Schmerzmedikation wurde auf Paracetamol, Pethidin und Morphin umgestellt.

Hepatische und erythropoetische Porphyrrie

Das Krankheitsbild der Porphyrrien beinhaltet sieben verschiedene Typen, welche in hepatische und erythropoetische Formen unterteilt werden. Es handelt sich um erbliche Enzymmangelkrankungen, bei denen es im akuten Krankheitsstadium zur Akkumulation toxischer Haem-Vorläufer-Moleküle kommt. Das Haem wird in jeder menschlichen Zelle gebildet, es dient vor allem der Synthese von Haemoglobin und zum kleineren Teil der Produktion von Cytochromen in der Leber. Die Haem-Biosynthese wird durch zwei gewebspezifische Enzyme, den δ -ALAS (Aminolävulinsäure-Synthase)-Isoenzymen reguliert. Es handelt sich um die ersten Enzyme des Haem-Biosyntheseweges, welche auf zwei separaten Genen kodiert werden. In der Leber unterdrückt Haem durch negative Rückkopplung die Synthese der ALAS und stoppt so die Produktion sämtlicher Vorstufen des Haems. Im akuten Krankheitsstadium gelangen diese Vorstufen vermehrt von der Leber in den Kreislauf, da sie nicht weiter verstoffwechselt werden können. Der Effekt der negativen Rückkopplung durch das Haem kann zur Beendigung einer aku-

Abb. 1: Schmerzgeplagte Patientin unter Monitorüberwachung;

Abb. 2: Urin der Patientin; linkes Gefäß vor Therapie (himbeerrot verfärbt), rechtes Gefäß nach Therapie mit Normosang® über 4 Tage



ten Porphyrieattacke therapeutisch genutzt werden. Medikamente, Alkohol und Steroide hingegen induzieren die ALAS und fördern so die Synthese toxischer Vorstufen.

Den meisten Porphyriefformen liegt ein autosomal-dominanter Erbgang zugrunde. Für die Akut-intermittierende Porphyrie (AIP) sind über 400 Mutationen im PBGD (Porphobilinogen-Desaminase)-Gen auf Chromosom 11q23.3 bekannt. Allerdings liegt bei Mutation eines Allels eine unvollständige Penetranz vor (nur 10 – 20 % werden klinisch apparent), da die Enzymaktivität unter normalen Umständen noch ausreicht, die benötigte Menge Haem zu synthetisieren. Die Prävalenz der Erkrankung beträgt 0,5-10/100.000, je nach untersuchter Population. In Nordschweden beträgt sie aufgrund der Gründermutation (Trp198Stop) 1:1.500.

Der Schnelldiagnose dient der qualitative Hoeschttest mit einer Nachweisgrenze für PBG von 11 mg/l. Er liefert falsch positive Ergebnisse u. a. bei Einnahme von α -Methyldopa oder bei alkoholbedingter Mangelernährung. Für das initiale Screening kann auch die Plasmafluoreszenzspektroskopie eingesetzt werden. Anhand typischer Peaks kann zwischen der P. variegata (626 nm), der erythropoetischen Porphyrie (634 nm) und einer dritten Gruppe, zu welcher die AIP, die hereditäre Koproporphyrinurie, die P. cutanea tarda und die kongenital erythropoetische Porphyrie gehören (619 nm) unterschieden werden.

Die Diagnostik im akuten Schub erfolgt mittels Bestimmung der Gesamtporphyrine, δ -ALA und PBG im Urin (lichtgeschützter Versand). Für PBG finden sich meist um das 20 – 50fach erhöhte Werte. Bei isoliert erhöhten Werten für δ -ALA sollte an eine Bleiintoxikation oder die seltene ALA-Dehydratase-Defizienz-Porphyrie (Doss-Porphyrie) gedacht werden. Ergänzend können Stuhlporphyrine bestimmt werden. Mit Bestimmung der PBG-Desaminase-Aktivität in Erythrozyten lassen sich nicht alle Genträger nachweisen,

so dass nur der genetische Mutationsnachweis aus EDTA-Vollblut Sicherheit gibt.

Eine akute Attacke beginnt zunächst mit unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten wie Ängstlichkeit, Unruhe und Schlaflosigkeit. Typischerweise kommt es dann zur Entwicklung von Symptomen einer autonomen und senso-motorischen Neuropathie mit abdominalen Schmerzen begleitet von Erbrechen und Verstopfung, bis hin zum paralytischen Ileus. Tachykardie und Hypertonie sind Ausdruck erhöhter sympathischer Aktivierung. Regelmäßig treten Schmerzen in Rücken und Extremitäten auf. Muskelschwäche, verminderte Muskeleigenreflexe sowie handschuh- und strumpfförmige Hypästhesie können an ein Guillain-Barré-Syndrom erinnern und bis zur Atemlähmung fortschreiten. Kardiale Arrhythmien sind Zeichen progressiver autonomer Neuropathie. Weitere Indikatoren für den ungünstigen Verlauf sind Muskelschwäche, verminderte Vigilanz, Hyponatriämie (durch inadäquate ADH-Sekretion), die Notwendigkeit künstlicher Beatmung und das Auftreten einer Bulbärparalyse. Die Mortalität im akuten Schub, bei Fehldiagnose und Ausbleiben einer adäquaten Therapie, wird mit 10 – 40 % angegeben.

Therapie und Prävention

Die Therapie besteht in der Gabe von Hämarginat (Normosang®), welches über vier Tage unter Monitorüberwachung in der Dosierung von 3 mg/kg-KG (max. 250 mg) einmal täglich gegeben werden kann. Zusätzlich sollte auf ausreichende Kohlenhydratzufuhr (4 – 5 g/kg-KG/d) geachtet werden. Schmerztherapie mit nicht-porphyrinogenen Wirkstoffen – meist werden hohe Morphindosen benötigt – und die Behandlung bestehender Infektionen sind ebenso relevant. Eine Liste erlaubter Substanzen findet sich im Internet unter www.drug-porphyrin.org. Bei hoher Schubfrequenz ist eine Intervalltherapie mit Hämarginat einmal

wöchentlich möglich, wobei die Gefahr der Eisenüberladung besteht. Bei schwerem klinischem Verlauf kann eine Leber- oder allogene Knochenmarkstransplantation indiziert sein. Zur Prävention künftiger Attacken ist es essentiell, den Patienten über mögliche Symptome, Triggerfaktoren (Fasten, Alkohol- und Nikotinkonsum, Infektionen, Schlafmangel und psychosozialer Stress) und notwendige Verhaltensmaßnahmen aufzuklären. Ferner sollten Patienten einen Porphyriausweis sowie oben genannte Medikamentenliste mit sich führen. Perioperativ ist eine Schubprophylaxe mit 10 – 20%iger Glukoseinfusion via ZvK angezeigt. Im symptomfreien Intervall sollte erneut eine Porphyriediagnostik erfolgen, um einen individuellen Basiswert zu erhalten, da bei einigen Patienten auch im symptomfreien Intervall erhöhte Werte für Haem-Abbauprodukte vorliegen. Bei Porphyriepatienten besteht ein erhöhtes Risiko, ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) zu entwickeln. Daher sind jährlich sonographische Kontrollen der Leber in Verbindung mit Leberwertkontrollen indiziert. 10 % der Patienten mit einer AIP sterben am HCC. Wichtig ist auch ein genetisches Screening asymptomatischer Familienmitglieder.

Der Zustand der Patientin besserte sich nach viertägiger Therapie mit Normosang® langsam. Am zehnten Tag nach Aufnahme konnte sie in beschwerdefreiem Zustand ohne Folgeerscheinungen entlassen werden. Es erfolgte die Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum. Im Verlauf konnte die Diagnose „Akut-intermittierende Porphyrie“ durch Nachweis eines Heterozygotenstatus für die Mutation c.748G>C (p.E250Q) im Hydroxymethylbilan-Synthase(HMBS-)-Gen bestätigt werden. *Literatur bei den Verfassern.*

Stabsarzt Marc Potinius

Abteilung für Innere Medizin
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
E-Mail: ma-potinius@t-online.de

Hamburger Ärztorchester

Bericht über eine beinahe ausgefallene Reise des Hamburger Ärztorchesters vom 23. April bis 2. Mai nach Malta.

Von Peter Steder, Dr. Gertrud Meyer Hamme

Musikalischer Einsatz im Mittelmeer

Weil der Aschenregen des isländischen Vulkans Eyjafjallajökull wochenlang den Flugverkehr lahm legte, wäre das Unternehmen Malta fast selbst zu Asche zerfallen. Doch durch umsichtige Organisation verspätete sich der Start glücklicherweise nur um zwei Tage, so dass wenige Programmpunkte wegfielen und die Reise voller abwechslungsreicher Erlebnisse blieb.

Der Staat Malta, im Mittelmeer 90 km südlich von Sizilien gelegen, besteht aus einer Gruppe von drei bewohnten und zwei kleinen unbewohnten Inseln; er kann auf eine ca. 7.000-jährige Geschichte zurückblicken. Durch die Lage zwischen Europa, Afrika und Asien war Malta von alters her Ziel ausländischer Herrscher, die von hier aus ihre Macht zu sichern suchten. Von Phöniziern, Karthagern und Römern über Normannen und Aragonesen bis hin zu Franzosen und Engländern haben ihre Spuren hinterlassen. Die heutige Umgangssprache – auch dank zahlreicher Touristen – ist neben Malti Englisch. Seit 1974 als Republik aus dem britischen Commonwealth entlassen, ist Malta heute (stolzes!) Mitglied der EU.

Proben mit einheimischen Musikern

Unser Aufenthalt war zunächst geprägt von Orchesterproben. Wie schon in früheren Fällen gelang es uns auch diesmal, einheimische Musiker für uns zu gewinnen – einen Pauker, einen Kontrabassisten und eine Harfenistin, die durch ihr Erscheinungsbild, ihr Auftreten und ihre Musikalität nicht nur die Männerwelt beeindruckte. So wurden besonders das Konzert für Flöte und Harfe von Mozart sowie die 1. Sinfonie von Beethoven bei zwei Benefizkonzerten ein voller Erfolg, aber auch mit Werken von Händel, Grieg und Vaughan Williams konnten wir die Herzen der Zuhörer erreichen. Ebenso erfolgreich war das Kammerkonzert im „Palazzo Messina“ der Deutsch-Maltesischen Gesellschaft.

Exzeptionell waren für uns als „Kulturtouristen“ die Ausflugsziele. Ob der Besuch des Höhenzugs „Marfa Ridge“ mit steil abfallenden Felsen und Panoramablick bis zur Insel Gozo oder, die Kaffeepause im „Fontanella Tea Gar-

HAMBURG PHYSICIANS ORCHESTRA



Concert

Georg Friedrich Händel (1685-1759)
Entrance of the Queen of Sheba from the Opera "Solomon"

Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791)
Concert for Flute, Harp and Orchestra C-Major KV 299

Edvard Grieg (1843-1907)
Music from "Sigurd Jorsalfar"

Intermission

Ralph Vaughan Williams (1872-1958)
Suite "English Folk Songs"

Ludwig van Beethoven (1770-1827)
Symphonie Nr.1 C-Dur

Soloists: Anne Marie Camilleri, Maltese Guest, Harp
Detlef Mathey, Flute

Conductor: Thilo Jaques

Tuesday 27 April 2010, 7:00 pm
St. Mary's Parish Church, Birkirkara

Die Ankündigung für das
Konzert in der St. Mary's Parish Church,
Birkirkara, Malta

den“ mit traumhaftem Ausblick von der hohen Festungsmauer der ehemaligen, heute verschlafenen Hauptstadt Mdina über den ganzen Norden Malts; ob der Fischereihafen und Markt zu Marsaxlokk mit seinen bekannten bunten Booten oder die noch heute genutzten Salzpflanzen am Strand von Marsalforn – ein Erstaunen löste das andere ab.

Weitere Attraktionen waren imposante kulturhistorische Denkmäler wie die Ghar Dalam Cave (Höhle der Finsternis), die während der Kupferzeit als Schlupfwinkel diente, die ebenfalls prähistorische Tempelanlage in Tarxien aus riesigen Steinplatten und natürlich die „nur“ etwas über 400 Jahre alten Sakralbauten wie St. John's Co-Cathedral nebst Museum mit zwei berühmten Gemälden Caravaggios, und in Mosta die Mariä-Himmelfahrts-Kirche, deren Kuppel (Höhe

60 m, Durchmesser 52 m) eine der größten Europas ist – bekannt durch das „Wunder von Mosta“: Bei einem Bombeneinschlag 1942 wurde keiner der 300 Kirchenbesucher verletzt.

Höhepunkte der Reise waren zweifellos die beiden Exkursionen zur Insel Gozo. Ihre bedeutendste Attraktion ist der Megalithempel von Ggantija aus der Mitte des 4. Jahrtausends v. Chr., also älter als die Pyramiden Ägyptens. Die Mauern, acht Meter hoch aus Steinen bis zu 57 Tonnen schwer, sind eine beeindruckende Pionierleistung. Mythologisch von Interesse ist die Kalypso-Höhle, wo laut Homer Odysseus auf seiner Irrfahrt sieben Jahre von den Reizen der Nympe gefesselt war.

Natur pur

Natur pur erlebten wir während der Mini-Schiffsreisen zwischen den beiden Inseln und der Motorbootfahrt, die vom so genannten Inland See durch einen natürlichen schmalen Tunnel (als Laie hat man leicht Angst vor einer Kollision mit



der Felswand) ins Meer und an der schroffen Steilküste entlang führt. Eindrucksvoll auch die Schiffsrundfahrt von Sliema nach Valetta, die uns die gewaltigen Ausmaße der Befestigungsmauern dieses Hafens zeigte.

Unserem Reiseleiter, Herrn John Zammit, der uns von seinen reichen historischen, geografischen und wirtschaftlichen Kenntnissen immer wieder Kostproben gab, sowie seinen mitunter bis zu drei ebenso instruktiven Helfen sei herzlicher Dank für die Erkenntnis: Malta ist eine Reise wert!

Der Abschiedsabend ließ den Ablauf der Reise noch einmal Revue passieren – mit ausdrücklichem Dank an die Gastmusiker für hilfreiche Unterstützung und an die beiden Hauptorganisatoren für ihre gelungene, Zeit und Energie erfordernde Planung und Vorbereitung.

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: -4 00
E-Mail: verlag@aekhh.de

Anzeigen

Verlag Francis von Wels,
Inhaber Heiner Schütze e.K.
Marschnerstieg 2, 22081 Hamburg
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg
Telefon: 040 / 29 80 03-0, Fax: - 90

Anzeigenleitung: Heiner Schütze

Telefon: 040 / 29 80 03-22
E-Mail: info@wels-verlag.de
Internet: www.wels-verlag.de
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 40
vom 1. Januar 2010

Anzeigenschluss für

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

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Peter Haase (†), Michael von Hartz
Titel: Michael von Hartz

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 15 300

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

DER BLAUE HEINRICH

von Dr. Hanno Scherf, aus: „Rothschilds Geige“ von Anton Cechov

Schröpfen oder nicht?



Anton Cechov

Als es Morgen war, lieh er sich von seinem Nachbarn ein Pferd und brachte Marfa ins Krankenhaus. Es waren nur wenige Patienten da, deshalb brauchte er nicht lange zu warten, nur etwa drei Stunden. Zu seiner großen Befriedigung wurden die Patienten diesmal nicht vom Arzt empfangen, der selbst krank war, sondern vom Heilgehilfen Maksim Nikolaič, einem alten Mann, von dem es in der ganzen Stadt hieß, er verstehe mehr als der Doktor, wenn er auch trinke und sich prügele. „Wir wünschen Gesundheit“, sagte Jakov, als er seine Frau in das Sprechzimmer führte, „Entschuldigen Sie, Maksim Nikolaič, daß wir Sie dauernd mit unseren nichtigen Angelegenheiten behelligen. Sehen Sie doch bitte selbst, meine bessere Hälfte

ist krank geworden. Meine Lebensgefährtin, wie man so sagt, entschuldigen Sie den Ausdruck ...“ Der Heilgehilfe runzelte die Brauen, strich sich den Backenbart und musterte die alte Frau; sie saß zusammengekauert auf einem Schemel, dürr, mit spitzer Nase und offenem Mund, und sah im Profil wie ein Vogel aus, der trinken will. „Hm ja ... so ...“ meinte der Heilgehilfe langsam und seufzte. „Influenza, vielleicht auch Fieber. In der Stadt geht jetzt Typhus um. Was ist dabei? Die gute Alte hat das Leben genossen, Gott sei Dank ... Wie alt ist sie denn?“ „Sie wird siebzig, Maksim Nikolaič.“ „Na und? Die Alte hat ihr Leben genossen. Jetzt ist es nun soweit.“ „Das haben Sie natürlich richtig zu bemerken geruht, Maksim Nikolaič“, erwiderte Jakov und lächelte höflich, „und wir danken Ihnen herzlich für Ihre Freundlichkeit, aber erlauben Sie den Ausdruck, jedes Tierchen hängt doch am Leben.“ „Was nicht noch alles!“ sagte der Heilgehilfe in einem Ton, als hinge es von ihm ab, ob die alte Frau leben oder sterben werde. „Nun, mein Lieber, leg ihr kalte Kompressen um den Kopf und gib ihr zwei von diesen Pulvern am Tag. Und damit auf Wiedersehen, bonschur!“

An seiner Miene konnte Jakov erkennen, dass die Sache schlecht stand und keinerlei Pulver mehr helfen würden; es war ihm jetzt klar, Marfa würde sehr bald sterben, wenn nicht heute, dann morgen. Er zupfte den Heilgehilfen am Ärmel, zwinkerte mit einem Auge und sagte halblaut: „Man müßte ihr vielleicht Schröpfköpfe setzen, Maksim Nikolaič.“

„Keine Zeit, mein Lieber, keine Zeit. Nimm deine Alte und mit Gott. Auf Wiedersehen.“ „Seien Sie doch so gut“, bettelte Jakov. „Sie belieben doch selbst zu wissen, Pulver und Tropfen wären gut, wenn ihr, sagen wir mal, der Bauch weh täte oder irgendein Eingeweide, aber sie hat doch eine Erkältung! Bei einer Erkältung ist das erste - Blut abziehen, Maksim Nikolaič.“ Der Heilgehilfe hatte bereits den nächsten Patienten aufgerufen, und eine Bauersfrau mit einem Jungen betrat das Sprechzimmer. „Geh schon, geh“, sagte er zu Jakov, die Stirn runzelnd. Du brauchst mir nichts zu erzählen!“

„In diesem Fall setzen Sie ihr wenigstens Blutegel an! Wir werden ewig zu Gott für Sie beten!“

Der Heilgehilfe brauste auf und schrie: „Red du noch viel! Du Holzkopf ...“ Jakov geriet ebenfalls in Wut und wurde ganz rot, aber er sagte kein Wort, sondern nahm Marfa an der Hand und führte sie aus dem Sprechzimmer. Erst als sie wieder auf den Wagen stiegen, blickte er streng und spöttisch zum Krankenhaus hin und sagte: „Da hat man die richtigen Künstler hierhergesteckt! Einem Reichen setzt ihr bestimmt Schröpfköpfe, aber für einen armen Menschen ist schon ein Blutegel zu schade! Ihr Halsabschneider!“

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

2. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg (VSt) in der Fassung vom 23.06.2008

Aufgrund von § 19 Abs. 1, 2 Ziffer 1, § 7 Abs. 1, § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14.12.2005 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I S. 495), zuletzt geändert am 2.03.2010 (HmbGVBl. S. 247) hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 14.06.2010 diese 2. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz am 13.09.2010 gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGGH genehmigt hat.

§ 1

Änderung von § 15 VSt

In § 15 Abs. 2 VSt wird Satz 3 wie folgt neu gefasst:

Für die Bestimmung der allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage ist der Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft des ausgleichspflichtigen Ehegatten maßgebend.

§ 2

Änderung von § 18 VSt

§ 18 Abs. 8 S. 7 wird gestrichen.

§ 3

Inkrafttreten

Diese 2. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts tritt zum Ersten des Monats in Kraft, der der Veröffentlichung des von der Aufsichtsbehörde genehmigten Beschlusses der Delegiertenversammlung im Hamburger Ärzteblatt folgt.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 14. Juni 2010 den vorstehenden Satzungstext beschlossen.

Die Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 13. September 2010 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt, Hamburg den 20. September 2010

Gez. Dr.med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Ärztekammer Hamburg

Prüfungstermine für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Für die Durchführung der 148. Abschlussprüfung wurden folgende Termine festgesetzt.

Anmeldung zur Prüfung

Der Termin für den Anmeldeschluss ist der 27.10.2010. Später eingehende Anmeldungen können nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Anmeldeunterlagen erhalten die Auszubildenden über die Berufsschule.

Rücktritt von der Anmeldung

Der letzte Zeitpunkt für einen Rücktritt von der Anmeldung ist am 22.12.2010.

Schriftliche Prüfung

Die schriftliche Prüfung findet am 11.01.2011 um 14 Uhr und am 12.01.2011 um 8 Uhr statt.

Praktischer Teil der Prüfung

Der praktische Teil der Prüfung wird in der Zeit vom 26.01.2011 bis zum 16.02.2011 abgenommen.

Bei dieser Gelegenheit wird noch einmal auf die Zulassungsvoraussetzungen hingewiesen:

Dem ausgefüllten Anmeldeformular sind folgende Anlagen beizufügen:

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

Wurde die Ausbildung in Laborkunde und Erste-Hilfe-Ausbildung in der eigenen Praxis absolviert, genügt eine entsprechende Bestätigung im Arztzeugnis. In anderen Fällen ist eine Bescheinigung über die Teilnahme an einer überbetrieblichen Laborausbildung oder die Ableistung der Laborausbildung in anderen Ausbildungsstätten notwendig.

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

Abschlussfeier

Die Abschlussfeier findet am 23.02.2011 um 16:00 Uhr im Saal 1 und 4 der Ärztekammer Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg statt.

Hierzu sind auch die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte sowie Familienangehörige der Auszubildenden herzlich eingeladen.

312. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 312. Sitzung der Delegiertenversammlung findet am

**Montag, 25. Oktober 2010, 20 Uhr,
in den Räumen des Ärztehauses statt.**

Es werden u. a. folgende Tagesordnungspunkte behandelt:

- der Haushaltsplan 2011 der Ärztekammer Hamburg,
- die Muster-WBO / Bericht vom Deutschen Ärztetag,
- die Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung und
- die Benennung ehrenamtlicher Richter beim Hamburgischen Berufsgericht.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Augenheilkunde

Eine Fachärztin für Augenheilkunde in 22587 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 108/10 AU

Chirurgie

Ein Facharzt für Chirurgie in 22043 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 105/10 C

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 20149 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 99/10 F

Ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 21031 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 100/10 F

Ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 21031 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 101/10 F

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in 22391 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 98/10 HN

Hausärzte

Eine Praktische Ärztin in 22761 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 88/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 90/10 HA

Eine Ärztin in 22765 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 92/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 20539 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2011 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 93/10 HA

Eine Praktische Ärztin in 20146 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 94/10 HA

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin in 22763 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 95/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22457 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 96/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 20535 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 97/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 22457 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 104/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22457 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 106/10 HA

Orthopädie

Ein Facharzt für Orthopädie in 20354 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 102/10 O

Psychotherapeuten

Ein Psychologischer Psychotherapeut (TP) in 22359 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 107/10 PSY

Radiologie

Ein Facharzt für Radiologische Diagnostik in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 91/10 R

Ein Facharzt für Radiologie in 22041 Hamburg hat mit Ablauf des 31.12.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.

Kennziffer: 103/10 R

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

Diese Unterlagen werden den (hälftig) ausscheidenden Vertragsärzten/ Psychotherapeuten sowie den verbleibenden Ärzten zur Verfügung gestellt. Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Frahm, Tel. 040/22802-326.

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung des AIDS-Arbeitskreises findet statt am

**Montag, 25. Oktober 2010, 19.30 Uhr,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
(Ärztelhaus), Saal 3.**

Geplant ist eine interaktive Falldiskussion, des Weiteren ein Informationsaustausch über Kongress-Neuigkeiten/neue Veröffentlichungen.

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

KVH-Arbeitskreis

„Interdisziplinäre Infektiologie“

Die nächste Sitzung findet statt am

**Montag, 8. November 2010, 20 Uhr,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztelhaus), Saal 4**

Herr Dr. Cramer wird zum Thema „Bilharziose – Diagnostik, Klinik und Therapie“ referieren.

Erwünscht ist die Vorstellung eigener Fälle aus der Praxis. Sofern dies von Teilnehmern vorgesehen ist, bitten wir um vorherige telefonische Absprache (Prof. Dr. Plettenberg/Dr. Stoehr, ifi, Tel.: 040/181885-3780/-3781/-3782).

Mitteilungen

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

1. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

„Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Schreiben vom 01.02.2010 mit, dass unter Berücksichtigung der Beschlusslage im Landesausschuss für die Arztgruppen der Frauenärzte und Hausärzte wieder Überversorgung im Sinne des § 103 Abs. 1 SGB V und § 16 b Ärzte-ZV eingetreten ist.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt unter Berücksichtigung seiner Beschlüsse vom 20.11.2009 fest, dass gem. § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV für

- Frauenärzte
- Hausärzte

ab 27.01.2010 wieder Zulassungsbeschränkungen bestehen.“

2. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

„Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 22.07.2010 über den Versorgungsgrad zum 01.04.2010 geprüft und festgestellt, dass danach für die folgende Arztgruppe zurzeit keine Überversorgung besteht:

- Hausärzte

Der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird daher für die Arztgruppe Hausärzte 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 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten (gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 und § 23 Abs. 2 a Bedarfsplanungs-Richtlinie) aufgehoben und/oder durch entsprechende Neuzulassungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der Arztgruppe

- Hausärzte insgesamt 1.232 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 Abs. 3 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.“

3. Erreichung des Mindestversorgungsanteils für Leistungserbringer die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Schreiben vom 09.07.2010 mit, dass unter

Berücksichtigung der Beschlusslage im Landesausschuss vom 20.01.2010 Zulassungen für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, bis zum Erreichen des Mindestversorgungsanteils ausgesprochen wurden.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt unter Berücksichtigung seines Beschlusses vom 20.01.2010 fest, dass gem. § 101 Abs. 4 SGB V und § 22 Abs. 1 Nr. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie der

Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln

mit dem 16.06.2010 erreicht ist.

Hamburg, den 27.08.2010

Der Vorsitzende
Sven Hennings

Anmerkung der Kassenärztlichen Vereinigung:

Auf der Basis der Bedarfsplanung zum Stichtag 01.04.2010 ist für die folgende Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkung angeordnet:

- Hausärzte

Im Einzelnen ergibt sich auf den Planungszeitpunkt 01.04.2010 bezogen folgender Sachverhalt:

Arztgruppe	Arztbestand zum 01.04.2010	Grenze zur Überversorgung
Hausärzte	1.232	1.232

Mögliche Neuzulassungen aufgrund der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Anträge auf Neuzulassungen für die partiell geöffnete Arztgruppe der Hausärzte müssen vollständig bis spätestens 30.11.2010 mit den dazugehörigen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingegangen sein. Über die Anträge auf Neuzulassungen entscheidet der Zulassungsausschuss gem. Abschnitt 4 § 23 Absatz 3 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit
- Approbationsalter
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Entsprechend § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V sind vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen.

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass gemäß § 23 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bei den Hausarztpraxen, die unter einer Leistungsbegrenzung tätig waren, die Leistungsbegrenzung aufgehoben wurde. Danach verbleibt für eine Neuzulassung nur noch eine hälftige Zulassung, die zu besetzen ist.



Bedingungslos
menschlich.

© Stephan Große Rückkamp

Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN helfen Sie Menschen in Not.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

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



Name _____

Anschrift _____

E-Mail _____

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

11104827

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Ermächtigte Ärzte / Ärztinnen / Institutionen

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

Ausführende(r)	Krankenhausanschrift	Umfang der Tätigkeit
PD Dr. med. Hagen Ott	Liliencronstraße 130 22149 Hamburg Tel. 67 37 72 00 Fax 67 37 74 45	<ol style="list-style-type: none"> konsiliarische Untersuchung bei Kindern bei Erkrankungen des Gefäßsystems, schwerem atopischen Ekzem, Genodermatosen, Autoimmunerkrankungen von Haut- und Bindegewebe, Systemerkrankungen (Langerhanszell-Histiozytose und Sarkoidose) einschließlich Probeexzision auf Überweisung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder bis zum 6. Lebensjahr gelten folgende Ergänzungen: bei schwerem atopischen Ekzem auch für die allergologische Testung auf Überweisung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Bereichsbezeichnung Allergologie, mit Genodermatosen auch für die Probeexzision und Anästhesie auf Überweisung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Abklärung von unklaren Hauterkrankungen bei Neugeborenen Abklärung von schweren Arzneimittelreaktionen bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr Untersuchung zur Abklärung einer allergologischen Genese der Neurodermitis sowie die Behandlung von Kindern mit therapierefraktärer Neurodermitis, Kontaktkryotherapie bei Hämangiomen bei Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr Behandlung von Naevi flammei und/oder von Hämangiomen mittels gepulster Farbstofflaser-Therapie sowie mittels Lasertherapie in Narkose bei Kindern bis zum 1. Lebensjahr auf Überweisung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. auf die Abrechnung von 300 Fällen pro Quartal beschränkt.
Dr. med. Burkhard Püst	Liliencronstraße 130 22149 Hamburg Tel. 67 37 72 82 Fax 67 37 71 33	Neurophysiologische Untersuchungen (EEG, Langzeit-EEG, evozierte Potentiale) an Kindern mit anderen neuropädiatrischen Fragestellungen vorwiegend bis zum vollendeten 6. Lebensjahr auf Überweisung durch Kinder- oder Nervenärzte.
Prof. Dr. med. Michael Semik	Eißendorfer Pferdeweg 52 21075 Hamburg Tel. 18 18 86-21 47 Fax 18 18 86-21 48	Durchführung ambulanter Beratung und Untersuchung bei thoraxchirurgischen Problemfällen auf Überweisung durch Lungenärzte, Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie auf Überweisung durch Internisten, die an der Onkologie-Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg teilnehmen, und Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und/oder Hämatologie und internistische Onkologie.

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

Mitteilungen

Zulassung von Ärzten / Psychotherapeuten

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

Ortsteil		Ortsteil	
Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. Manuela Vogel	Eilbek	Psychologische Psychotherapeutin Dipl.-Psych. Silke Großbach	Ottensen
Fachärztin für Augenheilkunde Dr. Ines Neuhaus-Richard	Winterhude	Häufige Zulassung von Psychologischen Psychotherapeuten Dipl.-Psych. Sonja Jaburg Dipl.-Psych. Cora Besser-Siegmund	Rotherbaum Hamburg-Altstadt
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin Dr. Bernd Noack Dr. Khai-Qui Vi	St. Pauli Wandsbek	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Dipl.-Psych. Dr. phil. Elke Appel Dipl.-Päd. Ute Grottker-Wiener Dipl.-Soz. Päd. Torsten Stämmeler Dipl.-Soz. Päd. Andrea Ziegler	Rotherbaum Wilhelmsburg Blankenese Ottensen
Facharzt für Nuklearmedizin Dr. Manfred Merin Dr. Sabine Adam	Hoheluft-Ost Hoheluft-Ost	Häufige Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dipl.-Psych. Friederike Lipka	Hohenfelde
Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie			
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde PD Dr. Hannes Kutta	Ottensen	Psychologische Psychotherapeutin, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche betreut Dipl.-Psych. Barbara Groth	Sinstorf
Fachärztin für Innere Medizin Dr. Anke Freifrau von Friesen (hausärztl. Versorgung) Dr. M.A. Daniel Duvigneau (fachärztl. Versorgung)	Neustadt Dulsberg	Häufige Zulassung als Psychologische Psychotherapeutin, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche betreut Dipl.-Psych. Verena Aalderink	Winterhude
Facharzt für Orthopädie Najeb Mohamed Bahia	Hohenfelde		

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
HELIOS MVZ Mariahilf GmbH Ärztlicher Leiter: Dr. med. Bernd Gaberle	Am Wall 1 • 21073 Hamburg Tel.: 0 40 / 77 24 01 Fax:	Allgemeinmedizin Chirurgie
Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH Ärztlicher Leiter: Dr. med. Peter Elze	Borsteler Chaussee 43 • 22453 Hamburg Tel.: 0 40 / 51 44 02 – 50 Fax: 0 40 / 51 44 02 – 12	Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie



ASKLEPIOS
Klinik Nord

Wir sind

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

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt, befristet für die Dauer der Weiterbildung zur Fachärztin, eine

ASSISTENZÄRZTIN

für die Behandlungseinheit für Frauen

für die II. Fachabteilung Psychiatrie/Persönlichkeitsstörungen/Trauma, für die PSY 35/BEF, in Vollzeit (auch Teilzeit möglich)

Wir sind eine „Behandlungseinheit für Frauen“ (BEF) mit der Möglichkeit, Patientinnen bei konstantem Behandlungsteam ohne Beziehungsabbrüche stationär, teilstationär und ambulant zu behandeln. Als Ärztinnen, Psychologinnen und Therapeutinnen arbeiten wir auf der Grundlage eines psychodynamisch orientierten Verständnisses mit einem methodenintegrierenden psychotherapeutischen Konzept, welches Traumatherapie nach Reddemann und Sachsse, EMDR, verhaltenstherapeutische Elemente und imaginative Verfahren miteinander verbindet. Die Bereitschaft zur Teilnahme am Nachtdienst wird vorausgesetzt.

Sie sind eine engagierte Ärztin mit möglichst fortgeschrittener Facharztweiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Neben einer hohen Team- und Integrationsfähigkeit, ausgeprägter Sozialkompetenz sind Sie auch an einer Ausbildung in Traumatherapie interessiert. Wenn Sie darüber hinaus noch Freude an der Umsetzung innovativer Konzepte in einem multiprofessionellen Team haben, über methodenintegrierendes Denken und Handeln verfügen, dann sind Sie bei uns richtig.

Wir bieten

eine interessante, verantwortungsvolle Aufgabe in einem engagierten Team. Als Mitarbeiter/-in in einem Unternehmen der Asklepios Kliniken GmbH profitieren Sie von den Strukturen eines weltweit tätigen Konzerns der Gesundheitsbranche mit wachstumsstarken Prognosen. Wir bieten unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern neben einer leistungsgerechten Vergütung gem. TV-KAH eine betriebliche Altersversorgung, die HVV-Profi-Card, Fort- und Weiterbildungen am unternehmenseigenen Bildungszentrum sowie eine Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände. Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gern Frau Dr. Dr. A. Moldzio, Ärztliche Leiterin der Behandlungseinheit, unter Tel. 040/1818 87-2338.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe der Kennziffer BEF-177-HÄB an:

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

Gemeinsam für Gesundheit www.asklepios.com

KRANKENHAUS HOLDING
WESTMECKLENBURG



**Innere Kliniken der
Krankenhaus-Holding Westmecklenburg**

Wir sind

ein Verbund zweier Krankenhäuser im Südwesten Mecklenburgs und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock. Die Innere Medizin verfügt an den beiden Standorten der Krankenhausholding Ludwigslust und Hagenow über 173 Betten (12 Intensivbetten) und ist in die Schwerpunkte Gastroenterologie, Kardiologie-Angiologie und Onkologie gegliedert.

Wir suchen

für den weiteren Ausbau der Inneren Abteilungen eine/einen

**Assistenzärztin/-arzt
für die Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt
für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin**

Die Krankenhausholding bietet eine strukturierte Rotation sowohl zum Facharzt für Innere Medizin als auch für Allgemeinmedizin an, die komplette Weiterbildungsermächtigungen liegen vor. Die drei Abteilungen organisieren gemeinsam die internistische Versorgung der Region. Das Spektrum umfasst unter anderem die gesamte gastroenterologische und kardiologisch-angiologische Diagnostik einschließlich 24-Std.-Bereitschaft für endoskopische oder invasiv-kardiologische Notfälle. Neben breiter allgemein-internistischer Tätigkeit ist eine Einarbeitung in einen der genannten Schwerpunkte möglich. Wir sind stolz auf ein sehr kollegiales Klima in unseren Arbeitsbereichen.

Für Rückfragen stehen Ihnen jederzeit CA Prof. Werner und LOA Dr. Teichert (Tel.: 03874/433-0) oder CA Prof. Treichel (Tel.: 03883/736-0) zur Verfügung.

Wir bieten

Bezahlung nach Marburger Bund, finanzielle Beteiligung beim Umzug oder einer Zweitwohnung, Fortbildungen, Beteiligung am Notarzdienst, Promotionsmöglichkeit. Bei einer möglichen beruflichen Neuorientierung des Lebenspartners wären wir behilflich.

Beide Städte bieten alle weiterführenden Schulen und sind in unmittelbarer Nähe zum Autobahnkreuz A 24/A 14 und den Bahnstrecken Hamburg-Berlin sowie nach Schwerin gelegen.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Evangelisches Krankenhaus Stift Bethlehem gGmbH
Neustädter Straße 1, 19288 Ludwigslust
www.stift-bethlehem.de/krankenhaus.html

Für meine Praxis in Farmsen und/oder Eppendorf suche ich eine/n
Facharzt für Frauenheilkunde (m/w) in TZ od. VZ

DEGUM II wäre wünschenswert.
Zuschr. erb. unter I 6865 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Assistent (in)

Allgemeinmed. Praxis, Schwerpunkt Homöopathie, auch Teilzeit möglich, Dr. Berger, Kanalstraße 38, 22085 HH

Hausärztl./intern. Kollege/in,
auch Teilzeit, von Gemeinschaftspraxis in Hamburg-Ost gesucht.

Zuschr. erb. unter T 6945 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Intern. Privatpraxis mit breitem hausärztl. Spektrum im Hamburger Westen sucht baldmöglichst

**Internist/in – gern auch
Gastroenterologe/in
Allgemeinmediziner/in**

mit Engagement für anspruchsvolle medizinische Versorgung. Absolute Diskretion zugesichert.
Zuschr. erb. unter F 6922 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Halbtagsstelle

in hausärztlicher Praxis in HH-West frei,
Tel.: 040/414 52 567 (AB).

**Weiterbildungsstelle wieder frei,
Phys. Rehab. Medizin,
Orthopädie oder
freier Teil Allgemeinmedizin**

in gr. Praxis für Orthopädie und PRM,
Tel.: 040 523 32 30
www.orthopaedie-norderstedt.de

WB-ASSIST. v. Ärztin f. Allg.

Homöo. + NHV in Ottensen gesucht
ab 15.11.2010, Tel. 399 073 77

FÄ/FA Innere,

idealerweise Kardiol., gesucht zum Aufbau eines innovativ-medizinischen Zentrums in HH-City. Teilzeit mit Erweiterungspotential.

Zuschr. erb. unter Y 6912 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Assistent(in)

gesucht für chirurg.-orthopädische Gemeinschaftspraxis mit operativem Schwerpunkt in HH. In Voll- bzw. auch Teilzeit; überarterliche Bezahlung.
Zuschr. erb. unter C 6918 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Sie wollen in der Arbeitsmedizin eine Führungsposition übernehmen oder sich selbstständig machen? Wir bieten Ihnen die optimalen Startmöglichkeiten!

Wir sind ein privater arbeitsmedizinischer Dienst mit Wirkungsbereich Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen und seit über 15 Jahren in der Branche tätig. Zur Zeit beschäftigen wir 5 Betriebsärzte. Eine sicherheitstechnische Gesellschaft ist angegliedert. **Wir suchen** ab sofort/schnellstmöglich für vollzeitliche Tätigkeit

eine/n Fachärztin/-arzt für Arbeitsmedizin

als ärztliche/n Leiter/in.

Ihre Aufgaben: fachliche/organisatorische Leitung der Betriebsärzte/-innen, betriebsärztliche Betreuung eines Kundenstammes.

Ihr Profil: Fachärztin/-arzt für Arbeitsmedizin, mindestens 3 Jahre Berufserfahrung, Kommunikationsfähigkeit, soziale Kompetenz, Führungs- und Organisationstalent, wirtschaftliches Verständnis und die Bereitschaft, eigene Ideen zu entwickeln und umzusetzen.

Wir bieten: einen interessanten Arbeitsplatz, Dienstwagen und ein freundliches Arbeitsklima in einem kollegialen Team mit guten Rahmenbedingungen. Die Vergütung erfolgt nach freier Vereinbarung, Beteiligung und spätere Übernahme sind bei entsprechender Eignung erwünscht.

Wir verfügen über eine Zulassung als Weiterbildungsstätte für die Fachrichtung Arbeitsmedizin, die Sie weiterführen sollen.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an:

**Hamburger Ärzteblatt · Chiffre S 6944
Postfach 76 12 20 · 22062 Hamburg**

**Klinik für Geriatrie
Ratzeburg GmbH**



Wir suchen zum nächstmöglichen Termin:

Assistenzärztinnen/-ärzte für den Bereitschaftsdienst

mit Erfahrung in Innerer Medizin oder Allgemeinmedizin.

Diese Tätigkeit kann als Nebentätigkeit sowie auf Honorarbasis geleistet werden.

Röpersberg 47
23909 Ratzeburg
Telefon 04541 13-3725
www.geriatrie-ratzeburg.de

Die Röpersberg-Gruppe.
Eine Welt voller Möglichkeiten.

Hausarztpraxis im Süd-Osten HH sucht **FÄ Allg./Inn. für Mitarbeit**
1 x/Wo. u. regelm. Vertretung im Urlaub,
Tel.: 0173/634 31 31 ab 19.00 Uhr.

FA oder FÄ für Neurologie
stundenweise oder Teilzeitanstellung für intern.-neurolog. Praxis gesucht.
Kontakt: PD Dr. Bökmann, Heegbarg 10,
22391 Hamburg/Poppenbüttel, Tel.:
040/602 40 66, www.dr-boekmann.de

Betriebsarzt/ärztin ab sofort gesucht!

Sie verfügen über die Zusatzbezeichnung Arbeitsmediziner/-in oder Betriebsmediziner/-in und wollen uns und unser Unternehmen mit 15-20 Stunden pro Jahr bei den Vorsorgeuntersuchungen G25+G37 betreuen und uns beratend zur Seite stehen. Dann senden Sie uns Ihre aussagefähige Bewerbung umgehend an: **b.bast@kaelte-bast.de** oder auf dem Postweg an: **Kälte-Bast GmbH, Barbara Bast, Försterweg 81, 22525 Hamburg.**

Kälte-Bast GmbH

Operativer Orthopäde nahe HH

Wir suchen einen operativ erfahrenen Orthopäden/(U)CH, der raus aus der Klinik und rein in die Praxis möchte, dabei aber weiter operativ (Endo/ASK/Fuß) tätig sein will. Wir bieten eine sehr moderne Praxis mit großem Pat.stamm und KV-Sitz. Zuschriften erbeten unter V 6905 an HH Ärzteblatt, Postfach 76 12 20, 22062 HH

Allgemeinmediziner/in oder Hausärztl. Internist/in

für lebhaftes Allgemeinpraxis in Farmesen gesucht. Wir haben ein großes Spektrum mit NHV, Chirotherapie, Physioth., viele Kinder. Zunächst auf Angestelltenbasis, KV-Sitz vorhanden. Zuschr. erb. unter R 6941 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Wann hatten Sie das letzte Mal wirklich Zeit?

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

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de



Wir bieten an unseren Standorten Hamburg-Bergedorf, Hamburg-Harburg, Hamburg-Uhlenhorst und Lübeck

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

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:

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

Ihre Aufgaben:

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

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

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



erfolgreich!
Gehören Sie bald auch zu uns?

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



Stellengesuche

Erfahrener Kinderarzt

(30 Jahre lang eigene Gemeinschaftspraxis) würde gern stunden-/tageweise überlasteten Kollegen helfen, Tel.: 0157-886 749 07.

Erf. FÄ für Anästhesie

sucht Arbeit Mo.-Fr., 8-14 Uhr. Zuschr. erb. unter Z 6913 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erfahrene FÄ Pädiatrie

sucht ab Januar 2011 neue Aufgabe in Praxis (Anstellung/Jobsharing) in HH, gerne West, Tel.: 040/21 05 82 44

KV-Sitz

Suche zum 1. Januar 2011 KV-Sitz für Neurologie/ Psychiatrie in Hamburg

Zuschr. erb. unter A 6914 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Intern./Fachärztl. KV-Sitz ohne Praxis/ohne Gebäude

zu verkaufen – direkt vom Praxisinhaber – kein Vermittler! Zuschr. erb. unter G 6923 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

HNO-Arzt sucht KV-Sitz in HH, auch halber Sitz möglich, mit oder ohne Praxis, offen für Kooperation, HNO_Hamburg@yahoo.de

Chirurgie und Gynäkologie

Wir suchen zur weiteren Stärkung unserer Gemeinschaftspraxis o. g. KV-Sitze. Zuschr. erb. unter Q 6939 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

PP (VT, Erw.) sucht halben oder ganzen Sitz in HH

praxis_hh_gesucht@arcor.de

Facharzt + Fachärztin Nervenheilkunde

suchen
1-2 KV-Sitze in Hamburg
Kontakt: nervenarzt@live.de

Praxisübernahme

Internist. Hausarztpraxis

umsatzstark, ausbaufähig, citynah, Übernahme mögl. Ende 2010 o. später. Zuschr. erb. unter P 6937 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisabgabe

Große Diabetes-Schwerpunktpraxis nördlich von Hamburg

in SH zu verkaufen! Sehr lukrativ, expansiv und sehr viel Zulauf. Übergabe fließend möglich! Zuschr. erb. unter P 6770 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Radiologe/in

alt eingesessene Röntgenpraxis in HH, in zentraler Lage/gutes Umfeld sucht Kollegin/en mit KV-Sitz. Zuschr. erb. unter W 6908 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Lübeck: Augenärztin/-arzt

gesucht eigenständige Zweigpraxis, auch MD-Therapie/OP in neuem OP-Zentrum möglich, OA oder Beteiligung peterhiss@gmx.de

Suche Kinderarzt/-ärztin

für Teilzeitmitarbeit/spätere Assoziation in schöner Praxis in HH-Mitte. Zuschr. erb. unter D 6920 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erfahrener Operateur

mit breitem op. Spektrum in Orthop. Unfallchir. und Handchirurgie, sucht Kooperation in GM-Praxis, Praxisklinik o. ä im Raum Hamburg/Lübeck. Zuschr. erb. unter E 6921 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kinderarztpraxis (HH-West)

sucht erfahrene Kollegin/Kollegen für Urlaubsvertretung im November, ggf. gerne weitere regelmäßige Mitarbeit. Zuschr. erb. unter L 6931 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisabgabe

Hausärztlich-Internistische Gemeinschaftspraxis

deutlich überdurchschnittlich komplett mit 2 Sitzen nahe Flensburg ab 2011 abzugeben
www.promedis.de
Telefon 04340-402811

Intern. Hausarztpraxis

(Bramfeld) überdurchschn. Scheinzahl, Ende 2010 Anfang 2011 abzugeben. Zuschr. erb. unter D 6846 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausarztpraxis (HH-Niendorf)

zentrale, verkehrsgünstige Lage, überdurchschnittliche Scheinzahl, baldmöglichst abzugeben. Zuschr. erb. unter B 6916 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

TOP Landarztpraxis Umgeb. HH

Lang eingeführte umsatz- und gewinnstarke Allg.Arztpraxis, Teil einer Praxisgemeinschaft (Partner freut sich auf neue Zusammenarbeit) zum Anfang 2012 abzugeben. Geregelter Bereitschaftsdienst, gute Infrastruktur, alle Schulen im Ort (13.000 Einwohner). Zuschr. erb. unter H 6924 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Diabetologe/in als Nachfolger in Hamburger Gem. Schwerpunktpraxis

zu 2011/2012 gesucht. Wünschenswert wäre eine internistische Ausbildung. Zuschr. erb. unter U 6946 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FA für Orthopädie mit KV-Sitz sucht Praxisassoziation in HH

umfassendes operatives Spektrum, vorwiegend arthr. Chirurgie, insbesondere Schulterarthroskopie, wird geboten. Auch breite konserv. Ausbildung gegeben. Zuschr. erb. unter M 6934 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Jobsharingassistent(in)

für allg.med. Gemeinschaftspraxis zur Entlastung des Seniorpartners (Hamburger Westen) gesucht. Spätere Beteiligung erwünscht. Zuschr. erb. unter N 6935 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kollegin für Hausarzt-Praxis in Hamburg-West gesucht.

Zuschr. erb. unter O 6936 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxiserfahrene Kinderärztin sucht

Einstieg in Praxis/ggf. Übernahme. Zuschr. erb. unter V 6948 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

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

Hausärztliche GM-Praxis

Ausbaufähiger GP-Anteil mit KV-Sitz abzugeben, HH Nord. Zuschr. erb. unter K 6927 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Dermatologische Praxis SH

ertragsstarke, moderne Einzelpraxis in zentraler Lage, Ende 2011 abzugeben
www.promedis.de
Telefon 04340-402811

Inneneinrichtung

m04 – innenarchitekten
planen, beraten und einrichten aus einer hand
tel. 040.86 68 46 00 - www.m04.de

Praxis Einrichtung/Praxismöbel

Praxis Einrichtungen

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

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

Balint-Gruppe

Balintgruppenplätze frei

in Altona, Mittwoch abends, T.: 431 830 40, www.arnhild-uhlich.de

Geplant ab 20. Okt. (Mi. ca. 17-20 Uhr) zortlaufend in FA-Praxis Dr. Braun, Neuer Wall, 373492, mail.dr.gesibra@yahoo.de (bis Dez. 30 Pkte.)

Praxisräume

2 Therapieräume in Ottensen frei in Praxengemeinschaft (TP) ab Oktober. 25 m²/650,- u. 12 m²/440,-, auch einzeln, ruhige Hoflage, Tel.: 040/39 19 85 57 od. 040/39 80 84 60.

Praxisraum im HH-Westen

sehr verkehrsgünst. gelegen, ab 17 Uhr stdw. (z. B. an Psychotherapeuten) zu vermieten. Wochentage nach Absprache, Tel.: 0176-496 28 677.

FÄ Psychotherapie sucht

neue Praxis/Praxisraum in zentraler Lage: HH-West – City, Tel.: 0173 242 34 89

Bahrenfelder Chaussee 77

137 m² Büro-/Praxis-/Landenfläche, EG, EURO 8,00/m² + NK + MW, Klaus Köser GmbH, Tel.: 89 22 85.

Praxiseinrichtung/ Praxismöbel/ Med. Geräte

Praxismobiliar wegen Umzug günstig abzugeben:

Kompl. Anmeldung mit Tresen und Karteischränken (Farbkombin. Buche/blau), 10 Jahre alt, gut erhalten; 2 Bürodrehstühle, Regal-/Schrankkombin. für Sprechzimmer (Buche). Für Selbstabholer – Preis VB, Tel.: 040/72 54 57 19-20.





Der Weg in die eigene Praxis lohnt -

Praxisübernahme, -kooperation und -neugründung

Sa. 20.11.10

Steigenberger Hotel Hamburg

Heiligengeistbrücke 4

20459 Hamburg

von 10 Uhr bis 16 Uhr

Anmeldung zu diesem Seminar:

/A/S/I/

Wirtschaftsberatung AG

Geschäftsstelle Hamburg

Dipl. Kfm. Michael Müller

Binderstraße 24

20146 Hamburg

Tel: 040 311 608-17, Fax: 040 440 897

E-Mail: michael.mueller@asi-online.de

www.asi-online.de



Kaiserin Friedrich-Haus

Veranstaltungen

der Kaiserin Friedrich-Stiftung
für das ärztliche Fortbildungswesen

22. – 27.11.2010 **96. KLINISCHE FORTBILDUNG**
für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner
und Internisten
17. – 28.01.2011 **14. WIEDEREINSTIEGSKURS**
für Ärztinnen und Ärzte nach
berufsfreiem Intervall
- 25./26.02.2011 **40. SYMPOSION FÜR
JURISTEN UND ÄRZTE:**
Der Arzt vor Gericht – als Prozesspartei,
Angeklagter und Gutachter

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



Gesellschaft zum Studium der Akupunktur

Budgetfreies Geld

Akupunktur-KOMPAKT-Kurse für Anfänger (Block A, B & C oder Block D, E & G – 72 UE) und Fortgeschrittene (Refresher/Hospitation, QZ – 60 UE)

Psychosomatische GV (50 UE), Spez. Schmerztherapie (80 UE)

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

Club MAGIC LIFE Fuerteventura Imperial, Spanien

Termin: 18.11. bis 27.11.2010

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

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

EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

Berufsbildungsstätte der
Ärztammer Schleswig-Holstein



AUFSTIEGSFORTBILDUNGEN MIT STAATLICHER ANERKENNUNG

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

WEITERBILDUNGEN

- **Strahlenschutzkurs für medizinisches Assistenzpersonal**
(90 Ustd.), Termine auf Anfrage
- **Diabetesassistentin**
(184 Ustd.), 4. Seminarreihe, Beginn: September 2011

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

Ultraschall-Grundkurs in Eckernförde

Abdomen und Schilddrüse incl. Einführung
Doppler, gem. KBV und DEGUM
11.–14. November 2010 - 380 €
Prof. Dr. D. Becker, imland Klinik Eckernförde
dirk.becker@imland.de
Telefon: 043 51/8823 01 · Fax: 88 25 13

Mediation

Konflikte nachhaltig klären

Britta Berberich
Telefon: 0171/483 04 46
www.bp-coaching-mediation.de

Medizintechnik



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 Lillienthal
Tel. 04298 915302
Fax 915303
Mobil 0160 4704683
www.gallein-medizintechnik.de

Approved Partner
Descriptor
Descriptor continued
SIEMENS

Finanzierung mit Siemens
Finance & Leasing GmbH

GALLEIN)))
Medizintechnik

20 Jahre
Erfahrung im Ultraschallbereich

Medizinische Geräte



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

Nano- Versiegelung

Wir versiegeln NANO-antibakteriell
Kliniken – Krankenhäuser
Arztpraxen – Alteneinrichtungen

Jahrelange Lebensdauer
Verringern Sie Risiko
Werten Sie Ihr „Image“ auf

NANO-antibac-Versiegelungen
E-Mail: info@friedrich-nano.de
Fax: 040-650 337 31

Wirtschaftsberatung für Mediziner

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

- Begleitung von Praxisübergaben
- Praxis- und Immobilienfinanzierungen
- Versicherungskonzepte für Mediziner

promedis
Für Ihre finanzielle Gesundheit

Am Dörpsdick 2, 24109 Melsdorf/Kiel
Tel. 04340-402811 / www.promedis.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

Beratung



Einladung zum Existenz- gründerforum:

„Der Weg in die
eigene Arztpraxis“

Wir helfen Ihnen, das „Wie“ und „Wo“ in den Griff
zu bekommen, von der Gründungsphase bis hin zur
betriebswirtschaftlichen Beratung.

Veranstaltung am 10. 11. 2010 um 18.00 Uhr
**Ort: Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
Humboldtstr. 60, 22083 Hamburg**

Themenschwerpunkte:

- Grundsätzliches zur Niederlassung
- Praxisfinanzierung
- Kaufpreisfindung
- Praxisvermittlung

 deutsche apotheker-
und ärztebank

Organisation und Anmeldung:

Deutsche Ärzte Finanz
Service-Center Hamburg Dorka
Stresemannallee 118 · 22529 Hamburg
Telefon: 0 40/54 75 45-23
E-Mail: ute.nebelsieck@aerzte-finanz.de

DEUTSCHE ÄRZTE

FINANZ

Steuerberatung



wirtschaftliche und steuerliche Beratung
für Heilberufler

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

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

Zum 4. Mal in Folge ausgezeichnet!



Die Steuer- berater für Ärzte

Krumbholz König & Partner

Steuerberatung • Unternehmensberatung

Tel. 040/554 994 0 | info@krukoe.de | www.krukoe.de

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

Steuerberatung für Ärzte seit über 40 Jahren

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

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



© by aetikon.com



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

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: 040/2 09 44 90
Telefax: 040/2 09 44 910

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

Online-Anzeigenannahme
www.wels-verlag.de

„3 in 1“ - Akupunktur-Weiterbildung
Kurse unter südlicher Sonne, AK anerkt.

www.gsa-akupunktur.de
Infos: 09331-87400

Bitte beachten Sie:
Anzeigenschluss für die
November-Ausgabe
ist am **20. Oktober**

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

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

Bestattungen

Ertel

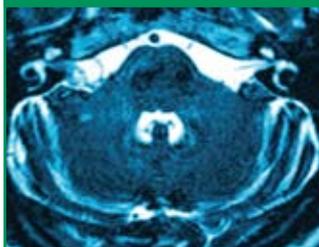
Beerdigungs-Institut

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

Filialen

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

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



Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 20. Oktober 2010, 17:00 bis 19:00 Uhr

Das Akustikusneurinom – Therapie und Rehabilitation ③*

Gemeinsam mit der Abteilung HNO, dem Bereich Strahlentherapie des UKE und der Selbsthilfegruppe VAN präsentieren und diskutieren wir unsere Behandlungsergebnisse.

Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Abt. für Neurochirurgie

Ort: Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Haus 12, Raum 1, Tangstedter Landstr. 400, 22419 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 36 73

E-Mail: a.juers@asklepios.com

Mittwoch, 20. Oktober 2010, 17:00 bis 21:00 Uhr

Chirurgie für die Praxis 2010 ⑤*

Wir geben einen Überblick über aktuelle Themen. Schwerpunkt ist u.a. die Nachsorge nach Operationen.

Asklepios Westklinikum Hamburg, Chirurgische Klinik

Ort: Hotel Süllberg, Süllbergsterassen 12, 22587 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 81 91-24 09

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 18:00 bis 19:30 Uhr

Der juristische Notfall – Damit keine Klagen kommen ②*

Im Vordergrund dieser Vorlesung steht die praktische Handhabung der Patientenverfügung.

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Unternehmensbereich IVF-Risikomanagement

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek, Tagungsraum in der Geriatrie, Alphonsstr. 14, 22043 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 65 79

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 16:30 bis 18:30 Uhr

Bildgebende Diagnostik der Lungenembolie ③*

Wir stellen die beiden wichtigsten Verfahren mit Vor- und Nachteilen vor.

Asklepios Klinik St. Georg, Abt. für Nuklearmedizin

Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Haus J, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 22 75

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 17:30 bis 20:00 Uhr

ASS / Clopidogrel – Therapie, Resistenzen, Diagnostik und alternative Behandlung ③*

Erfahrungsaustausch über Thrombozytenaggregationshemmer und Besichtigung des Labors.

MEDYLIS Laborgesellschaft mbH

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal,

Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 54

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 17:00 bis 20:00 Uhr

5. Viszeralmedizinisches Symposium ④*

Behandelt werden schwerpunktmäßig Themen an der Schnittstelle zwischen Viszeralmedizin und Gastroenterologie. Asklepios Klinik Wandsbek, Viszeralmedizin – Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gastroenterologie

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 32

Freitag, 29. Oktober 2010, 16:00 bis 19:00 Uhr und

Samstag, 30. Oktober 2010, 9:00 bis 17:30 Uhr

3. Workshop Beatmung ⑬*

Vorstellung des aktuellen technischen Standes und Anwendungsmöglichkeit in Kleingruppen.

Asklepios Klinik Barmbek, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Teilnahmegebühr: 75,- €

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

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

Samstag, 30. Oktober 2010, 9:00 bis 15:00 Uhr

EKG-Seminar für Anästhesisten / Notärzte ⑧*

Fortbildung zur EKG-Differentialdiagnostik.

Asklepios Klinik Altona, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Teilnahmegebühr: BDA-/DGAI-Mitglieder: 50,- €, Nicht-Mitglieder: 70,- €

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

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-81 49 15

Mittwoch, 3. November 2010, 18:00 bis 20:00 Uhr

Neue Bildgebungsverfahren in der Kardiologie ③*

Überblick über die bildgebende Diagnostik im kardiovaskulären Bereich.

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

Ort: Mövenpick Hotel Hamburg, Sternschanze 6, 20357 Hamburg

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

Mittwoch, 3. November 2010, 17:00 bis 19:00 Uhr

Arzneimittelkompatibilität – Traum oder Alptraum? ③*

Vortrag aus pharmazeutischer Sicht mit anschließender Diskussion.

Asklepios Klinik Altona, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal,

Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 15

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Samstag, 6. November 2010, 9:00 bis 13:00 Uhr

1. Interdisziplinäres „hand-in-hand“ Symposium Orthopädie-Physiotherapie ⑤*

Gegenstand der interdisziplinären Veranstaltung sind neue Trends in Therapie und Rehabilitation bei Sportverletzungen.

Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Unfall- und Orthopädische Chirurgie

Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 4, Mehrzweckhalle, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 32 12

Samstag, 6. November 2010, 9:30 bis 14:30 Uhr

Hamburger Parkinson-Symposium ⑤*

Überblicksveranstaltung mit Erfahrungsaustausch sowohl für niedergelassene wie für klinisch tätige Ärzte.

Neurolog. Abteilungen Asklepios Klinik Harburg und Barmbek

Ort: Lindner Hotel am Michel, Neanderstr. 20, 20459 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 30 92

Mittwoch, 10. November 2010, 18:00 bis 20:30 Uhr

Herz- und Gefäßkrankungen im Alter ③*

Wir bieten Vorträge zu verschiedenen Aspekten sowie die Möglichkeit zum kollegialen Austausch.

Asklepios Klinik Altona, II. Medizinische Abteilung

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal, Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 05

Mittwoch, 10. November 2010, 18:00 bis 20:00 Uhr

Herzrhythmusstörungen im Rettungsdienst – Was sollte unterlassen werden? ③*

Vortrag im Rahmen des Hamburger Notfallmedizinischen Kolloquiums.

Asklepios Klinik St. Georg, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

Mittwoch, 10. November 2010, 13:15 bis 18:00 Uhr

IV. Ochsenzoller Psychiatrietag ⑥*

Schwerpunkt der diesjährigen Veranstaltung sind psychiatrisch-psychosomatische Krankheitsbilder. Vorstellung d. neuen Station.

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 12 45

Freitag, 19. November 2010, 14:00 bis 19:30 Uhr und

Samstag, 20. November 2010, 9:15 bis 15:15 Uhr

1. Neuro-Pädiatrischer und Neuro-Orthopädischer Kongress ⑫*

In vielfältigen Vorträgen renommierter Referenten werden aus ärztlicher und physiotherapeutischer Sicht unterschiedliche Pathologien und Therapiemöglichkeiten thematisiert.

Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Abt. für Kinderheilkunde und Neonatologie

Teilnahmegebühr: Bitte erfragen.

Ort: Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Haus 12, Raum 1, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg

Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 87 88 50 72.

E-Mail: kongress@pomarino.de

Samstag, 20. November 2010, 9:00 bis 14:00 Uhr

IV. Diabetes-Symposium ⑦*

Verschiedenste Aspekte des Diabetes mellitus sowie neue Therapieansätze werden vorgestellt und diskutiert.

Asklepios Klinik St. Georg, Allgemeine und Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie & Stoffwechsel

Ort: Hotel Grand Elysee, Rothenbaumchaussee 10, 20148 Hamburg

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

Samstag, 20. November 2010, 9:00 bis 16:30 Uhr

Symposium Thoraxanästhesie ⑧*

Es werden grundlegende Kenntnisse zur Anästhesie und praktische Übungen zur Versorgung thoraxchirurgischer Patienten vermittelt.

Asklepios Klinik Harburg, Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Teilnahmegebühr: 30,- €

Ort: Hotel Lindtner, Heimfelder Str. 123, 21075 Hamburg

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

E-Mail: L.goetze@asklepios.com

*Fortbildungspunkte

(weitere Termine umseitig)

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie