

12•11

10. Dezember · 65. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Delegiertenversammlung
Geld verdienen, aber
nicht auf Kosten anderer

Gesundheitspolitik | 22

Ambulante Versorgung
Hamburg ein
Notstandsgebiet?

Forum Medizin | 30

Reißverschluss
ade – und nun
„Schwamm drüber“?

Das Thema | 12

Perfektion und Exzellenz

Erinnerungen an *John W. Kirklin*

Prof. Dr. Jörg Ostermeyer würdigt in seiner
Abschiedsrede den amerikanischen Herzchirurgen





Hanseatische Klinikkonferenzen

Nr. 17: Altersmedizin für Hausärzte und Allgemeinmediziner

Samstag, 21. Januar 2012, 9:00–14:00 Uhr

Moderation: Dr. Peter Flesch, Asklepios Klinik Nord – Heidberg

Geht's noch? – Funktionsverlust als Wendepunkt der
Behandlungsstrategie alter Menschen

- ▶ Dr. Peter Flesch, Chefarzt Geriatrie,
Asklepios Klinik Nord – Heidberg

Demenz und häusliche Gewalt – Wenn Angehörige vor dem
Burnout stehen

- ▶ Andreas Feige, Oberarzt Gerontopsychiatrie,
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

Die verkannte Depression im Alter aus ambulanter Sicht

- ▶ Hermann-Alexander Jungfer, niedergelassener Facharzt
für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Gesundheits-
zentrum Ochsenzoll

Depression im Alter – Wenn eine ambulante Behandlung
nicht mehr ausreicht

- ▶ Dr. Claus Wächtler, Chefarzt Gerontopsychiatrie,
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

Moderation: Dr. Ann-Kathrin Meyer, Asklepios Klinik Wandsbek

Multimedikation – Ein echtes Problem

- ▶ Dr. Ann-Kathrin Meyer, Chefarztin Geriatrie,
Asklepios Klinik Wandsbek

Rechtliche Vorgaben zur Vorsorgevollmacht –
Aufgabe für Hausärzte?

- ▶ RA Uwe Brocks, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin-
recht, Vertrauensanwalt der Hamburger Patienteninitiative e.V.

Die medikamentöse Schmerztherapie im Alter

- ▶ Dr. Anneke Schulz, Oberärztin Geriatrie,
Asklepios Klinik Wandsbek

Psychosomatische Schmerztherapie

- ▶ Lars Lauk, Oberarzt Klinik für Psychosomatische Medizin,
Asklepios Westklinikum Hamburg

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.

21.01.12 - Nr.17: Altersmedizin
18.02.12 - Nr.18: Pneumologie
21.04.12 - Nr.19: Orthopädie
02.06.12 - Nr.20: Herz- und Gefäßmedizin
22.09.12 - Nr.21: Psychosomatik
10.11.12 - Nr.22: Neuro-Medizin

*Neue Termine
2012*

Veranstalter

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Asklepios Klinik Nord – Heidberg & Ochsenzoll

Asklepios Klinik Wandsbek

Asklepios Westklinikum Hamburg

Asklepios MVZ Nord GmbH

www.asklepios.com

in Kooperation mit der Asklepios Ärzteakademie

Veranstaltungsort

Museum für Völkerkunde Hamburg

Rothenbaumchaussee 64

20148 Hamburg

Anmeldung

www.asklepios.com/klinikkonferenzen

Teilnahmegebühr

kostenlos

Kongressorganisation

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Ärzteakademie

Frau Lena Götze

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

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

E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Anerkennung

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

Weitere und aktuelle Informationen

www.asklepios.com/klinikkonferenzen



Offizieller Hauptsponsor

OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit



Dr. Hanno Scherf
Internist und Schriftleiter des
Hamburger Ärzteblattes

»Nie war es herrlicher,
Medizin zu erleben.«

Danksagung und Dankbarkeit

„Drei Finger tun's, sagt man vom Schreiber, aber ganz Leib und Seel arbeiten dran“. In Martin Luthers Satz erkenne ich mich, der ich fast zwei Jahrzehnte fürs Hamburger Ärzteblatt schreiben durfte und als Schriftleiter zwölf Jahre den „Blauen Heinrich“ gestalten konnte.

Mit meinem 55. Editorial verabschiede ich mich nun und möchte mich bedanken für Ihr Interesse an unserem Standesblatt, das mir häufig bekundet wurde. Resonanz gefunden zu haben, beglückt. Ich bin den Herausgebern dafür dankbar, dass sie mich „einfach machen ließen“. Goethe formulierte es 1786 an Frau von Stein so: „Denn ich sage immer: wer sich mit der Administration abgibt, ohne regierender Herr zu sein, der muss entweder Philister oder ein Schelm oder ein Narr sein.“

Visionen meines ersten Editorials für das künftige Blatt wurden umgesetzt und erschienen als Selbstverständlichkeiten elf Mal jährlich: „Der besondere Fall“, die Rubriken „Bild und Hintergrund“, „Die Blaue Seite/ Der Blaue Heinrich“, die Karikatur sowie „Ihre Diagnose“. Sie waren erbauliche Korsettstäbe, die berufspolitisch Angenehmes und naturgemäß meist Unangenehmes einzwängten, auflockerten, erträglich machten. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern ist nun regelmäßig mit einem lehrreichen Kasus präsent, der Fehler aufzeigt oder bestreitet.

Mein Dank gilt allen Kollegen und Kolleginnen, die Beiträge einbrachten, insbesondere den „Wiederholungsschreibern“. Ohne sie, die Professoren Volker Lehmann und Stefan Winkle, die Doktores Hans Melderis und Kai Sammet, wäre die medizingeschichtliche und kulturhistorische Breite in Kontinuität nicht möglich gewesen; ohne Professor Guntram Lock und Dr. Christa Schmidt das monatliche Rätsel „Ihre Diagnose“ nicht zustande gekommen.

Besonderer Dank gilt den Damen der Redaktion in diesen Jahren, Heidi Schmidt und Nicola Timpe. Mit ihnen zu arbeiten war kreatives Vergnügen. Weiter danke ich dem mir wohlwollenden Geschäftsführer Donald Horn mit seinem trockenen Humor. Er sorgte für Anzeigen, graphischen Relaunch und erstellte Jahresbilanzen mit zuletzt deutlich

vermindertem Minus bei Auflagensteigerung von 12.000 auf 16.000 Exemplaren.

Dankbar ist festzustellen, dass meine Medizinergeneration viel Glück und vieles einfacher hatte, sich mit manch ungeliebt Neuem weniger auseinandersetzen musste, wie finanzieller Unsicherheit, überbordender Bürokratie, überzogener Qualitätssicherung. Ich durfte erleben, wie sich die Medizin in den vergangenen 40 Jahren zum imponierenden Wissensgebäude mauserte, in dem moderne Diagnostik und Therapie ihren heute selbstverständlichen Platz erst einnahmen. Erst meiner Generation standen Ultraschall, Endoskopie, mikroinvasive Chirurgie zur Verfügung, der Segen der interventionellen Verfahren, CT, MRT, PET, PCR, moderne Genetik sowie neue Werkstoffe, Computer und papierlose Praxis. Pathophysiologisches Wissen und Krankheitsverständnis erfuhren in diesen Jahren größten Zuwachs. Die Borreliose beispielsweise wurde verstanden und heilbar; AIDS trat auf und konnte aufwändig therapiert werden so wie die erkannten verschiedenen Formen der Hepatitis. Das Ulcusleiden wurde als heilbare Infektionskrankheit verstanden. Intensivmedizin, Gelenkersatz und Organtransplantation wurden zur Selbstverständlichkeit.

Die Medizin wurde effizient, teuer, zum Gewerbe, zum Politikum, wurde manchem suspekt, gab und gibt sich auch mal alternativ, ganzheitlich oder chinesisch traditionell.

„Nie war es herrlicher zu leben“ lautet der Buchtitel des leistungswerten Tagebuchs des Herzogs von Croÿ am Hof von Versailles aus dem 18. Jahrhundert. („Der königliche Pockentod“ in „Bild und Hintergrund“ ist ihm entnommen). „Nie war es herrlicher, Medizin zu erleben“ ist ein gutes Fazit der vergangenen Jahrzehnte.

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

Zehn Jahre
Patientenberatung

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

12·11

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Jörg Ostermeyer, ehemaliger Chefarzt der Herzchirurgie an der AK St. Georg, hat in seiner Abschiedsrede den Herzchirurgen John W. Kirklin gewürdigt (Seite 12). **Prof. Dr. Wolfgang Schwenk**, Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Zentrum für minimalinvasive und onkologische Chirurgie der AK Altona, berichtet über seinen Auslandseinsatz in Libyen (Seite 30). **Dr. Keihan Ahmadi-Simab**, Chefarzt der IV. Medizinischen Abteilung Rheumatologie, klinische Immunologie, Nephrologie, Asklepios Rheumazentrum Hamburg, AK Altona, untersucht, ob die Biologika-Therapie auch bei Kollagenosen sinnvoll ist (Seite 34).



Das Thema

- 12 **Erinnerungen an John W. Kirklin**
Abschiedsrede vom 15.9.2010
Von Prof. Dr. Jörg Ostermeyer

Service

- 6 Gratulation
7 In memoriam
8 Verlorene Arztausweise
23 Sono Quiz
27 Sicher verordnen
28 Terminkalender
37 Bibliothek
41 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Nachruf Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe · Ricarda Klein gestorben · Formalien bei Verschreibungen genau einhalten · Mit-Denken bei Medikamentenmissbrauch · Unsicherheit beim Thema Sexualmedizin · Hilfe für Eltern bei Problemen mit dem Nachwuchs · Junge Erwachsene gegen Masern impfen · EHEC – eine Rückschau

Gesundheitspolitik

- 18 **Delegiertenversammlung** · Geld verdienen, aber nicht auf Kosten anderer. Von Sandra Wilsdorf
20 **Vertreterversammlung** · Wird Versorgung planbar? Von Franziska Schott
22 **Ambulante Versorgung** · Hamburg ein Notstandsgebiet? Von Dr. Michael Späth

Forum Medizin

- 24 **10 Jahre Patientenberatung** · Am Anfang war ein Karteikasten. Von Dorte Kieckbusch
30 **Peritonitis** · Reißverschluss ade – und nun „Schwamm drüber“? Von Dr. Christopher Pohland, Prof. Dr. Wolfgang Schwenk
34 **Der besondere Fall** · Biologika-Therapie auch bei Kollagenosen? Von Joachim Ebel, Prof. Dr. Angela Gause, Prof. Dr. Christian Hagel, Dr. Keihan Ahmadi-Simab
36 **Aus der Schlichtungsstelle** · Hüftdysplasie übersehen. Von Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl
38 **Bild und Hintergrund** · Königlicher Pockentod. Von Dr. Hanno Scherf
40 **Versorgung Wohnungsloser** · Organisierte Unzuständigkeit. Von Petra Hofrichter, Rebecca Süselbeck
41 **Der blaue Heinrich** · Natur-Blues. Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 42 **Ärztchamber Hamburg** · Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte
42 · 44 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: RSD Reise Service Deutschland; Wilhelmstift – Klinische Fortbildungsveranstaltungen 2012; Enddarmzentrum Harburg/Dr. med. Manfred Giensch

Gratulation

zum 85. Geburtstag

26.12. **Dr. med. Gerhard Winter**
Facharzt für Anästhesiologie

zum 80. Geburtstag

18.12. **Dr. med. Ruth Bürger**
Fachärztin für Innere Medizin

05.01. **Dr. med. Harald Hückstädt**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

14.01. **Dr. med. Peter Krueger**
Facharzt für Radiologie

zum 75. Geburtstag

07.01. **Dr. med. Christa Hain**
Fachärztin für Innere Medizin
Fachärztin für Anästhesiologie

13.01. **Dr. med. Assad Elmohamed**
Facharzt für Pathologie

13.01. **Prof. Dr. med. Konstantin Martin**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

zum 70. Geburtstag

18.12. **Dr. med. Jürgen Valentin**
Facharzt für Innere Medizin

23.12. **Dr. med. Elmar Müller**
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

03.01. **Dr. med. Gerhart Voltz**
Facharzt für Innere Medizin

03.01. **Dorothee von Bülow**
Fachärztin für Anästhesiologie

06.01. **Dr. med. Goetz Greese**
Facharzt für Radiologie

06.01. **Dr. med. Maren ü el**
Fachärztin für Psychotherapeutische
Medizin

07.01. **Christine Hildebrandt**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

10.01. **Dr. med. Hans-Joachim Funke**
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

11.01. **Dr. med. Helga Kruse**
Fachärztin für Anästhesiologie

15.01. **Dr. med. Eugen Wiemer**
Facharzt für Chirurgie

zum 65. Geburtstag

16.12. **Dr. med. Andreas Schmitz**
Facharzt für Innere Medizin

18.12. **Dr. med. Christoph Hartmann**
Arzt

18.12. **Marilen Kreutzkamp**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

25.12. **Dr. med. Richard Chrobok**
Facharzt für Augenheilkunde

26.12. **Franz Hölscher**
Facharzt für Innere Medizin

27.12. **Dr. med. Joachim Koschnitzke**
Facharzt für Augenheilkunde

28.12. **Dr. med. Dorothea Walter**
Fachärztin für Innere Medizin

Nachruf Am 7. November ist Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Ehrenpräsident und ehemaliger Präsident der Bundesärztekammer, verstorben.

Integrationsfigur der deutschen Ärzteschaft

Der langjährige Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), des Deutschen Ärztetages und der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, ist am 7.11.2011 im Alter von 71 Jahren verstorben.



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

Mit Hoppe verliert die deutsche Ärzteschaft viel zu früh nicht nur einen ihrer großen Präsidenten und einen leidenschaftlichen Kämpfer für den freiheitlichen Arztberuf, sondern auch einen ganz außergewöhnlichen Menschen. In einem politischen Umfeld, in dem täglich um Geld, Macht und Interessen gerungen wird, ist er Arzt geblieben und hat sich seine Menschlichkeit bewahrt. Er ist mit Intelligenz und Witz, mit Nachdruck und Leidenschaft täglich für die Belange von Ärzten und Patienten eingetreten. Es ging ihm nie um Macht, immer nur um Medizin. Deshalb war er ein glaubwürdiger Vertreter der deutschen Ärzteschaft. Er war in schwierigen Zeiten die Integrationsfigur der deutschen Ärzteschaft. Er wurde geschätzt für seine Aufrichtigkeit, seinen Anstand und seine Charakterstärke. Er war intelligent, humorvoll, warmherzig, stets bescheiden und doch unnachgiebig in der Sache.

Über viele Jahre hat Hoppe die Politik und das Ansehen der deutschen Ärzteschaft maßgeblich geprägt. Immer

wieder hat er dabei drängende Probleme der Zeit angesprochen, auch wenn sie unpopulär waren. Gegen alle politischen Widerstände hat er gesellschaftliche Diskussionen angestoßen wie zuletzt die Debatte um Rationierung und Priorisierung in der Medizin. Er hat vor der Kommerzialisierung der Medizin ebenso gewarnt wie vor der staatlichen Überreglementierung der Freiberuflichkeit des Arztberufes.

Besonders am Herzen lag Hoppe die Ethik in der Medizin. Dabei hat er die Ansichten der Ärzteschaft zu Themen wie der ärztlichen Sterbehilfe und der Präimplantationsdiagnostik stets mit großer Kenntnis und viel Bedacht vertreten und so dafür gesorgt, dass die Bundesärztekammer heute als ethische Instanz gesehen wird.

Hoppe wurde am 24. Oktober 1940 in Thorn an der Weichsel geboren. Von 1960 bis 1965 studierte er Medizin an der Universität zu Köln. 1975 absolvierte er die Weiterbildung in den Fachgebieten Pathologie und Allgemeinmedizin. Bis 1977 arbeitete er als Oberarzt am Institut für Pathologie des Städtischen Krankenhauses Solingen, bevor er an das Krankenhaus Düren wechselte, wo er bis 1982 als Oberarzt und zwischen 1982 und 2006 als Chefarzt des Instituts für Pathologie tätig war. Auch nach seiner Pensionierung 2006 arbeitete er im Krankenhaus Düren als niedergelassener Pathologe.

Als Hoppe 1970 und 1971 im Streit um eine Vergütung der Bereitschaftsdienste den ersten Streik des Marburger Bundes mitorganisierte, den berühmten „Bleistiftstreik“, entdeckte er seine Leidenschaft für die ärztliche Berufspolitik, die ihn sein gesamtes Leben nicht wieder losließ. 1975 wurde er Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes, von 1979 bis 1989 stand er dem Verband als erster Vorsitzender vor. 1991 wurde er zum Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages gewählt, 1993 zum Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein. 1999 schließlich folgte er Prof. Dr. Karsten Vilmar im Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Zwölf Jahre lang, bis zum 2. Juni diesen Jahres, führte er die Geschicke der deutschen Ärzteschaft. Der Arztberuf war seine große Passion. Mit Jörg Hoppe geht ein guter Mensch, ein großartiger Arzt und ein echter Anwalt der Patienten von uns. Die deutsche Ärzteschaft trauert um einen großen Kollegen.

Dr. Frank Ulrich Montgomery

Ricarda Klein gestorben

Am 13. November ist Ricarda Klein im Alter von 66 Jahren nach kurzer und schwerer Erkrankung verstorben. Klein war 2009 nach langjährigem Wirken als Pflegedirektorin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in den Ruhestand getreten. Sie hat ihr berufspolitisches Engagement ehrenamtlich als Vize-Präsidentin des Deutschen Pflegesrates (DPR) und als Geschäftsführerin des Verbandes der Pflegedirektor/innen der Universitätskliniken (VPU) fortgesetzt. Sie war Gründerin und Vorsitzende des VPU und Vorsitzende der European Nurse Director Association (ENDA). Anfang 2011 wurde sie vom Bundespräsidenten in Anerkennung ihrer Verdienste mit dem Bundesverdienstorden der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Gewürdigt wurde Klein für ihren uneigennütigen Einsatz in der Patientenpflege. Mit ihrem Wirken hat sie wesentliche Impulse gegeben, die dazu geführt haben, dass die Bedeutung der Pflege für Patientinnen und Patienten und der gesamte Behandlungsprozess stärker in den Vordergrund getreten sind. | *hüb*



Ricarda Klein

Formalien bei Verschreibungen genau einhalten

Die Apothekerkammer Hamburg bittet Ärztinnen und Ärzte, § 9 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) genau zu berücksichtigen. Vermeintliche oder tatsächliche Fehler bei ärztlichen Verschreibungen werden von gesetzlichen Kassen immer häufiger zum Anlass genommen, den Apotheken die Bezahlung verordnungsgemäß gelieferter Arzneimittel zu verweigern.

(1) Auf dem Betäubungsmittelrezept sind anzugeben:

1. Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den das Betäubungsmittel bestimmt ist; (...),
2. Ausstellungsdatum,
3. Arzneimittelbezeichnung, soweit dadurch eine der nachstehenden Angaben nicht eindeutig bestimmt ist, jeweils zusätzlich Bezeichnung und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit, bei abgeteilten Zubereitungen je abgeteilter Form, Darreichungsform,
4. Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form,
5. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, daß dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „Gemäß schriftlicher Anweisung“; im Falle des § 5 Abs. 8 zusätzlich die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen,
6. in den Fällen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und des § 4 Abs. 2 Satz 2 der Buchstabe „A“, in den Fällen des § 5 Abs. 4 Satz 1 der Buchstabe „S“, in den Fällen des § 5 Absatz 8 Satz 1 zusätzlich der Buchstabe „Z“, in den Fällen des § 7 Abs. 5 Satz 3 der Buchstabe „K“, in den Fällen des § 8 Abs. 6 Satz 5 der Buchstabe „N“,
7. Name des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer,
8. in den Fällen des § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 3 der Vermerk „Praxisbedarf“ anstelle der Angaben in den Nummern 1 und 5,
9. Unterschrift des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, im Vertretungsfall darüber hinaus der Vermerk „i. V.“.

(2) Die Angaben nach Absatz 1 sind dauerhaft zu vermerken und müssen auf allen Teilen der Verschreibung übereinstimmend enthalten sein. Die Angaben nach den Nummern 1 bis 8 können durch eine andere Person als den Verschreibenden erfolgen. Im Falle einer Änderung der Verschreibung hat der verschreibende Arzt die Änderung auf allen Teilen des Betäubungsmittelrezeptes zu vermerken und durch seine Unterschrift zu bestätigen. | *hüb*

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 01.01. **Dr. med. Hans-Henning Hagemann**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 01.01. **Joachim Umland**
Facharzt für Augenheilkunde
- 03.01. **Dr. Tamer Bamyacioglu**
Facharzt für Chirurgie
- 03.01. **Dr. med. Wilmhard Borngräber**
Facharzt für Innere Medizin
- 03.01. **Dr. med. Peter Cleves**
Facharzt für Innere Medizin
- 04.01. **Dr. med. Renate Maurach-Kimmig**
Ärztin
- 05.01. **Dr.med. dent. Martin Opitz**
Arzt
- 06.01. **Dr. med. (Univ. Zürich) Huaying Qiu**
Ärztin
- 07.01. **Dr. med. Elisabeth Wilhelmi**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 10.01. **Prof. Dr. med. Wolfgang Schulze**
Arzt
- 11.01. **Katharina Spitzer**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 15.01. **Dr. med. Friedrich Wilhelm**
Facharzt für Orthopädie

Vom 65. Lebensjahr an sowie alle weiteren fünf Jahre werden unter dieser Rubrik die Geburtstage veröffentlicht.

Falls Sie keine Veröffentlichung im Hamburger Ärzteblatt wünschen, informieren Sie bitte rechtzeitig schriftlich (spätestens drei Monate vor dem Geburtstag) das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg, E-Mail: verzeichnis@aekhh.de.

In memoriam

Dr. med. Hans-Henning Kohlhaas
Facharzt für Anästhesiologie
* 18.07.1943 † August 2011

Dr. med. Horst Mathies
Facharzt für Nervenheilkunde
* 06.10.1918 † 16.08.2011

Dr. Med. Willi Stefani
Facharzt für Anästhesiologie
* 15.10.1935 † 27.09.2011

Dr. med. Amand von Marchtaler
Facharzt für Innere Medizin und
Lungenheilkunde
* 14.09.1921 † 29.10.2011

Verloren

Ausweis von

- B 5916 Dr. med. Frank Baumann
05.06.2002
- C 2240 Dr. med. univ. Roland Hein Bertolini
05.03.2009
- C 739 Friederike Beyer
24.07.2007
- C 4505 Julia Maria Böhm
26.04.2011
- B 3100 Dr. med. Silke Engelder
29.01.1999
- C 1422 Julia Marie Hopp
10.06.2008
- B 7620 Ursula Koken
17.02.2004
- C 3394 Ralph Robert Kürschner
20.05.2010
- C 3344 Simone Müller
23.04.2010
- C 4141 Anna Raphaela Rehwinkel
28.12.2010
- A 371 Jutta Renninghoff
15.11.1983
- B 8727 Dr. med. Gertrud Skrandies
08.04.2005
- C4915 Dr. med. Maxim Turovets
09.08.2011

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

Gefunden

... *Es ist nie zu spät ...*

Eine wahrhaft christliche Entscheidung traf – so kurz vor Weihnachten – die medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität Kiel: Ein Medizinstudent im 108. Semester darf an der Uni bleiben und weiterstudieren. Der 70-jährige Dauerstudent hatte seine Vorprüfung (wahrscheinlich so vor 50 Jahren) bestanden, aber dann irgendwie nicht die Kurve gekriegt. Über persönlichen Gründe des ausgedehnten Studiums ist nichts bekannt. Sollte er sein Studium noch zum Abschluss bringen wollen, bleibt fraglich, ob er sein PJ überlebt ... | *ti*



Veranstaltung Qualitätszirkel Medikamentenmissbrauch berät bei Missbrauch von Benzodiazepinen und „Z-Drugs“.

MIT-DENKEN bei Medikamentenmissbrauch

Im Rahmen der Kampagne „MIT-DENKEN – Bewusster Umgang mit Medikamenten“ stehen die Benzodiazepine und ihr Missbrauchspotential im Mittelpunkt. Um Missbrauch in diesem Bereich zu begrenzen, bedarf es einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern.

Zum Auftakt der Kampagne haben deswegen Apothekerkammer Hamburg, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Ärztekammer Hamburg eine gemeinsame Handlungsempfehlung „Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga“ vorgelegt. Die Handlungsempfehlung beschreibt die Rolle von Ärzten und Apothekern bei einem verantwortungsvollen Umgang mit Verschreibungen dieser Arzneimittel sowie die Interventionsmöglichkeiten bei Missbrauchsverdacht.

Um die Umsetzung der Handlungsempfehlung zu fördern, haben die Beteiligten die Bildung eines interdisziplinären Ärzte/Apotheker-Qualitätszirkels verabredet, dem Vertreter der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Apothekerkammer und des Apothekervereins angehören. Der Qualitätszirkel bietet seine Unterstützung bei allen Problemfällen an, bei denen ein Missbrauch von Benzodiazepinen oder so genannten „Z-Drugs“ (Wirkstoffe: Zolpidem und Zopiclon) vermutet wird, aber zwischen Patient und Arzt oder Arzt und Apotheker kein gemeinsamer Lösungsweg zu finden ist. Der Qualitätszirkel versteht sich dabei als niedrigschwelliges Beratungsangebot. Gelingt es im Einzelfall nicht, aufgeworfene Probleme auf telefonischem Wege zu lösen, so sind die Mitglieder des Qualitätszirkels bereit, mit den beteiligten Kollegen ein gemeinsames Gespräch zu führen.

Wenn Sie dieses Beratungsangebot für Ärzte und Apotheker zur Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Medikamenten in Anspruch nehmen möchten, so wenden Sie sich bitte an die Ärztekammer Hamburg, Dr. Frauke Ishorst-Witte, Hotline Medikamentenabhängigkeit, Tel.: 20 22 99 220, oder an die Pharmakotherapieberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Tel.: 22 802 571, oder an die Apothekerkammer Hamburg, Dr. Reinhard Hanpft, Geschäftsführer, Tel.: 44 80 48 30. | *hüb*





„Der Heilberuf ist ein Traumberuf. Aber er steht vor einigen Herausforderungen. Umso besser, dass meine Bank auch Spezialist im Gesundheitswesen ist. Die apoBank kennt und versteht mich – bereits seit meinem Studium. Für mich ist sie immer die erste Wahl.“

Jeder sucht eine gute Bank.
Ich habe viel mehr als das gefunden.

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

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank



Sexualmedizin Neuer Kurs zu Störungen der Sexualität ab Februar 2012 in der Fortbildungsakademie.

Unsicherheit beim Thema Sexualmedizin

Der Basiskurs Sexualmedizin wird ab Februar 2012 erneut von der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg angeboten. Der Kurs hat einen Umfang von 40 Stunden auf drei Wochenendseminare verteilt und richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen.

Störungen der Sexualität gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern unserer Zeit. Für Betroffene sind sie mit erheblichem Leidensdruck und Auswirkungen auf Gesundheitsempfinden und Lebenszufriedenheit verbunden. Trotzdem geben viele Ärzte bei Befragungen an, dass sie beim Thema Sexualität unsicher sind. Um diesen für jeden Menschen zunächst heiklen, weil intimen Lebensbereich ebenso professionell wie authentisch mit Patientinnen und Patienten ansprechen zu können, braucht es Sachwissen, aber auch eine Auseinandersetzung mit den eigenen sexuellen Normen und Haltungen.

Im Basiskurs werden grundlegende Kenntnisse für Diagnostik und Beratung bei sexuellen Störungen sowie konkrete Interventionsstrategien für den ärztlichen Praxistag vermittelt und die Überweisungskompetenz gestärkt. Neben sexuellen Funktionsstörungen werden Störungen der sexuellen Präferenz, des Sexualverhaltens sowie Geschlechtsidentitätsstörungen angesprochen.

Die Ärztekammer Hamburg ist die erste Ärztekammer bundesweit, die diesen Kurs 2011 in ihr Programm aufgenommen hat. Er wurde von Fachgesellschaften gemeinsam mit dem Bildungssenat der Bundesärztekammer erarbeitet. Beteiligt waren die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT), die Akademie für Sexualmedizin (ASM) und die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS). Leiten werden den Kurs Dr. Ruth Gnirss-Bormet, DGfS, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutische Medizin, Sexualmedizinerin, Kassel; Dr. Dirk Rösing, ASM, Facharzt für Urologie, Andrologie, Psychotherapie, Sexualmedizin, Praxis Demmin, Klinik Greifswald sowie Dr. Martina Weiß, DGSMT, Ärztin, Psychotherapeutin, Sexualmedizinerin, Beratungs- und Therapiezentrum Hannover. Termine: 10./11. Februar, 20./21. April und 25./26. Mai 2012. Der Kurs wird mit 40 Fortbildungspunkten zertifiziert. Veranstaltungsort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg. Anmeldung und nähere Informationen erhalten Sie bei der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg unter 040/202299-307 oder akademie@aekhh.de. | dk

Hamburger Ärzteball verschoben!

Die Tanzschuhe müssen vorerst zurück ins Regal: Aus terminlichen Gründen ist der Hamburger Ärzteball auf das nächste Jahr verschoben worden. Oder, wenn die Schuhe doch schon poliert sind: Am 14. Januar findet ab 21 Uhr der Hamburger Zahnärzteball in den Festsälen des Hotel Atlantic statt. Eingeladen sind auf dem Ball auch Angehörige anderer medizinischer Berufe sowie Freunde und Bekannte.

Die Bankettkarte kostet 70 Euro, die Loungekarte 45 Euro. Karten können im Internet unter www.zahnaerzteball.de bestellt werden. | h**äb**

Öffnungszeiten der Bibliothek

In der Woche vom 27. bis zum 30. Dezember öffnet die Bibliothek des Ärztlichen Vereins jeweils von 10 bis 16 Uhr.

Ab dem 2. Januar 2012 steht das Team der Bibliothek dann wieder zu den gewohnten Öffnungszeiten für Ihre Literaturwünsche zur Verfügung. | h**äb**

Hilfe für Eltern bei Problemen mit dem Nachwuchs

Seit 2002 erhalten Eltern Hilfe am Elterntelefon, wenn es um alltägliche Schwierigkeiten, Befürchtungen und Belastungen im Umgang mit ihren Kindern geht. Jetzt gibt es eine neu eingerichtete Internetadresse, die www.elterntelefon-hamburg.de lautet. Hier finden Eltern alles Wissenswerte über die Arbeit und Sprechzeiten des Elterntelefons. Die bundesweite Einrichtung wird gefördert vom Bundesfamilienministerium und arbeitet unter dem Dach des Deutschen Kinderschutzbundes, Landesverband Hamburg.

Das Berater-Team unterstützt anonym und kostenfrei unter der bundesweiten Telefonnummer: 0800 111 0 550. | h**äb**



Junge Erwachsene gegen Masern impfen

Eines zur Verwirklichung des von der WHO erklärten Ziels, die Masern bis 2015 in Europa zu eliminieren, ist auch Deutschland gefordert, verstärkte Anstrengungen zu unternehmen. Tatsächlich kommt es in Deutschland und anderen Staaten Europas immer wieder zu Masernausbrüchen. Junge Erwachsene, die bislang weder durch eine Erkrankung noch durch eine Impfung vor einer Infektion geschützt waren, sind in nicht unerheblichem Maße von einer Ansteckung betroffen.

Die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) trug diesem Sachverhalt im Rahmen ihrer Impfpfehlungen Rechnung und erweiterte im Juli 2010 die Indikation zur Masernimpfung auf den Kreis der jungen Erwachsenen. Sie empfiehlt als Standardimpfung (Zitat):

„Nach 1970 geborene ungeimpfte bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen ≥ 18 Jahre oder nach 1970 geborene Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus die einmalige Impfung, vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff.“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist dieser Empfehlung in seiner Sitzung am 21.10.2010 gefolgt und hat die Indikation in die Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie übernommen. Mit Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 44 [S. 1068]) vom 18.3.2011 unterliegt die Leistung somit der Finanzierung durch die GKV.

Um auf eine Steigerung der Durchimpfungsrate gegen die Masern in der Bevölkerung hinzuwirken, bittet die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Patientenkontakte zu nutzen und den Impfstatus zu überprüfen. Im Falle bestehender Impflücken sollte auch auf die Möglichkeit einer Impfung gegen die Masern nach Empfehlung der STIKO als Leistung der GKV hingewiesen werden. Die Anordnung ist im Internet unter www.luewu.de/anzeiger/2011/44.pdf nachzulesen. | Anja Westerling, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit



Ausstellung abstrakte Malerei

Vom 5. Januar bis zum 31. März 2012 ist in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg eine Ausstellung der Künstlerin Ricky Winter zu sehen, die in Reinbek bei Hamburg lebt und arbeitet und eng mit der Natur verbunden aufgewachsen ist.

In der Natur Entdecktes und Erfahrenes, sowie im Alltag Geschehenes ist Inspirationsquelle für ihre Bild- und Objektideen. Architektonische Überreste von alten Gebäuden und Gemäuern, Rindenablösungen von morschen Bäumen, Risse in trockenen Böden und abgelagertem Holz, Spuren auf alten Pfaden – dies alles weckt ihr Interesse und dient als Anregung für ihre Malerei.

Das Hauptthema ihres Schaffens ist die Farbe, das zumeist intensive Farbspiel und deren Wirkung. So greift Winter wortwörtlich mit ganzer Hand in die Farbe, benutzt aber auch Pinsel, Spachtel, Schwamm, Lappen und Palettmesser.

Außer der Natur widmet sie sich den Menschen am Rande der Gesellschaft und arbeitet zu diversen Ausschreibungsthematiken.

Seit 2009 widmet sich die Künstlerin neben der Malerei, den seit 2006 entstehenden Papierkunstwerken und Objekten auch der Fotografie. Die Fotos sind, wie sie sind – unbearbeitet.

In der Fortbildungsakademie der Ärztekammer zeigt Winter abstrakte Malerei. Internet: www.rickywinter.de | h**äb**



EHEC – eine Rückschau

Am 18.1.2012 dreht sich in Saal 4 des Ärztehauses von 17 bis 19 Uhr alles um das Thema EHEC. Der am 18.4.2011 von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg eingerichtete Ausschuss „Öffentliches Gesundheitswesen“ lädt zu einer Rückschau auf die Ereignisse während der EHEC-Epidemie ein. Die Aufarbeitung des Geschehens in der Krise soll im Falle weiterer Epidemien bzw. Pandemien Rückschlüsse auf die Zukunft ermöglichen.

Referenten sind Hildegard Esser, Leiterin der Abteilung Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BVG), Prof. Dr. Gérard Krause, Leiter des Helmholtzer Zentrum für Infektionsforschung und der Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI, Dr. Hartmut Horst, Facharzt für Innere Medizin, Beirat der KV Hamburg, Pandemiebeauftragter der KV Hamburg, Pharmakotherapieberater der KV Hamburg, Dr. Artur Schröder, Leiter des Gesundheitsamtes-Wandsbek, sowie Prof. Dr. Andreas van de Loo, Chefarzt des Zentrum für Innere Medizin im Marienkrankenhaus.

Die Veranstaltung wird von der Ärztekammer mit drei Fortbildungspunkten anerkannt. Um Anmeldung unter folgender E-Mail-Adresse wird bis zum 6.1.2012 gebeten: patientenberatung@aekhh.de (Stichwort: EHEC-Rückschau). | h**äb**

Abschied

Am 15.9.2010 hielt Herzchirurg Prof. Dr. Jörg Ostermeyer seine Abschiedsvorlesung am AK St. Georg, die in Auszügen an dieser Stelle wiedergegeben wird.

Von Prof. Dr. Jörg Ostermeyer



Abb. 1: Die von Dr. Earl Wood and Dr. John Kirklin weiterentwickelte Mayo-Gibbon-Herz-Lungen-Maschine, eingesetzt 1955 (© Mayo Clinic)



Abb. 2: Kirklin (etwa 1955) zu seiner Mayo Clinic-Zeit. (Mit freundl. Genehmigung der Mayo Foundation for Medical Education and Research)

Erinnerungen an *John W. Kirklin*

Die meisten werden John Kirklin (1917 – 2004) nicht kennen. Am Ende dieser Anmerkungen werden Sie eine Idee von ihm und seinen Anliegen haben und von dem, was ich durch diese Schilderungen verdeutlichen und weitergeben möchte.

Ich beginne mit einem Vermerk aus den Mayo Clinic Proceedings anlässlich der Jubiläumsfeier „50 Years of Cardiac Surgery at the Mayo Clinic“ im Mai 2005: „1955 führte ein junger Chirurg aus Rochester, Minnesota, im Rahmen einer Studie acht Operationen mit Herz-Lungen-Maschine durch, die einen direkten Blick ins menschliche Herz erlaubte und so ermöglichte, schwere Herzdefekte zu beseitigen (Abb. 1). Vier der insgesamt acht Patienten überlebten, und durch diesen Erfolg von Kirklin und seinem Team der Mayo Clinic konnten sich Operationen am offenen Herzen weltweit verbreiten.“ [Mayo Clinic, 2005] Kirklin – ein Pionier der ersten Stunde! Oder: „Der beste Herzchirurg an der besten Klinik der Welt“, wie es K. H. Bauer 1958 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München formulierte (Abb. 2).

Jim Cox, langjähriger Freund und emeritierter Herzchirurg aus St. Louis und Washington, sagte mir bei einem kürzlichen Treffen in La Grange, Kentucky: für ihn sei es unverständlich, dass der Nobelpreis im Fach Medizin fast immer an Labordoktoren vergeben würde, Mediziner, die nie einen Patienten zu Gesicht bekommen hätten und somit eigentlich gar nicht die Bezeichnung „Arzt“ verdienten. Kirklin, mit seiner einzigartigen Lebensleistung, der hätte ihn verdient gehabt. Im Gegensatz zum anfänglich Gesagten: Während der Vorbereitungen zu diesen Anmerkungen wurde mir klar, dass ich, indirekt, auch von mir selbst sprechen würde – das Autobiographische ganz auszublenden, geht nicht – vor allem von: was möglich gewesen wäre und an was allem ich gescheitert bin – misst man die Entwürfe von damals an den Resultaten von heute. In einer Mischung aus Zufälligkeit, Schwäche, Unsicherheit und Widrigkeiten ist es zu manchem nicht gekommen. „Wer ich bin, das darf ich nicht aus meinen Absichten, sondern nur aus der verwirklichten und das heißt immer auch zugleich: aus der verkörperten Gestalt meines Lebens ablesen. [...] Die Taten meines Lebens sind das aufgeschlagene Buch meiner Identität“, hat Arthur Schopenhauer gesagt [Safrański, 2010]. Aber, aus anderer Perspektive betrach-

tet, dieses unzweifelhafte Scheitern an Vielem war vielleicht manchmal sehr viel spannender als das vielfache mittelmäßige und selbstgefällige Gelingen – „[...] Wir applaudierten uns selbst“ – dessen Zeugen wir heutzutage oft sind, dieses aufgeweichte Sowohl-als-auch, dieses zögerliche, selbstgenügsame, beflissene Loben mit säuerlichem Einschlag, von dem wir wissen, dass es nicht stimmt, – nach dem Motto: Hänge die Latte niedrig, damit du anstrengungslos rüberkommst. Oder mit Hans Magnus Enzensberger: „Ich habe aus meinen Niederlagen mehr gelernt als aus all meinen Erfolgen.“ [Enzensberger, 2010]

Wer sich in die Landschaft John Kirklins hineinbegibt, der macht jene Erfahrung – wenn ich eine schöne Skizze meines Freundes Ulrich Greiner über Adalbert Stifters *Nachsommer* [Greiner, 2009] modifiziert verwenden darf – die vielleicht ein Märchenheld erlebt, wenn er in einen alten Kleiderschrank klettert und auf der Rückseite eine weitere Tür entdeckt. Sie öffnet sich in eine andere, zuvor nicht gekannte Welt, wo das Zeitmaß, das wir kennen, nicht mehr gilt, wo Licht heller, Schatten schärfer, Sprache klarer und Farben farbiger sind und Menschen manchmal wirken, als wären sie Darstellungen aus einer unwirklich gewordenen Zeit entstiegen – wie eine Flaschenpost aus Märchenzeiten.

Ein guter Rat

Es war im Herbst 1977, als ich das erste Mal nach Birmingham kam; Birmingham, Alabama. Eine halbe Million Einwohner, schrecklich eintönig, eine Stadt ohne erkennbaren Charakter, das Klima heiß und feucht, die Sprache mit eigentümlichem Akzent, Südstaaten eben. Mein späterer Lehrer und früherer Chef Wolfgang Bircks hatte mich, hatte uns – wir waren ja schon eine kleine Familie – für ein Jahr nach Amerika geschickt, zuerst nach New York, Columbia Presbyterian Hospital, Ehud Krongrad, Fred Bowman, dann Boston Children's Hospital, Aldo Castaneda, Stella und Richard van Praagh, dann Mayo Clinic, Dwight McGoon, kurzer Aufenthalt an der University of Chicago im Institut von Maurice Lev, und UAB, University of Alabama at Birmingham, John Kirklin's Klinik. Das war ein guter Rat.

Auf dem Weg vom Flughafen in die Stadt eine Reihe stillgelegter, verrottender, teilweise demontierter Stahlwerke; verblühte amerika-

nische Industrielandschaft. Ein Stadtzentrum wie auf Bildern von Edward Hopper. Erste Unterkunft: ein heruntergekommenes Holiday Inn am Stadtrand, später dann ein kleines, möbliertes Haus in einem Vorort. Das erste Mal in Kirklin's OP, ich als „Youngster“, in besagtem Herbst 1977. Er operierte eine Aortenklappe, 23 mm Carpentier-Edwards (Abb. 3). Keine Fenster, Neonlicht, der Saal eiskalt klimatisiert, Stille. Kirklin mit Stirnlampe und Lupenbrille, das Gesicht, unter der Kopfbedeckung und hinter dem Mundschutz verborgen, kaum erkennbar. Er zelebrierte die Operation regelrecht, wie ein Ritual. Er beherrschte die Szenerie, jedes Detail, wie ein General oder Kapitän, alles unter seiner Kontrolle. Eine Welt, in der alles geregelt und geordnet war. Sparsamste, kontrollierte Handgriffe [...], „weil es darauf ankommt, jede unnötige, effizienzmindernde Bewegung zu vermeiden“. Präzise, sparsamste Kommunikation – „Ich hatte immer den Eindruck, dass Menschen, die viel redeten, am Ende wenig zu sagen hatten“, hat er oft gesagt [Roberts, 1998]. Saubere Hände. Höchste Konzentration. Nichts Überflüssiges. Alles ausschließlich zielgerichtet auf Qualität und Ergebnis der Operation. Eine Situation, wie ich sie später auch in Düsseldorf vorgefunden habe. Absolute Perfektion. Durch die Luft und die Haut war das zu spüren. Wie in einem Brennglas schien sich alle Energie im Raum in seiner Person zu bündeln.

Perfektion und Exzellenz

Dabei wirkte er, meinem Empfinden nach, nicht arrogant, aber doch distanziert, reserviert, wenig nahbar, zuweilen fast abweisend. Wahrscheinlich war eher: ich hatte ein derartiges Ausmaß an Perfektion, Professionalität und spürbarer Exzellenz nie zuvor erlebt. Die Situation war für mich völlig neu. Ich fühlte mich in dieser Atmosphäre von Perfektion beinahe fehl am Platz, unwohl, diesen spürbaren höchsten Ansprüchen an Alles überhaupt nicht gewachsen, völlig verunsichert. Fremdsein muss sich so anfühlen. Es war wie in einem fernen Land, in das ich hatte einreisen dürfen, in dem ich aber kein Bürgerrecht hatte. Seine Gegenwart und personifizierte Perfektion waren einschüchternd, fast demütigend, die eigene Inkompetenz spürbar machend. Jedenfalls, als ich nach drei Monaten das erste Mal Birmingham verließ, hatte ich nicht die Absicht jemals wieder zurückzukommen. Später, über die Jahre, nach vielen Besuchen und gemeinsamer Arbeit, vielfachen Treffen in Amerika und sonstwo, einmal in Peking, zweimal in Deutschland, Bad Nauheim und München, wich seine Distanziertheit, ganz allmählich, wurde er mir zum Vorbild, zum Mentor, Ratgeber und am Ende zu einer Art väterlichem Freund. Nach einiger Zeit nannte er mich beim Vornamen und unterschrieb sei-

ne Briefe mit „John“. Natürlich ist es mir nie in den Sinn gekommen, nun auch ihn mit seinem Vornamen anzusprechen oder anzuschreiben; das wäre völlig unverhältnismäßig, unangemessen gewesen. Für mich blieb er immer „Dr. Kirklin“. Es war der Ehre und des miteinander Verbundenseins genug, dass ich auch meine Briefe mit dem Vornamen unterschrieb. Wie Kirklin arbeitete und die Klinik führte, war Maßstäbe setzend. Er war der Maßstab. Niemals sprach er von vager, unreflektierter „Erfahrung“, „anecdotal“ evidence, nie begründete er seine Entscheidungen mit nebulöser, schwammiger, unverbindlicher „Intuition“, undurchdachtem persönlichem Dafürhalten oder mit seiner Autorität als Chef. Alles war begründet durch „facts“ und Argumente, bezogen auf reproduzierbare Information. Seine Art zu denken und zu arbeiten umfasste: Beobachtung → Dokumentation → „data collection“ → „data processing“ → Schlussfolgerungen/Rückschlüsse → „predictions“ → am Ende: „scientific progress“, wissenschaftliche Erkenntnis, Fortschritt. Auf der praktischen Beobachtung und deren Analyse beruht jede gedankliche Aussage. Von der Wahrnehmung zum Begriff. Wahrnehmen als Erkenntnisquelle. Herzchirurgie findet wesentlich im Kopf statt und nur am Rande in den Fingern. Vernünftiges Handwerk ist zuerst sorgfältiges Kopfwerk, verbunden mit einem ausgeprägten ästhetischen Bedürfnis: Sauberkeit, Präzision, Disziplin, Ordnung, Übersicht. Unablässiges Suchen, Forschen, Finden – wissenschaftliches Beschreiben. So wie Goethe in seiner Farbenlehre sein Idealbild des Wissenschaftlers skizziert hat: geistreich, scharfsinnig, behutsam, sich als guter Beobachter, sorgfältiger Experimentator, vorsichtiger Sammler von Erfahrungen zeigen. Aus der Anschauung kommt die Theorie. Das Konzept, die Intelligenz zu benutzen; aufgrund kritischer Analyse in die Praxis zu gehen. Alles präzise und diszipliniert; mit Sinn für die Schönheit der Ordnung und für das Glück der Perfektion. „It just means you are better if you have some information“ [Roberts, 1998], hat Kirklin formuliert, freimütig, beiläufig, lapidar – „ohn' all Bemäntelung und Gleißnerei“, wie es in Thomas Manns *Doktor Faustus* heißt. Viele meiner chirurgischen Kollegen rühmen sich ihrer Taten im OP, häufig verbrämt als „Heldentaten“, reden von Ich, kaum jemals von Wir – leere Souveränitätsgesten, Selbstinszenierungen. Gerade in der Herzchirurgie scheint dieses Bedürfnis ausgeprägt zu sein. Eitelkeit und Stolz, möchte man manchem sagen, sind eine verkannte, leider allgegenwärtige Form von Dummheit. Kirklin's Anliegen war es, auch verstehen zu lernen, was einen Sachverhalt begünstigt oder nachträglich widerlegt. Vergeistigung des Anschaulichen. Suche nach der wahren Empfindung und dem tatsächlichen Wert der

Dinge, „scientific progress“. Maßstäbe, Kriterien und Regeln, die übernehmbar sind, ja übernommen werden müssen.

Perspektive „Luftfahrt“

Seine Denk-Kategorien! Sinnzusammenhänge, Bezüge, die mir bis zu diesen Begegnungen mit ihm fremd waren.

In einem Brief an Jaroslav Stark, Hospital for Sick Children, London, den er mir irgendwann als Kopie überlassen hatte, schrieb er: „[...] Es gibt einen enormen Unterschied zwischen weltweiter Luftfahrtindustrie und Herzchirurgie. In der Luftfahrtindustrie ist die Lücke zwischen jeweils neuestem wissenschaftlich-technologischem Entwicklungsstand und dessen nahtloser Anwendung in der täglichen Praxis, zwischen Ideal und Wirklichkeit, unglaublich klein. Tag für Tag werden die Abläufe so erfolgreich ausgeführt, dass kaum jemand zu Schaden kommt, gerechnet auf die Gesamtzahl von Menschen, die transportiert wird. In der Herzchirurgie ist das Gegenteil der Fall. Die Lücke zwischen Wirklichkeit und dem, was möglich wäre, ist beträchtlich, obwohl Letalitätsraten für die meisten Operationen inzwischen auf zwei, drei oder vier Prozent gesunken sind. Das verfügbare Wissen könnte diese auf nahezu null Prozent reduzieren. Jeder Chirurg muss für sich entscheiden, ob er Zeit und Mühe darauf verwenden will, dieses Ziel weiter zu verfolgen. Insgesamt würde ich aber sagen, dass das Risiko, bei einer Herz-Operation zu sterben, inzwischen schon sehr niedrig ist.“

Und Kirklin hat auch gesagt, in gleichem Kontext, in persönlich-selbstkritischer Haltung, quasi als Appell an uns alle zu kritischer Besinnung: „Ein Patient kommt selten mit Katecholaminen, Antiarrhythmika, Ballonpumpe oder anderen unterstützenden Mitteln in den Operationssaal, und wenn er diesen mit derartigen Hilfsmitteln verlässt, dann muss während der OP irgendetwas schief gelaufen sein.“ Es ist zweierlei: die Regeln im Prinzip zu kennen und sich an sie erinnern, wenn man sie braucht.

Und, im selben Zusammenhang: „[...] Mit ‚gut‘ meinen wir in der Herzchirurgie Letalitätsraten von ein, zwei oder drei Prozent. Wenn jedoch jeder zweite oder dritte von hundert Boeing 747-Flügen abstürzen würde, wäre der Aufschrei in der Öffentlichkeit und die Forderung nach Verbesserungen groß.“ Umdrehen der Blickrichtung; „Spiegelland“. Die scheinbar festgefügte Welt wird durch den Bezug zur zivilen Luftfahrt unvermutet offen für das Entfernte, das bisher Nicht-Gedachte, Unbegreifliche, Unberechenbare, das in unsere Wirklichkeit eindringt und sie transparent macht; subtile Verschiebung der gewohnten Perspektive auf die Sache, die urplötzlich präziser denn je erscheint. Kirklin weiter: „Zynisch könnte man anmerken, das



Abb. 3: Kirklin im OP (UAB, etwa 1977)
(Mit freundl. Genehmigung von Dr. James
K. Kirklin)



Abb. 4: Gesundes Herz

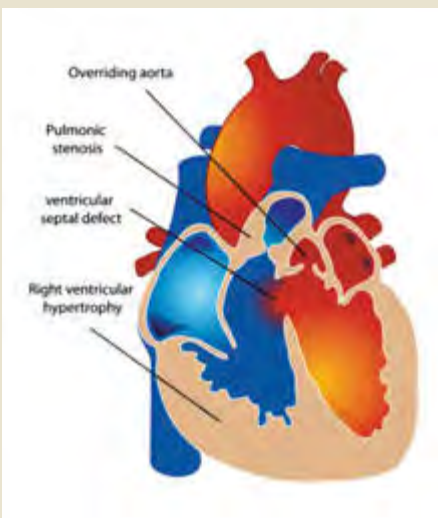


Abb. 5: Fallot'sche Tetralogie (tetralogy of fallot)
besteht aus vier Komponenten: einer Pulmonalstenose, einem Ventrikelseptumdefekt, einer über der Herzscheidewand reitenden Aorta sowie einer nachfolgenden Rechtssherzhypertrophie

sei so, weil mehrere Hundert Menschen bei einem Absturz sterben, bei gravierenden Fehlern im Operationssaal hingegen stirbt nur ein Mensch. Aber da menschliches Leben auf dem Spiel steht, muss alles unternommen werden, damit die Quote der Misserfolge bei herzchirurgischen Eingriffen gegen Null geht."

Nie werde ich einen Nachmittag an der UAB Mitte der 80er Jahre vergessen. Ich saß mit Juniors aus Italien und Südamerika, Israel, Korea, Australien im Fellows-Zimmer schräg gegenüber von Kirklin's Office, als die Tür einen Spalt weit aufging und Kirklins Kopf im Türrahmen erschien. Er blickte in den Raum, um zu sehen wer da war. „Ich habe heute Morgen ein vier Jahre altes Kind mit Fallot'scher Tetralogie operiert (Abb. 3, 4, 5). Warum treffen wir uns nicht um 16.30 Uhr in der ICU und sprechen darüber?“, sagte er. Pünktlich waren wir da und setzten uns halbkreisförmig um das Fußende des Bettes, das Kind noch schlafend, beatmet, stabil. Und dann erlebten wir, in freimütiger Kommunikation, aus dem begnadeten Gedächtnis und der unerreichten Kenntnis und Brillanz dieses Mannes, in druckreifer Rede, differenzierte, schöne wie schlichte Satzgebilde, in einem unwechselbaren Sprach- und Sprechstil, sprachliche Dichte, präzise, nüchtern; Lehre als mündlicher Vortrag; wir wurden Zeugen einer Präsentation, wie wir sie nie erlebt hatten und niemals würden wieder erleben können. Ein beglückender Moment; demoralisierend fantastisch, unerreichbar. Seine Leitmotive: Kompetenz und Verständlichkeit, Anschaulichkeit und Authentizität. Resonanzen, Assoziationen, Verbindungslinien wurden gezeichnet, Quer- und Diagonalverbindungen zwischen Physiologie, Pathophysiologie, Hämodynamik, Morphologie, Metabolismus [...]; operationstechnische Details, Medizintechnik [...]; aber auch Macht, Strategie, Einfluss, Management, Politik, Dollars, ökonomische Aspekte [...]; historische Bezüge aus der frühen Mayo Clinic-Zeit. Er vermittelte uns gefesselten jungen Zuhörern seinen Gesamtton, sein innerstes Anliegen: Alles hängt mit Allem zusammen. „Alles ist Wechselwirkung“, wie es Alexander von Humboldt aufgeschrieben hatte [Humboldt, 2004]; und bei Goethe heißt es: „Der ohne jedes Vorurteil dem Sinn des vermeintlich Fremden nachspürt und erkennt, wie das eine dem anderen zugehört.“ Jedes Detail ist ausschließlich legitimiert durch seine Funktion im Gesamten. Sein Hang zur Gedankenverbindung. Sein Anspruch, das Ganze zu denken. Nie waren seine Mitteilungen oberlehrerhaft, und doch wurden wir belehrt, gebildet, „educated“, erhielten Einblick ins Netzwerk einer geistigen, dabei aber immer lebensnahen Welt. Eine Verbindung von analytischem Verstand und schöpferischer Phantasie, abstrakter Begrifflichkeit und sinnlicher Anschauung, künst-

lichem Experiment und gelebter Erfahrung, mathematischem Kalkül und Intuition. Das einzige, was uns „lehrt“, sind Vorbilder, hat Albert Einstein gesagt. Erzogen wird man durch Beispiele, durch beispielhaft Vorgelebtes. Was er entfaltete, war das, womit Thomas Mann Wagners *Ring* charakterisiert hat, es war wie ein Beziehungszauber [Mann, 1945]. Aufblättern einer geistigen Welt, eines kulturellen Gedächtnisses, zurückreichend bis zu den Anfängen wissenschaftlicher Medizin. Ein Gefühl, vom Leben mit einer Auszeichnung bedacht worden zu sein, die ohnegleichen war und bleiben würde. Die ganzen ersten fünfzig Jahre Herzchirurgie, wahrhaft eine Pionierzeit, wurden in seiner Gestalt gegenwärtig. Manchmal hält die Welt freundlicherweise für ein paar Sekunden den Atem an. „Das Leben hatte mich bis dahin noch nicht zu einem solchen Fest eingeladen“, hat Victoria Ocampo nach ihrer ersten Begegnung mit dem jungen José Ortega y Gasset geschrieben, die große *dame de s le ttres*, Dichterin, Dramatikerin, Malerin, 1916, in Buenos Aires (und Ortega, dies nur in Klammern, hat sie die „Mona Lisa des Südens“ genannt) [Kroll, 2010, Worthmann, 2010]. Was wir da erlebt haben, war nicht nur Hirnbildung, Wissensvermittlung, „training“, sondern auch und viel mehr Persönlichkeits- und Herzensbildung: education! Als „rare Momente, in denen sich das Leben entscheidend bricht“ hat Hans Neuenfels eine entsprechende Begegnung mit Max Ernst bezeichnet [Lemke-Matwey, Spahn 2011]. „Wir haben gelernt, dass das wesentliche Bildungserlebnis in der Herzchirurgie für den Assistenzarzt die Erkenntnis ist, dass jeder Schritt der präoperativen Evaluation, der Entscheidungsfindung, der Operation selbst mit jedem einzelnen Handgriff des Chirurgen und der operativen Nachsorge rational, fokussiert, gerichtet und einfach sein muss. [...] Effizienz erlangt man durch geplante, sorgfältige Aufmerksamkeit fürs Detail.“ [Kirklin, 1979]

Aufmerksamkeit fürs Detail

All diese Dinge übernahm ich in der unbedenklichen Arglosigkeit, zu der Jugend und Bewunderung verleitet. Ich übernahm sie, übertrug sie auf meine Welt, und sie schienen zuzutreffen. Ein Verstehen, welches als Erwartungshorizont eine suchende Haltung voraussetzt, den Wunsch, sich erweitern und belehren zu lassen. Der Zauber allen Anfangs. Die Sehnsucht nach einem bedeutsameren Leben als dem, in dem man zum Friseur oder ins Büro geht; ein Leben hinter dem Grauschleier des Alltags. Fragen, die man stellt, wenn man sich und der Welt noch viel zutraut.

Mein Freund Elmar Lampson, Präsident der Hamburger Musikhochschule, hat mir erzählt, er sei bei einer Probe der Berliner Philharmoniker mit Claudio Abbado zugegen gewesen und habe dabei unmittelbar, durch

den *plexus solaris*, eine beinahe unwirkliche, märchenhafte, fast surreale, absolut einzigartige Atmosphäre nicht zu überbietender Exzellenz verspürt [...]; Zauber des Augenblicks [...] – und mich gefragt, ob es so etwas in der Medizin auch gäbe. Meine Antwort war: Ja [...]. Solche Situationen, ja, Glücksmomente gab es in Birmingham. Zuweilen. Nicht täglich. Dann und wann [...]. Zu Kirklin's Zeiten. Manchmal, zum Beispiel während der „Dr. Kirklin's and Dr. Blackstone's Saturday Morning Conferences“.

Einmal, ich war für zwei Wochen in Birmingham, wir arbeiteten an einer gemeinsamen Analyse der Ergebnisse unserer ersten knapp 100 Tachykardie-Operationen in Düsseldorf [Ostermeyer, 1987] und der entsprechenden Serie in Birmingham, an einem Sonntagvormittag rief mich Jim, Kirklin's Sohn, zwischenzeitlich Associate Professor at UAB und Direktor des Heart-and-Lung-Transplant-Programms, in meinem Hotel an, ob ich etwas vorhätte. Was für eine Frage? Was soll man an einem Sonntag in Birmingham vorhaben?

Er holte mich gegen 13 Uhr ab, wir fuhren ins Haus seiner Eltern, seine Schwester Helen, Solo-Bratschistin in einem Symphonieorchester in Florida, war aus Gainesville zu Besuch. Wir lagen am Swimmingpool, tranken Cocktails. Gegen 14.30 Uhr kam Kirklin aus der Klinik, sorgfältig gekleidet, Krawatte, Blazer, Aktentasche, begrüßte uns kurz, „have a nice time at this wonderful day“, verschwand im Haus und kam kurze Zeit später in Reiterkluft zurück, warf seinen Sattel auf die Ladefläche seines Pickup und fuhr davon, zum Reiten. Gegen 16 Uhr kam er zurück, erneut ein paar nette Bemerkungen in unsere Richtung, ging wieder ins Haus, erschien 30 Minuten später geduscht und wieder in korrekter Kleidung und verabschiedete sich für den Rest des Sonntags in die Klinik.

Er lebte die Herzchirurgie, er war die Herzchirurgie, in all ihren Facetten, jeden Tag, von 4.30 Uhr am Morgen bis in die Nacht; a life long work in progress. Dabei nichts Genialisches – einfach: harte Arbeit, Präzision, Sorgfalt, Respekt und Disziplin, ein Leben lang. In Kirklin's Leben wie in seiner Arbeit – alles war unter seiner Kontrolle. „Wenn er ‚spielte‘, kontrollierte er das Spiel“, hat Jim gesagt, 1996, während eines AATS-Meetings in San Diego. Jim weiter: „Er war offensichtlich getrieben vom Bedürfnis nach Perfektion“, bis hin zu seinem perfekt akkuraten Äußeren, immer Oberhemd und Krawatte, silberne Krawattennadel, jeden Tag ein neuer, gestärkter weißer Kittel, alle zwei Wochen Friseur. Ein ungepflegtes Äußeres, ein inadäquates Verhalten, auch sprachliche Unbedachtheiten, eine nicht optimale persönliche Zuwendung eines Arztes seien die ersten Signale, die beim Patienten Sorge und Beunruhigung auslösen oder vermehren, hat er gesagt.

„Confidence-building signals.“ Seine klare, seinen Anliegen – the patient and scientific progress – verpflichtete Ernsthaftigkeit, in ihrer ganzen Ausschließlichkeit, war nicht angepasst von einem zeitgeistkompatiblen Image-Couturier; sie war seine Verfasstheit. Umsetzung ärztlicher Ideale in gelebte Biographie. Niemals beugte er sich Konvention, Gepflogenheiten oder Bequemlichkeit; Verzicht auf jegliche Weltgefälligkeit. Ein Leben, dessen Antrieb nicht gewählt, sondern auferlegt war.

Menschliches Versagen

Ich hatte in einem Brief vom Mai 1991, also gegen Ende meines ersten Jahres hier in St. Georg, das Problem „suboptimales Patientenmanagement und dessen Ursachen“ angesprochen. „Es gibt für mich nur zwei wirkliche Ursachen für chirurgische Fehlschläge“, schrieb er in seiner Antwort vom 7. Juni, „die eine ist Ermangelung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die andere ist menschliches Versagen. Wenn man gute Ergebnisse anstrebt, sollte man darauf achten, Ereignisse menschlichen Versagens zu minimieren. Und das ist schwierig, da Versagen, making errors, ein immanenter Bestandteil menschlicher Verhaltensweisen ist. [...] Aber man sollte nie denselben Fehler zweimal machen.“ Das klingt beinahe wie eine Bezugnahme auf Karl Popper [Ostermeyer et al., 1987], ein Eingeständnis und Einkalkulieren und Berücksichtigen menschlichen Unwissens und menschlicher Fehlbarkeit und ist ein Appell an unsere intellektuelle Redlichkeit durch kritische Selbstprüfung. Fehler vertuschen ist die größte intellektuelle Sünde [...], war Kirklin's Auffassung. „Ich würde den Begriff ‚suboptimales Patientenmanagement‘ nicht verwenden“, schrieb er im selben Brief. „Ich würde Dir dringend raten darüber nachzudenken, als Ursache für einen Todesfall oder eine andere Komplikation entweder eine Ermangelung wissenschaftlicher Erkenntnis oder menschliches Versagen zu identifizieren. Natürlich ist Letzteres bei der täglichen Arbeit nicht zu verhindern. Jeder Mensch macht Fehler. Es kann also nur darum gehen, die Zahl der Fehler auf ein Minimum zu reduzieren. Das ist Aufgabe des Chefs der Abteilung.“

Präzision

„Präzision ist der Schlüssel für alles, in deinem Kopf, in deinen Händen, in deinem Leben, in allem.“ [Roberts, 1998] Und: „Ein Operationssaal, in dem es um Leben und Tod des Patienten geht, muss ordentlich, gut organisiert und frei von störenden Einflüssen wie Radiomusik sein. Operieren ist wie das Fliegen eines Flugzeuges oder ähnlichen risikobehafteten Aufgaben, die ein gewisses Maß an Konzentration und Fertigkeiten

erfordern. [...] Ein Operationssaal, in dem ruhig, konzentriert und gründlich gearbeitet wird, ist etwas Wundervolles. Es ist wahrlich der Ort und der Moment mit der höchsten Bedeutung für die Ergebnisse der Herzchirurgie.“ [Kirklin, 1979]

Kluge Einsichten, die kaum mehr jemandem in den Kopf geschweige über die Lippen kommen. Viele ahnen nicht einmal etwas von derartigen Zusammenhängen! Und diese enorme „Präzision der Sprache“, von der Jim Kirklin in seiner Erinnerungs-Adresse an seinen Vater, 2005 at Mayo, sprach [Kirklin, 2005]. Sein Denken fußte auf Sprache – auf Worten, Sätzen und Abschnitten, und er versuchte, eine präzise und schöne Sprache zu schaffen. Zur Welt kommen, heißt immer schon: zur Sprache kommen. Dem geschriebenen Wort kommt eine elementare Bedeutung zu. Nur das Geschriebene existiert [Nooteboom, 1991]. Das Nicht-Aufgeschriebene geht verloren, so Stefan Zweig, 1938, in seiner Magellan-Biografie [Zweig St, 1938]. Die Schrift als Speichermedium und kulturelles Gedächtnis.

Kirklin hat ein Buch hinterlassen – hervorgegangen aus dem kaum eine Seite umfassenden „Do's and Don'ts“, eine Liste für Assistenten aus der Mayo Clinic-Zeit, dem späteren „brown book“ und dem berühmten „blue book“ aus den 1970er/80er Jahren, Kirklin's patient management protocols at UAB, „everything in it written logically, thoughtfully, and in a clear mind“ [Stephensen, 2007]: *Cardiac Surgery*, Koautor Brian Barratt-Boyes, Green Lane Hospital, Auckland, New Zealand; in Kirklin's Selbstbetrachtung sein wichtigstes Vermächtnis [Kirklin JW, Barratt-Boyes B, 1986]. Ein Werk, das es so nie zuvor gab und das niemals wieder so von einem Einzelnen wird geschrieben werden können. Eine Art Bibel der Herzchirurgie. Die Erstausgabe erschien Ende 1986 bei John Wiley in New York. Leider hat es eine schlechte buchbinderische Qualität, so dass es bald zu fliegenden Blättern werden wird. Zu diesem Buch durfte ich im Erscheinungsjahr eine Rezension schreiben [Ostermeyer, 1986]. Das humanistische Prinzip für Rezensionen heißt „Unparteilichkeit“. Aber was lässt sich über ein Buch berichten, rezensieren, kritisieren, das schlicht perfekt ist?

Zusammenfassend heißt es in der Besprechung: „Herzchirurgie basiert auf Erfahrung, und Erfahrung bedeutet Lernen von der Vergangenheit für die Zukunft. Genau genommen gibt es keine Wiederholung isolierter, individueller klinischer Ereignisse, weil sie alle ihren eigenen Charakter haben. Kein Fingerabdruck gleicht dem anderen. wissenschaftlich orientierte Ärzte sind bemüht, die sich immer wiederholenden, charakteristischen Grundmerkmale und Bedingungen, das durchgehende Regelwerk hinter dem Spektrum isolierter klinischer Phänomene



Abb. 6: Kirklin (etwa 1985)
(Mit freundlicher Genehmigung von
Dr. James K. Kirklin)



Abb. 7: Die Kirklin-Klinik an der University of Alabama (UAB). An der UAB arbeitete Kirklin von 1966 bis 1982 als Professor und Leiter der Chirurgie und operierte noch bis 1989

Abb. 8: Kirklin
(Mitte 1990er Jahre)
(Mit freundlicher
Genehmigung von
Marc Bondarenko;
www.bondarenko-
photo.com)



Besonders zu danken habe ich Prof. Dr. Christian Sander, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Hautklinik des AK St. Georg, auf dessen „sanäes Drängen“ es erst zu dieser Abschiedsvorlesung gekommen ist. Zu danken habe ich des Weiteren Prof. Dr.

Hans H. Scheld, Direktor der Universitätsklinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie Münster und langjähriger Freund, auf dessen „entschiedene Anregung“ es zur Publikation der Vorlesung gekommen ist. Und, last but not least, besonders danken möchte ich, für die langjährige faire und stimulierende Zusammenarbeit, meinen kardiologischen Partnern in St. Georg: Prof. Dr. Thomas Meinertz und Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck.

zu identifizieren. Dieses Prinzip ist gleichbedeutend mit fortschreitendem wissenschaftlichem Erkennen und zieht sich wie ein roter Faden durch das Lebenswerk der Autoren.“ In den Vordergrund tritt das Typische, das Generelle, das Regelmäßige, das Immer-Wiederkehrende, das Zeitlose jenseits des Einzelfalls, also das Wissenschaftliche – hinter dem Besonderen das Allgemeine sichtbar machend. Wiederkehr, Wiederholung, Vergewärtigung. Wirklichkeit ist Wiederholung. Ausbuchstabierung eines lebenslangen Anliegens.

Ich muss zum Abschluss bringen, was einen Abschluss eigentlich nicht hat. All dies ist wie ein Vermächtnis, die Begegnungen mit Kirklin waren mehr als die Summe der Einzelheiten.

Nach Hamburg zu kommen, auch um ein paar Gestüte in Schleswig-Holstein zu besuchen, diese Absicht hatte er geäußert, speziell an der Dressur-Institution Grönwohldhof bei Trittau war er interessiert, hat nicht mehr geklappt. Und irgendwann kamen keine Antworten mehr auf die Briefe, was in früheren Jahren undenkbar war. „Seine letzten Jahre waren gezeichnet durch den langsamen Verfall seines scharfsinnigen Intellekts“, sagte Jim in seiner Ansprache an Mayo [Kirklin, 2005]. „[...] eine strangulierende Vorstellung. Irgendwann wird man nicht mehr alles erfahren können, was man gerne noch erfahren möchte“, hat Friederike Mayröcker gesagt, in einem Gespräch mit Iris Radisch [Radisch, 2004]. Das Altern ist ihm nicht leicht gefallen. Unwiederbringlichkeit einer vergangenen Zeit.

Kirklin starb am 21. April 2004. „Ein Leben verträgt nicht viele solcher Verluste“, hat Hans Wollschläger zum Tode Theodor W. Adornos geschrieben [Wollschläger, 2005]. Er hinterließ uns ein Lebenswerk, ein Vermächtnis, das wir niemals mit einem eigenen „Gegenwerk“ werden einlösen können. Oder, wie es ein alter amerikanischer Schauspieler in anderem Zusammenhang zu Christa Wolf gesagt hat: „O, what a seed!“ [Wolf, 2010] Was für ein Saatgut, was für ein zukunftsichtiges, generatives Guthaben! Wir bleiben zurück in einer Art geistigem Hinterbliebenen-Gefühl. Aber jedes Vorbild wirkt als Ermunterung zu sich selbst. Man muss, vorbildgeleitet, aus sich herausgehen, um auf die Höhe seiner Möglichkeiten zu kommen.

Was hast Du unbeendet hinterlassen? Wo befinden sich die Geschichten, die wir im Begriff sind zu erfinden, die aber noch nicht da sind? Unvergängliche, transparente Schichten von Ideen, Bildern, Gefühlen – kulturelles Gedächtnis [Assmann, 2006]. Auch die Worte gehen weiter.

Menschen wie Kirklin sieht ein Jahrhundert nur wenige. Er wird als „Aussparung“ präsent bleiben. Eigentlich ist der Tod – frei nach Elias Canetti [Canetti, 2003] – eine Riesensauerei (ebenso, dies nur am Rande, wie das Gravitationsgesetz ein entschieden takt-

loser Faktor in der Natur ist [Magris, 1992]. „John Kirklin war der größte Wissenschaftler im Bereich der Herzchirurgie in diesem Jahrhundert und sein Beitrag wird noch weit über die Zeit hinaus, wenn er gegangen ist, Einfluss haben“, hat William Roberts geschrieben, „Vermutlich hat er am erfolgreichsten die Verschmelzung von Mensch und Idee vorangetrieben.“ [Roberts, 1998] „Sein vielleicht größter Verdienst war das Einführen von Regeln, Ordnung, Disziplin und Wissenschaft in dieses junge Feld der Medizin.“ [Stephensen, 2007]

Verschmelzung von Mensch und Idee

Er selbst sah sich jedoch nur „als ein Steinchen im Mosaik moderner wissenschaftlicher Chirurgie“. Er sah nichts isoliert, für sich allein – sich selbst eingeschlossen. Insofern sah er seinen eigenen Stellenwert nie aus der Perspektive eigener, separater Leistungen, sondern immer hinsichtlich seiner Beiträge zur Wissenschaft und zur Gesellschaft als Ganzes. Und Kirklin war überzeugt, dass „die menschenfreundlichste Herangehensweise an Medizin diejenige ist, welche das bestmögliche Ergebnis für den Patienten erzielt.“ Ein ganz tiefes, grundsätzliches ärztlich-ethisches Selbstverständnis. Dies ist in weiten Bereichen der Medizin außer acht gekommen, ignoriert und vergessen! Traurig macht mich das! Dass das so ist und dass das widerspruchlos hingenommen wird! Man mag sich gar nicht vorstellen, mit was zu rechnen ist, verlängerte man die aktuelle Gegenwart nur ein wenig ins Morgen [...]. Und er war überzeugt, „dass Wissenschaft der beste Ansatz ist, zu vernünftigen Lösungen zu kommen.“ Die präziseste und zuverlässigste Information resultiert aus umfassender, kritischer Analyse sauber erhobener Befunde und Daten. „Um nützliche Informationen über etwas zu erhalten, muss man es quantifizieren“, hat er gesagt. Wenn ihm während der Visite von einem Mitarbeiter blumige Geschichten subjektiver Wahrnehmung über einen Patienten erzählt wurden, sagte er schlicht „Show me the Data“. Wissenschaftliche Regresspflicht; Verbindlichkeit der wissenschaftlichen Aussage. „Ich bin Idealist und würde bis zum bitteren Ende für diesen Punkt streiten. Warum sonst leben?“

Und, dies hat er schließlich auch noch gesagt: „Natürlich wünscht sich jeder, in der Erinnerung weiterzuleben, obwohl keiner von uns wirklich lange in Erinnerung bleibt. Ich wünsche mir, in Erinnerung zu bleiben für das, was ich getan habe. Nicht nur in der Herzchirurgie. Ich denke, ich hatte auch Einfluss auf Medizin im Allgemeinen, auf das UAB Medical Center, auf Stadt und Staat. Wenn dieser Einfluss schlecht war, werde ich in schlechter Erinnerung bleiben, war er gut, sollte ich in guter Erinnerung bleiben. Die Zeit wird

es zeigen.“ [Roberts, 1998, Skates, 1992] Es genügte ihm, eine Leistung hervorgebracht zu haben, die für den Sachverständigen eine „getane Arbeit“ bedeutete, das meint: eine Leistung, der nach dem jeweiligen Stand des Wissens nichts mehr hinzuzufügen bleibt.

„Ich bin nie wirklich stolz auf etwas, zufrieden, ja, aber nicht stolz. Etwas in mir sagt mir immer, ich hätte es vielleicht noch ein wenig besser machen können. Ich wünschte mir ernsthaft, wir hätten es besser machen können.“ [Roberts, 1998] Niemals verstand er die Arroganz und Überheblichkeit von Menschen, die von sich behaupten ‚Ich habe Großes und Bedeutsames geleistet‘. Unverbesserlicher Dünkel; irre, realitätsferne Selbsterfülltheit. Er verabscheute derart erbärmliche, armselige Verhaltensweisen, diese Selbstdarstellungen als heldenmütige Doktoren – Figuren mit Daseinsberechtigung allenfalls in Arztromanen. Immer wandte er sich gegen diese Un-Kultur überheblicher Selbstbeleuchtung von Ärzten, die eigentlich genug wissen und gesehen haben sollten, um die Möglichkeiten und Grenzen ihres Tuns zu erkennen. Mit Mitgefühl, persönlicher Zuwendung und professionellem Ansatz einen guten Job machen – darum geht es – nicht mehr, aber auch nicht weniger. „Die Hauptsache ist durchhalten und seine Arbeit zu Ende führen und zu sehen und zu hören und zu lernen und zu verstehen; und zu schreiben, wenn es etwas gibt, was man weiß; und nicht vorher; und nicht zu verdammt viel später.“ [Hemingway, 1957] „Sich selbst wertschätzen, ohne sich zu beweihräuchern“ [Skates, 1992], diese Haltung hat er uns jungen Fellows zu vermitteln versucht.

Sich selbst wertschätzen, ohne sich zu beweihräuchern

Insgesamt ein Stoff, eine Lebensgeschichte, aus der ein Mythos entstehen könnte; ein Mythos, der von der Idee eines wahren, ernsthaften, wissenschaftlichen, aufrichtigen und redlichen Arztums erzählen könnte, Maßstäbe seit Hippokrates Zeiten, frei von persönlichem ökonomischem Streben und ehrgeizgetriebener, patientenverachtender Rücksichtslosigkeit – Lauterkeit der Motive und Anliegen, in einem Wort: Anstand, jenseits des Käuflichen. Borges hat geschrieben: „Jeder Schriftsteller hinterlässt zwei Werke, das geschriebene und das Bild seiner selbst, und beide Schöpfungen verfolgen einander bis zum Ende.“ [Manguel, 2010] Und es zeigt sich, dass dies nicht nur für den Schriftsteller Gültigkeit hat.

Ich wollte mit dieser kleinen Hommage an Kirklin versuchen, auch in einer Art Selbstbesinnung, Selbstbefragung, einen Teil von dem zurückzugeben, was ich ihm zu verdanken habe, in meiner Arbeit, meinem Denken, meinem Umgang mit meinen Mitarbeitern,

seine Maßstäbe darzulegen und aufzuzeigen, was mir, in der Gesamtbetrachtung, nicht gelungen ist, in ähnlicher Weise, seinem Vorbild entsprechend, zu realisieren. Edward Said: „Alles ist unbeendet. Etwas zu Ende bringen wollen – das ist der Fehler. [...] Wir müssen immer das Gepäck aufnehmen, das andere hinterlassen haben. Das übernehmen, was nach unserer Erfahrung gut ist. Das wegwerfen, was uns seinen Wert nur vorgespiegelt hat.“ [Gordimer, 2008] „Eine der wichtigsten Lektionen im Leben ist, dass Erfolg stetig zu erzielen und nie endgültig erreicht ist. [...] Es ist niemals erstrebenswert, vom Ende einer Periode zu sprechen, denn man steht immer am Beginn einer neuen.“ [Kirklin, 1979]

Ich hoffe, ich bin in diesen Notizen nicht allzu voyeuristisch vorgegangen und habe ihm dabei nicht übermäßig Gewalt angetan, weil, ich mag ihn hier und dort vielleicht so dargestellt haben, wie er sich selbst nicht gesehen hat, weil ich ihn, in meiner Imagination, in ein Objekt meines Schreibens verwandelt haben könnte, das mehr mit dem Leben, den Gefühlen, dem Geist des Schreibenden zu tun hat als mit dem der geschilderten Person, möglicherweise. Jedenfalls gebe ich gleichzeitig diese Ideenwelt, diesen Beziehungszauber, dieses „In-Spuren-Gehen“, dieses „Sich-in-Beziehung-Setzen“, an Sie, meine Nachfolger, weiter. Vielleicht sind Sie erfolgreicher, die angedeuteten Prinzipien umzusetzen. Oder, um es mit Samuel Beckett zu sagen: fail better – Seht zu, dass es Euch besser misslingt. [Beckett, 1953] Mach's einer nach und breche sich dabei nicht den Hals. Robert Stevenson hat gesagt: „Unsere Lebensaufgabe ist nicht der Erfolg, sondern das fortwährende Scheitern bei bester Gesinnung.“ [Stevenson, 2002] Und, last but not least, möchte ich noch einmal auf einen Satz von Jorge Luis Borges verweisen, aus seinem Essay *Kafka und seine Vorläufer*: „Jeder Autor“, man könnte das erweitern und sagen: jeder Mensch, „jeder Autor erschafft sich seine Vorläufer (selbst)“ [Borges, 2010], um nicht zu sagen: seine Vorbilder. Simpler gesagt, das zweitausend Jahre alte, wunderschöne Gleichnis von Ovid: „Wir sind Zwerge auf den Schultern von Riesen.“ Gleichsam eine metaphorische Umschreibung der grundlegenden Prinzipien des historischen Erkenntnisfortschritts – scientific progress. Cees Nooteboom: „Wir schreiben alle unseren eigenen Roman, aber irgendwie scheinen ein anderer Schriftsteller oder mehrere andere Schriftsteller bereits aufdringlich und unausweichlich in den Plot eingegriffen zu haben.“ [Nooteboom, 1991] Was man auch tut, könnte man ohne dieses Erbe nicht tun – Erbe in der endlosen Reihe anderer Erben. Der kreative Prozess gestaltet sich als endlose Collage bewusster und auch unbewusster Einflüsse unserer Vorgänger. Möglicherweise ist es das, was Thomas Mann als „höheres

Abschreiben“ bezeichnete. Schöpfungen aus dem Nichts – das hat es nie gegeben [Lethem, 2007, Shields 2011].

Vielleicht wurde die Entwicklung dieser außergewöhnlichen persönlichen Beziehung auch dadurch gefördert, dass ich immer wieder abreisen konnte [...], die Begegnungen also niemals grauer Alltag wurden. Diese Reisen nach Birmingham – sie waren zuweilen fast wie Pilgerfahrten.

Ein letzter Blick

Manchmal hatte ich in den späteren Jahren eine Empfindung, dass, all die Jahre in einer in vieler Hinsicht unzulänglichen, nicht-perfekten Welt leben zu müssen, bei Kirklin ein stilles, vielleicht etwas trauriges, wehmütiges, Verständnis, eine resignierte Müdigkeit, vielleicht auch Akzeptanz einer Reihe unausweichlicher Wirklichkeiten des Lebens hat entstehen lassen. In seiner Presidential Address, 1979 vor der American Association for Thoracic Surgery, [Kirklin, 1979] verglich er den alternden Herzchirurgen mit dem Helden des Henry King-Films *The Gunfighter*, dargestellt von Gregory Peck. Nach vielen Herausforderungen und nach allzu vielen trotz aller Mühen nicht abwendbaren, unvermeidlichen Todesfällen, wird man, „wie ein alter Revolverheld – ein bisschen abgekämpft und im gewissen Sinne traurig angesichts der Unabwendbarkeiten im Leben.“ Irgendjemand hat ihn gefragt, ob er sich in diesem Sinn jetzt einem alten „gunfighter“ ähnlich fühle. Und Kirklin hat gesagt: „Sicher, ich denke, ja. Ein wenig traurig. Ein wenig der altmodischen, anekdotenhaften Ansichten überdrüssig. Du hörst immer und immer wieder dieselben Argumente. Deshalb diskutierst du nicht mehr darüber. Es ist, wie es ist.“ [Skates, 1992]

Ich schließe mit einem Zitat von Claudio Magris, dem Friedenspreisträger des Deutschen Buchhandels 2009: „Die Realität erfindet ihre nostalgischen Geschichten, und uns Epigonen bleibt nichts anderes übrig, als sie aufzuschreiben und zu wiederholen, sie von Mund zu Mund weiter zu geben, um herauszufinden, ob darin auch von uns die Rede ist.“ [Magris, 2004] Oder, wenn Sie wollen, wie es Friedrich Schiller in seiner Antrittsrede in Jena am 26. Mai 1789 formulierte: „Ein edles Verlangen muss in uns entglühen, zu dem reichen Vermächtnis von Wahrheit, Sittlichkeit und Freiheit, das wir von der Vorwelt überkamen und reich vermehrt an die Folgewelt wieder abgeben müssen, auch aus unsern Mitteln einen Beitrag zu legen, und an dieser unvergänglichen Kette, die durch alle Menschengeschlechter sich windet, unser fliehendes Dasein zu befestigen.“ [Schiller, 2006]

Prof. Dr. Jörg Ostermeyer

Weißbirkenkamp 23, 22391 Hamburg
E-Mail: cjosterm@aol.com

318. Delegiertenversammlung

Bei der 318. Delegiertenversammlung ging es um ethische Geldanlagen und andere Fragen rund ums Geld – außerdem um Berufspolitik.

Von Sandra Wilsdorf

Geld verdienen, *aber nicht auf Kosten anderer*



Will man sein Geld auf nachhaltige und ethisch unbedenkliche Weise investieren, sollte man dann bestimmte Unternehmen boykottieren oder versuchen, Einfluss auf ihre Geschäftspraktiken zu nehmen? Dies war eine der Kernfragen der 318. Sitzung der Delegiertenversammlung. Das Ärzteparlament hatte nämlich Vertreter der F&C Investments eingeladen, ihre Tätigkeit für das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg zu erläutern.

Ethische Aspekte im Investment

Zurückgehend auf einen Beschluss der Delegiertenversammlung im Jahre 2008 sollen die Anlagen des Versorgungswerks nicht ausschließlich nach Aspekten der Gewinnmaximierung angelegt werden, sondern Investments auch auf Nachhaltigkeit und Ethik geprüft werden. Das Versorgungswerk hat deshalb die Firma F&C Investments beauftragt, sie in dieser Hinsicht zu beraten. Mit ihrem „Responsible Engagement-Overlay“ (reo-Overlay) verfolgen die Berater nicht die Strategie, bestimmte Unternehmen grundsätzlich aus den Investmentfonds auszuschließen, sondern versuchen, Einfluss auf Geschäftspraktiken zu nehmen. Dem Versorgungswerk der Ärztekammer erstatten sie alle drei Monate Bericht über zentrale ethische Aspekte ausgewählter Unternehmen, wie Rechte von Arbeitnehmern, eventuelle Kinderarbeit sowie Bezahlung. „Am Beginn unserer Zusammenarbeit haben wir die Manager von F&C gebeten, bestimmte Vorstellungen des Versorgungswerkes bei den Unternehmen vorzutragen, bei denen wir investieren wollten“, erläuterte Dr. Torsten Hemker, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes. Inzwischen

wurde das Mandat dahingehend erweitert, dass F&C auf Aktionärshauptversammlungen das Stimmrecht für das Versorgungswerk ausübt. Weil die Investment-Firma auf diese Weise allein über den Nachhaltigkeits-Overlay 100 Milliarden Euro manage, sei die Möglichkeit, Einfluss auf Geschäftspraktiken zu nehmen, nicht unerheblich. Fondsmanager Matthias Beer erläuterte, wie beispielsweise das im Bergbau tätige Unternehmen Rio Tinto seine Geschäftspolitik geändert habe. „Wir haben mehrere Gespräche geführt, über die Einleitung von Abwässern einer Mine in Flüsse und über Projekte in sensiblen Regionen wie der Mongolei oder Madagaskar.“ Es sei unter anderem erreicht worden, dass Rio Tinto alle Sozialrichtlinien und ihre Umsetzung überprüft hat, und dass es neue Klimarichtlinien gibt, die auch Standort- und Produktisiken berücksichtigen.

Unabhängig von der Vorstellung der Fondsmanager hatten einige Delegierte um Prof. Winfried Kahlke einen Antrag eingebracht, der den Appell von 2008 konkretisieren sollte: Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes sollten vor jeder Kapitalanlage prüfen, ob sie mit dem ärztlichen Gelöbnis vereinbar sei. Produkte oder Leistungen, die gesundheitsgefährdend seien oder gegen Menschenrechte verstießen, sollten bei Kapitalanlagen und Investitionen grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Kahlke erläuterte den Antrag und bezog sich dabei auf die norwegische Regierung, die bei ihren Pensionsfonds eine Liste von rund 50 Unternehmen ausschließt, wozu künftig auch Rio Tinto gehören solle.

Ärztekammerpräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery appellierte an die Delegierten, diesen Antrag zurückzuziehen: „Die Vertreter von F&C haben heute eindrucksvoll dargestellt, dass unser Beschluss von 2008 sehr

gut umgesetzt worden ist, wir sollten das erst einmal ruhen lassen. Ich glaube das große Engagement von F&C bedarf keiner weiteren Verschärfung.“ Hemker unterstützte diesen Vorschlag: „Ich halte es durchaus für problematisch, bestimmte Branchen grundsätzlich auszuschließen.“ Kahlke argumentierte, dass beispielsweise die Tabakindustrie grundsätzlich ausgeschlossen gehöre, was Dr. Adib Harb mit der Gegenfrage nach der Süßwarenindustrie aufgriff: „Wo will man anfangen, wo aufhören?“ Nach längerer Diskussion zogen die Antragsteller den Antrag zurück und kündigten an, ihn überarbeiten zu wollen.

Das Versorgungswerk stand noch ein weiteres Mal auf der Tagesordnung: Es galt, einige Satzungsänderungen zu beschließen. Die Wichtigste: Während man früher bei Umzug in eine anderes Bundesland wählen konnte, in welchem Versorgungswerk man Mitglied sein wollte, gilt seit 2005 das Lokalitätsprinzip. Danach sind Ärztinnen und Ärzte heute in dem Versorgungswerk der Kammer Mitglied, in deren Einzugsbereich sie arbeiten. Um durch häufiges Umziehen verursachte Minirenten aus unterschiedlichen Versorgungswerken zu vermeiden, können bislang fünf Beitragsjahre, die nun auf acht erhöht werden sollten, auf das neue Versorgungswerk übergeleitet werden. Die Altersgrenze für die Überleitung sollte zudem von 45 auf 50 Jahre heraufgesetzt werden. Die Delegierten beschlossen diese und weitere Satzungsänderungen einstimmig bei einer Enthaltung.

Weiterbildung im Ausland stärker berücksichtigen

Eine Satzungsänderung gab es auch bei der Weiterbildungsordnung. Es ging dabei um die Anerkennung von Berufsqualifikationen, die außerhalb Deutschlands erworben wur-

den. Diese Kenntnisse und Fertigkeiten sollen künftig stärker berücksichtigt werden, so dass sich der Umfang der zu prüfenden Weiterbildungsinhalte reduziere.

Neues Eckpunktepapier zum § 116 b

Montgomery ging bei seinem anschließenden Lagebericht erneut auf das geplante Versorgungsstrukturgesetz ein. Diskussionspunkte gebe es noch um den § 116 b. Zwar habe sich inzwischen wohl die Erkenntnis durchgesetzt, dass man statt wie zunächst geplant von „spezialärztlicher Versorgung“ im Sinne einer dritten Säule neben ambulantem und stationärem Bereich doch lieber von ambulanter fachärztlicher Versorgung sprechen solle, der § 116 b werde aber immer weiter ausgedehnt. Aus einer Ländergruppe gebe es nun ein neues Eckpunktepapier. Die Vorschläge seien insgesamt dem früheren gemeinsamen Vorschlag von BÄK und KBV ähnlich.

Probleme beim Gendiagnostik-Gesetz

Probleme gebe es beim Gendiagnostik-Gesetz. Mit Wirkung vom 1. Februar 2012 dürfen nur noch Ärzte, die über besonde-

re humangenetische Erfahrungen verfügen und genetische Beratungen durchführen. Voraussetzung ist das Absolvieren einer Wissenskontrolle. Hierzu sollen gezielt Refresherkurse, vorwiegend für Gynäkologen und Kinder- und Jugendmediziner, angeboten werden. Dies ist derzeit Gegenstand intensiver Abstimmungsbemühungen auf Bundesebene. „Wir haben um zwei Jahre gebeten, aber das Bundesministerium für Gesundheit will das auf keinen Fall“, so Montgomery. Es entstehe deshalb die unglückliche Situation, dass man Regelungen für die Umsetzung eines Gesetzes erarbeiten müsse, das man eigentlich bekämpft habe. „Allein in Hamburg rechnen wir mit einem Nachschulungsbedarf von einigen hundert Kollegen, bei weniger als 25 Humangenetikern.“

Behandlung „Papierloser“

Montgomery berichtete außerdem über das Thema medizinische Versorgung so genannter „Papierloser“. Dafür hätte die Politik 500.000 Euro bereitgestellt. „Es sieht so aus, als würde das Deutsche Rote Kreuz als neutrale Organisation das Projekt übernehmen. Dabei sollten behandelnden Ärzten zunächst nur ihre Auslagen erstattet werden. Daraufhin haben wir gefordert, dass die Behand-

gen wenigstens mit einfachen GOÄ-Sätzen abgerechnet werden können. Montgomery wies außerdem auf eine von der KV Hamburg organisierte Protestveranstaltung gegen Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes auf die Versorgung in Hamburg hin.

Haushaltsplan 2012

In einem weiteren Tagesordnungspunkt ging es um den Haushaltsplan für das Jahr 2012, dessen Entwurf Donald Horn, kaufmännischer Geschäftsführer der Ärztekammer Hamburg, vorstellte: „Der Plan sieht auch im kommenden Jahr einen ausgeglichenen Haushalt vor. Er basiert auf der Gewinn- und Verlustrechnung 2010, den Monatsabschlüssen des laufenden Jahres und den absehbaren bzw. geplanten Veränderungen, wobei etliche Positionen wie die Einnahmen der Fortbildungsakademie nicht genau vorhersehbar sind. Hier sind wir vorsichtig optimistisch.“ Dr. Adib Harb, Vorsitzender des Rechnungsprüfungsausschusses, berichtete von Beratungen des Ausschusses über den Haushaltsplan und den mit 0,6 Prozent unveränderten Hebesatz und empfahl den Delegierten, beides anzunehmen. Diese verabschiedeten beides jeweils einstimmig.

Jetzt NEU in der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern*



PRADAXA®

35 % relative Risikoreduktion von Schlaganfällen und systemischen Embolien^{1}**

mit 150 mg 2x täglich vs. Warfarin

Pradaxa®
Dabigatranetexilat

* Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:

- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie
- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %
- Symptomatische Herzinsuffizienz, ≥ NYHA Klasse II
- Alter ≥ 75 Jahre
- Alter ≥ 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie

RE-LY®-Studiendesign: Prospektive, randomisierte, offene Studie mit verbundelter Endpunktauswertung (PROBE-Design). Dieses Design vereint einen starken Praxisbezug mit einer hohen Evidenz in der Ergebnisauswertung.

+ 110 mg 2x tägl.: Vergleichbare Reduktion von Schlaganfällen und system. Embolien vs. Warfarin. Diese Dosierung ist angezeigt für bestimmte Patientengruppen. 1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009; 361:1139-1151 und N Engl J Med 2010; 363:1875-1876

Pradaxa® 75 mg/110 mg/150 mg Hartkapseln, Wirkstoff: Dabigatranetexilat. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 75 mg/110 mg/150 mg Dabigatranetexilat (als Mesilat); *Sonstige Bestandteile:* Weinsäure, Arabisches Gummi, Dimeticon 350, Talkum, Hypromellose, Carrageenan, Kaliumchlorid, Titandioxid, Indigokarmmin (E 132), Gelborange S (E 110), Hypromellose, gereinigtes Wasser, Schellack, Butan-1-ol, 2-Propanol, Ethanol vergällt (mit Aceton, Methanol und Acetylacetat), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Propylenglykol. **Anwendungsgebiete:** Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz. Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: Vorausgegangener Schlaganfall; transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie; linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %; symptomatische Herzinsuffizienz, ≥ New York Heart Association (NYHA) Klasse 2; Alter ≥ 75 Jahre; Alter ≥ 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min); akute, klinisch relevante Blutung; Organschäden, die das Blutungsrisiko erhöhen; spontane oder pharmakologisch bedingte Einschränkung der Hämostase; Beeinträchtigung der Leberfunktion oder Lebererkrankung, die Auswirkungen auf das Überleben erwarten lässt; gleichzeitige Behandlung mit systemisch verabreichtem Ketoconazol, Itraconazol, Ciclosporin oder Tacrolimus. **Nebenwirkungen:** Anämie, Hämoglobin vermindert, Nasenbluten, gastrointestinale Blutung, urogenitale Blutung, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Dyspepsie, Übelkeit, Thrombozytopenie, Hämatokrit vermindert, Arzneimittel-Überempfindlichkeit, Hautausschlag, Pruritus, allergische Reaktion, intrakranielle Blutungen, Hämatom, Hämoptyse, Wundblutung, Blutung, rektale Blutung, hämorrhoidale Blutung, gastrointestinale Ulzera, Gastroösophagitis, gastroösophageale Refluxkrankheit, Erbrechen, Dysphagie, abnorme Leberfunktion/abnormer Leberfunktionstest, Leberenzyme erhöht, Transaminasen erhöht, Hyperbilirubinämie, Hautblutung, Hämorrhoiden, Hämaturie, blutige Absonderung, traumatische Blutung, postoperatives Hämatom, postoperative Blutung/Anämie/Absonderung, Wundsekretion, Wunddrainage, Urtikaria, Blutung an der Injektionsstelle, Blutung an der Eintrittsstelle eines Katheters, Blutung am Inzisionsort, postoperative Drainage, Bronchospasmus. **Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- bzw. Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen. Stand der Information: August 2011**

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, 55216 Ingelheim am Rhein
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 061 32 / 72 99 99, E-Mail: info@boehringer-ingelheim.de

46/11 **Boehringer Ingelheim**

KV-Vertreterversammlung

Das Versorgungsstrukturgesetz leitet eine Änderung der Bedarfsplanung ein. Die Vertreterversammlung diskutierte Chancen und Risiken, die mit der Reform verbunden sind. Was kommt auf niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zu?

Von Franziska Schott

Wird Versorgung planbar?

„Qualität und Umfang der ärztlichen Leistungen können in Hamburg nur gehalten werden, wenn wenigstens die Kosten bezahlt werden“, sagte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Michael Späth, als er den Delegierten der Vertreterversammlung am Abend des 17. November 2011 ein Zwischenresümee der Protestkampagne „Billig wird teuer“ vorstellte. Späth berichtete von einer Aktion ärztlicher Berufsverbände in Hamburg auf der Mönckebergstraße, wo große Praxiszelte aufgestellt wurden, um zu zeigen, wie eine Versorgung, deren finanzielle Basis immer weiter geschwächt wird, künftig aussehen könnte. Auch die Website www.billigwirdteuer.de, Postkarten und Flyer sind Teil der laufenden Protestaktion, die weiterhin zu unterstützen Späth seine Kollegen aufforderte.

Die subjektiv als lang empfundene Wartezeiten (die im bundesweiten Vergleich eher unterdurchschnittlich lang sind) resultieren nach Auffassung von KV-Hamburg-Chef Dieter Bollmann in erster Linie aus der in Deutschland hohen Anzahl der Arzt-Patientenkontakte. Die Steuerung der Patientenströme bedürfe neuer Strukturen, so Bollmann. Unter der Fragestellung „Wie soll ärztliche Versorgung in Zukunft organisiert werden?“ erläuterte er die Grundzüge der Bedarfsplanung, wie sie durch das Versorgungsstrukturgesetz auf den Weg gebracht werden soll.

Bedarfsplanung in Zeiten drohenden Ärztemangels

Heute stünde nicht mehr wie noch vor 20 Jahren das „Vermeiden von Überversorgung“ im Fokus der Bedarfsplanung, sondern vielmehr das „Planen von Versorgung“ in Zeiten eines drohenden Ärztemangels. Die bisherige Bedarfsplanung, die zehn Planungskategorien (vom ländlichen Raum bis zur Kernstadt oder Sonderregion) unterschied und je nach Raumtyp und Arztgruppe unterschiedliche Verhältniszahlen definierte, werde es in der Form nicht mehr geben, so Bollmann.

Zunächst sollen auf Bundesebene die Räume neu geordnet werden. Die neuen Konzepte des Bundesinstituts für Bau, Stadt und Raumforschung sehen Folgendes vor:

1. die Basisversorgung nach Gemeindeverbänden zu planen,
2. die fachärztliche Grundversorgung nach Pendleraufkommen,

3. die fachärztliche Spezialversorgung nach Raumordnungsregionen und

4. den fachärztlichen Sonderbereich nach KV-Regionen.

Unterschiedliche Verhältniszahlen solle es nur für die Bedarfsplanung des Pendlerkonzeptes, also für den Bereich der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung geben, wie zum Beispiel bei Augen-, HNO- oder Frauenärzten. Hier gilt: Je größer die Stadt und je höher das Pendleraufkommen, desto kleiner die Verhältniszahl.

Bollmann betonte, dass Hamburg primär für alle Ebenen ein Planungsbereich bleibe, Untergliederungen aber möglich seien. Auf Regionalebene dürfe künftig von den bundesweit vorgegebenen Bedarfsplanungsrichtlinien abgewichen werden.

Mehr Ärzte bedeuten nicht mehr Geld ins System

Neu sei, dass nun alle Ärzte der Bedarfsplanung unterliegen sollen, wobei noch unklar sei, ob die Arztgruppen (derzeit 14) noch weiter unterdifferenziert werden. „Die Differenzierung von Gruppen führt tendenziell zu einem Mehr an Bedarf“, so Bollmann. Doch die neue Bedarfsplanung dürfe nicht dazu führen, dass in Hamburg immer mehr Ärzte ins System kommen. „Denn mehr Geld kommt durch eine Zunahme der Arztzahlen nicht ins System.“

Die Sonderbedarfszulassung sei in Zukunft an feste Kriterien gebunden. So müsse eine unterdurchschnittliche Versorgungslage objektiv festgestellt und die Wirtschaftlichkeit der betroffenen neuen und bereits bestehenden Praxen nachgewiesen werden. Ein Instrument hierfür sei die von der KBV entwickelte kleinräumliche Bedarfsanalyse, mit deren Hilfe feststellbar sei, wie sich Patientenströme in den Stadtteilen bewegen.

Bedarfsplan von Kassen und KV

In Zukunft solle der Bedarfsplan nicht mehr vom Landesausschuss aufgestellt werden, sondern im Einvernehmen zwischen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung. Nur wenn beide keine Einigung erzielen könnten oder von den bundesweiten Vorgaben abgewichen werden soll, würde der Landesausschuss angerufen. Neu sei, dass die Behörde in

diesem Gremium künftig Mitberatungsrecht habe und die Entscheidungen am Ende beanstanden könne. Bollmann betonte abschließend, dass für Hamburg die Einrichtung eines zusätzlichen Gremiums für sektorenübergreifende Versorgungsplanung (mit beratender Kompetenz) per Landesgesetz zu erwarten sei.

Details der beabsichtigten Regelungen werde er erst in den kommenden Vertreterversammlungen darstellen können, so Bollmann. Doch der KV-Chef riet den Ärzten und Psychotherapeuten, „am Ball zu bleiben und sich zu informieren, denn die Rahmenbedingungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ändern sich für alle“.

„Lasst es, wenn möglich, so wie es ist....!“

Als „groteske Fehlplanung, Luftnummer und Fehlkalkulation“ bezeichnete der Vorsitzende des Berufsverbandes der Internisten, Dr. Wolfgang Wesiack, das Vorhaben, die Bedarfsplanung zu ändern. „Schließlich ist die heutige Bedarfsplanung so schlecht nicht“, so Wesiack. „Sie gewährleistet doch eine gute Versorgung auf gutem Niveau.“ Eine Aufteilung beziehungsweise Unterteilung der Fachärzte für Innere Medizin in weitere Arztgruppen lehne er strikt ab. Die durch eine Änderung der Bedarfsplanung entstehenden zusätzlichen Arztsitze müssten durch das begrenzte Honorar mitfinanziert werden.

Dr. Michael Reusch hingegen erachtete die kleinräumliche Bedarfsanalyse als notwendig, betonte aber, man dürfe diese jedoch nicht als Planungsinstrument missbrauchen. Eine vergleichende Versorgungsforschung müsse alle relevanten europäischen Länder in den Blick nehmen. „Nur so bekommen wir belastbare Zahlen, die zeigen, was die Vorteile des deutschen Gesundheitssystems sind.“

Medizinqualität statt eCard-Bürokratie

„Gerade vor dem Hintergrund, dass wir in Hamburg so rückläufige Honorare zu verzeichnen haben, ist es skandalös, dass wir mit Hilfe der eCard-Lesegeräte Stammdaten erfassen und damit als Außenstelle der Krankenkassen missbraucht werden sollen“, betonte Späth. Auf Initiative von Dr. Silke Lüder beschloss die Vertreterversammlung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufzufordern, die Einführung dieser Funktion der elektronischen Gesundheits-

Vertreterversammlung verabschiedet Haushalt

Mit einem Jahresüberschuss von über vier Millionen Euro hat die KV Hamburg 2010 abgeschlossen. Als gute Bilanz bezeichnete Dr. Eckard von Bock und Polach, Vorsitzender des Finanzausschusses, das Ergebnis. Zu verzeichnen sei in der Jahresrechnung lediglich ein geringer Anstieg der Kosten für den Personalaufwand (fast 400.000 Euro), der jedoch, laut von Bock und Polach, in erster Linie auf die Änderungen der Tarifverträge der Länder zurückzuführen sei. Aufgrund der häufigeren Inanspruchnahme von Zulassungs- und Prüfungsinstanzen sei auch der Aufwand für die gemeinsame Selbstverwaltung geringfügig gestiegen. Die Jahresbilanz wurde von der Vertreterversammlung einstimmig genehmigt und der Vorstand entlastet.

Der Haushalt für 2012 wurde beschlossen.

karte auf der Gesellschaftsversammlung der Gematik am 4. Dezember in Berlin zurückzuweisen. Lüder begründete dies mit den „abgesenkten Sicherheitsstandards“ der Karten: Die Kassen hätten auf Tests und Sicherheitskomponenten verzichtet, was zu Lasten der Versorgung und der Patientensicherheit gehe.

Da die Krankenkassen Lüder zufolge entgegen allen Versprechungen versuchen, die Arztpraxen bereits ab 2012 mit dem Zwang zur Onlinestammdatenaktualisierung in „administrative Außenstellen“ zu verwandeln, drohten nicht nur Mehrkosten, sondern auch lange Wartezeiten und ein Zusammenbruch der EDV-Systeme. Ziel der Kassen sei es, die Investitionskosten auf Kassenseite auf Kosten der Arztpraxen wieder einzusparen, so Lüder. Mit der Begründung, dies belaste die Ärzte zeitlich und finanziell und gefährde darüber hinaus die Patientensicherheit, lehnte die Vertreterversammlung die eCard-Pläne geschlossen ab.



Stressfrei!

Wir singen -
im Hamburger Ärztechor

Lust!

Männer bevorzugt -
im Hamburger Ärztechor

... und ohne Frust!

Auch für Frauen -
im Hamburger Ärztechor

HAMBURGER ÄRZTECHOR LEITUNG ANDREAS WENDORFF

MACHEN SIE MIT UND RUFEN SIE UNS AN: 040-682 65 43 · WIR PROBEN JEDEN MONTAG UM 20 UHR · HUMBOLDTSTRASSE 56 · 22083 HAMBURG

Dr. Michael Späth
Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der KV Hamburg



Ambulante Versorgung Gesetzliche Regelung für unterversorgte Gebiete soll auch in Hamburg praktiziert werden.

Von Dr. Michael Späth

Hamburg ein Notstandsgebiet?

Mir fällt es schwer, dieser Logik noch zu folgen. Als die Hamburger Vertragsärzte gegen den Entzug von 50 Millionen Euro für die ambulante Versorgung in Hamburg protestierten, wehrten sich die Hamburger Krankenkassen mit ihren Standardargumenten: Hamburg leide an Überversorgung, zu vielen Ärzten und Psychotherapeuten und habe den höchsten Behandlungsbedarf in der Republik. Damit blasen sie in dasselbe Horn, wie einige „Kollegen“ in Westfalen-Lippe, die lautstark eine weitere Umverteilung von Hamburger Geldern in Richtung Westfalen-Lippe und Nordrhein fordern. Zur Erinnerung: Weil einige KVen es nicht schaffen, die benötigten Mittel bei den Krankenkassen abzuholen, geht man den einfacheren Weg und holt sich das Geld bei den vermeintlich reichen Hamburgern.

Einzigartige Versorgungsstrukturen

Ist Hamburg im ambulanten Bereich nun über- oder unterversorgt? Ein Blick auf die Bedarfsplanung zeigt, dass Hamburg in allen der Bedarfsplanung unterliegenden Gruppen einen Versorgungsgrad von über 110 Prozent hat. Das heißt, es gibt bei diesen Fachgruppen keine freien Zulassungen mehr. Hamburg ist eine schnell wachsende Stadt. In 2012 werden in Hamburg rund 1,8 Millionen Menschen leben. Das bedeutet, dass bei Neuberechnungen ab und zu einzelne Stellen freiwerden. Da die Wartelisten für Zulassungen lang sind, sind auch diese wenigen freien Zulassungen schnell vergeben.

Es stimmt: Formal bietet Hamburg überdurchschnittlich viele ambulante Behandlungsleistungen an. Bereinigt man diese

Rechnung um Faktoren wie psychotherapeutische Versorgung (die in allen Großstädten vehement nachgefragt wird) oder Umlandversorgung, liegt Hamburg allerdings unter dem Bundesdurchschnitt. Diese Zusammenhänge jedoch werden konsequent ausgeblendet, weil sonst deutlich würde, dass die Umverteilung zu Lasten Hamburgs auf einer Milchmädchenrechnung beruht.

Hamburgs ambulante Medizin ist Spitze – und das hat sich herumgesprochen. Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten versorgen nicht nur Hamburger Bürger, sondern ziehen in hohem Maße (zu fast einem Drittel) auch Versicherte aus Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern an. Damit hat Hamburg bundesweit den höchsten Umland-Versorgungsgrad. Doch die Leistungen für die „Fremdversicherten“ erhält die KV Hamburg über den Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) nur quotiert vergütet. Derzeit liegt der Abschlag zwischen 15 und 18 Prozent. Gegen diese – aus Sicht der KV Hamburg rechtswidrige – Praxis klagt die KV Hamburg gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Hamburg hat eine einzigartige Versorgungssituation, wie sie in dieser Form in keiner anderen KV-Region in Deutschland existiert. Dazu gehört nicht nur die Lage (norddeutsche Medizinmetropole), sondern auch die Struktur der Versicherten. Hamburg ist eine schnell wachsende Stadt mit einem hohen Anteil an Alleinstehenden, insbesondere jungen Alleinstehenden. Das bringt spezielle, durch Studien belegte Versorgungserfordernisse mit sich: Großstädtische Singles sind eher auf die Hilfe des Gesundheitssystems angewiesen als sozial gut eingebundene Landbewohner.

Und es gibt noch eine Besonderheit: In Hamburg wird vieles ambulant erledigt, was an-

derswo noch immer stationär stattfindet. Die Modernität und hohe Qualität der ambulanten Versorgung könnte nun für Hamburg zum Problem werden.

Alle ziehen an einem Strang

Gerade an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung leidet Hamburg in keiner Weise an Unter-versorgung. Das hat auch der Konflikt um den § 116 b gezeigt. Niedergelassene Ärzte und KV bezweifeln nicht, dass die Spezialversorgung gemäß § 116 b für extrem selten auftretende Erkrankungen und Fälle mit besonders schwerem Verlauf sinnvoll ist. Hier ziehen alle Beteiligten, KV, Behörde und Krankenhäuser, im Interesse der Patienten an einem Strang.

Unverständlich ist aus unserer Sicht die behördliche Zulassung für Krankenhäuser, die eine ambulante onkologische Versorgung nach § 116 b im Krankenhaus anbieten wollen. Es gibt kaum einen Bereich, in dem eine so hoch qualifizierte und optimale Versorgung in den niedergelassenen Praxen angeboten wird, wie gerade in der Onkologie. Ähnliches gilt für andere Spezialversorgungsbereiche wie Kardiologie, HIV-Versorgung, Dialyse-Behandlung und weitere.

Verdrängungskampf oder Wettbewerb?

An dieser Stelle soll eine neue Regelung im Versorgungsstrukturgesetz greifen, die ursprünglich für unterversorgte Regionen geschaffen wurde: Es soll ein „gemeinsames Landesgremium“ unter Beteiligung der Ge-

sundheitsbehörde, der Krankenkassen, der Landeskrankengesellschaft, der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung geschaffen werden, das gemeinsame Empfehlungen für die ambulante Versorgung abgibt – wohlgemerkt nur die ambulante, nicht die stationäre Versorgung. Fraglich ist allerdings, ob das „gemeinsame Landesgremium“ zum Eingriff in die Aufgaben des für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschusses legitimiert ist. Vermutlich wird es bei Empfehlungen und Stellungnahmen bleiben.

Mit dem „gemeinsamen Landesgremium“ werden wir die Probleme an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht lösen können. Ich bin allerdings ohnehin kein großer Freund zusätzlich einzurichtender Planungsgremien. Eine objektive Wahrheit über den besten und günstigsten Weg der Versorgung existiert nicht. Unter den gegebenen politischen

Rahmenbedingungen wird ein sektorenübergreifendes Planungsgremium tendenziell immer fordern, Krankenhausressourcen für ambulante Versorgung zu nutzen. Und sie wird dies im Namen des Wettbewerbs tun. „Der Wettbewerb ist der beste Schiedsrichter für Qualität und Leistung“, behauptete beispielsweise Fokko ter Haseborg, zweiter Vorsitzender der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, kürzlich erst wieder auf dem 7. Hamburger Symposium für integrierte Gesundheitslösungen.

Doch Wettbewerb ist nur dann im Interesse des Patienten, wenn er fair ausgetragen wird. Nicht hilfreich ist ein aggressiver Verdrängungswettbewerb, der, weil er zu unfairen Bedingungen stattfindet, bewährte ambulante Strukturen zerstört und damit die Qualität der Versorgung möglicherweise sogar verschlechtert.

Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden, und so lange die Krankenhäuser

staatlich alimentiert werden und die unterschiedlichen Sektorenbudgets nicht zusammengeführt sind, findet kein fairer Wettbewerb statt, sondern ein Verteilungskampf, bei dem die Vertragsärzte großen Klinikkonzernen gegenüberstehen – ein Kampf, der sich übrigens nur auf die lukrativen Fachgebiete in den ohnehin gut versorgten Ballungsgebieten erstreckt.

Wo Mangel herrscht, ist die Wettbewerbsintensität zwischen den Akteuren gering. Hier zeigen die Krankenhäuser wenig Interesse daran, in die ambulante Versorgung einzusteigen. Hier, und nur hier, könnte eine Planung bewirken, dass zumindest das Nötigste an Versorgung verfügbar bleibt. Diese Aufgabe wird weiter der KV, dem Landesausschuss und natürlich den Vertragsärzten vorbehalten bleiben – jenen also, die nicht von „Gesundheitswirtschaft“, sondern von Medizin im Dienste der Patienten sprechen.

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

Lösung: Seite 37

Anamnese:

Ein 43-jähriger Patient stellte sich zur weiteren Abklärung einer im Rahmen eines ambulanten Thorax CTs aufgefallenen Raumforderung der Leber vor. Eine daraufhin veranlasste, ambulant durchgeführte Kernspintomographie des Abdomens war ebenfalls nicht richtungsweisend.

Die Bilder zeigen B-Bild und Farbdopplersonographie (Bilder 1 und 2) sowie Spätphase (Bild 3; hier nach 130 sec) nach der Gabe von Ultraschallkontrastmittel (1 ml Sonovue).

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



2



1



3



10 Jahre Patientenberatung

Seit 2001 bieten Ärzte und Sozialversicherungsfachangestellte Orientierung im Gesundheitswesen.

Von Dorthe Kieckbusch

Am Anfang war ein Karteikasten



Die gemeinsame Patientenberatung von Ärztekammer Hamburg und Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) feierte Mitte November ihr zehnjähriges Bestehen. Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks würdigte die Arbeit der Beratungsstelle: „Rund 15.000 Menschen im Jahr entscheiden sich für die Patientenberatung von Kammer und KV – das setzt Vertrauen voraus“. Die Patientenberatung könne im persönlichen Gespräch mit Patientinnen und Patienten Orientierung bieten. Schaut man auf die Entwicklung der Patientenberatung, so Prüfer-Storcks, sei der Weg vom Karteikasten zum Rückgriff auf qualitätsgesicherte Daten heute beachtlich.

Die Erfolgsgeschichte der Patientenberatung begann vor über zehn Jahren (s. auch Hamburger Ärzteblatt 11/2001, S. 550; 10/2011, 34f.). Anne Hammer, Ärztin und Diplom-Psychologin, heute Leiterin des siebenköpfigen Teams, wurde für die vielen täglichen Anfragen von Patientinnen und Patienten eingestellt und operierte zunächst mit einem Kar-

teikasten – und einer kostenpflichtigen 0900er Nummer. Das bewährte sich nicht. Eile und Druck liefen der gewünschten Beratung zuwider, daher wurde die 0900er Nummer durch eine normale Telefonnummer ersetzt.

Eine Oase im Gesundheitswesen

Ärztekammer und KV Hamburg entschieden sich 2001, das Projekt gemeinsam zu tragen. „Ich bin sehr stolz auf die Hamburger Ärzteschaft, dass sie diese Einrichtung ohne jede finanzielle Hilfe von außen trägt“, sagte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und der Bundesärztekammer, anlässlich der Jubiläumsveranstaltung. Die Beratung biete eine einzigartige Mischung aus Zeit und Kompetenz und sei damit eine Oase im heutigen Gesundheitswesen, das immer mehr von Zeitdruck und finanziellen Zwängen dominiert werde. Und Dieter Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, verwies auf

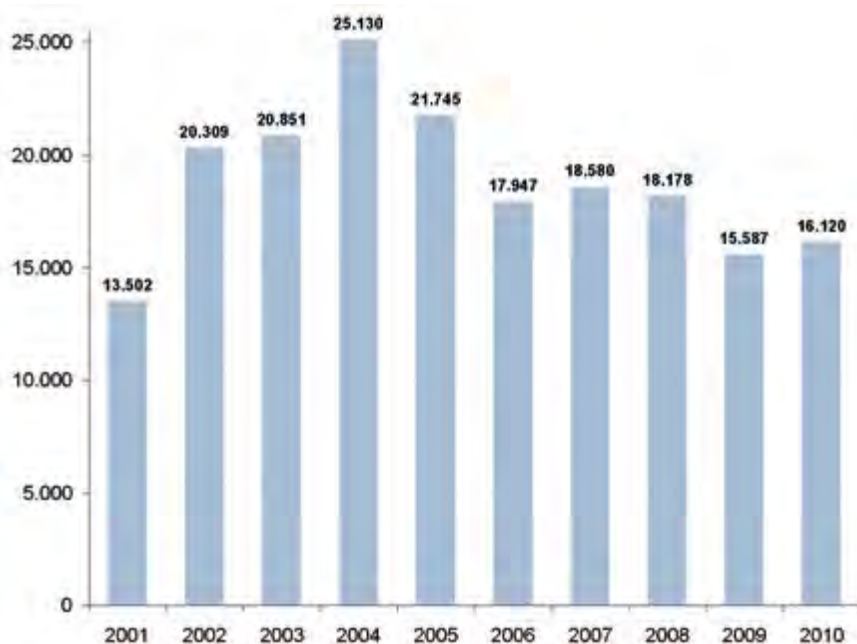


Abb. 1: Beratungskontakte 2001 bis 2010

das „Alleinstellungsmerkmal“ der Patientenberatung: „Die Patientenberater nutzen das Expertenwissen von Kammer und KV und fragen mal die Prüfarzte mal die Juristen, wenn es weiteren Klärungsbedarf gibt.“

Wie verloren sich Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem fühlen können, stellen Ärzte und Sozialversicherungsfachangestellte der Patientenberatung alltäglich fest: „Patienten irren durch das Gesundheitswesen und fühlen sich verloren“, so Hammer. Es gäbe viele Angebote, unverständliche Begriffe, verwirrende medizinische und gesundheitspolitische Zusammenhänge. Der Wunsch, am medizinischen Fortschritt und allen Möglichkeiten der Medizin teilzuhaben und einen Arzt des Vertrauens zu haben, stoße nicht selten an Grenzen. Grenzen, die durch Sozialgesetzbücher, Richtlinien, Verträge und ökonomische Interessen verschiedener Beteiligter vorgegeben sind. „In den letzten zehn Jahren ist die Tendenz zu komplexeren Beratungen noch deutlicher geworden“, bilanzierte Hammer. Viele Wünsche und Vorstellungen der Patienten seien Ergebnisse nicht stattgefundener oder missverständlicher Kommunikation zwischen den Beteiligten.

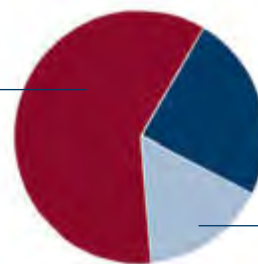
Was fragen Patienten?

Die Beratungsinhalte gleichen sich verständlicherweise über die Jahre und lassen sich grob in drei Komplexe unterteilen: Medizinische Fragen, Fragen zum Sozialversicherungsrecht und Beschwerden. Im September 2011 wurden in einer ausführlicheren Stichprobe Anrufe statistisch mit folgenden Ergebnissen erfasst: Medizinische Fragen machen insgesamt 60 Prozent der Anfragen aus. In knapp der Hälfte davon geht es um die Suche nach einem Spezialisten zu einem bestimmten Krankheitsbild, in weiteren 32 Prozent geht es um medizinische Informationen zu bestimmten Krankheitsbildern oder Therapien, 13 Prozent interessieren sich für Institutionen und Beratungseinrichtungen, weitere sechs Prozent für apparative Ausstattung oder besondere diagnostische Maßnahmen, beispielsweise ein offenes MRT oder den H2-Atemtest. In einem knappen Viertel der Anrufe geht es um Fragen des Sozialversicherungsrechts, wenn beispielsweise ein Arzt etwas nicht verschreiben will, die Kasse aber angibt, dass sie die Leistung durchaus erstatten würde. Ernst Heise Luis, Sozialver-

Was fragen Patienten?

Stand September 2011, Beratene Personen: 1.239, Gesamtzahl der Themen: 1.540

Was fragen Patienten?
919 (60 %)



Sozialversicherungsrecht:
374 (24 %)

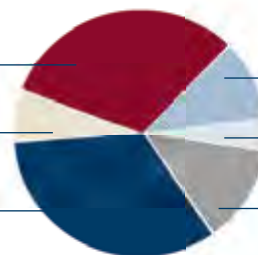
Beschwerden:
247 (16 %)

Beschwerden (Gesamt: 374)

Zwischenmenschliches:
119 (32 %)

Berufsrecht der Hamburger
Ärzte: 25 (7 %)

Leistungsrecht der
Krankenkassen: 127 (33 %)



Behandlungsfehler eines Arztes:
40 (11 %)

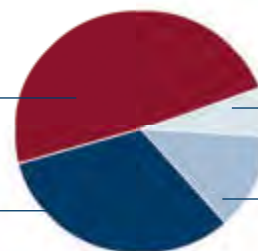
Behandlungsfehler im
Krankenhaus: 14 (4 %)

Privat abrechnungen (GOÄ):
49 (13 %)

Medizinische Fragen (Gesamt: 919)

Spezialisten, Behandlersuche,
Krankenhäuser: 451 (49 %)

Medizinische Informationen:
298 (32 %)



Apparative Diagnostik:
55 (6 %)

Institutionen,
Beratungseinrichtungen:
115 (13 %)

sicherungsfachangestellter und Patientenberater stellte einen dieser Fälle vor. Darin war eine Frau von der Krankenkasse nach Aktenlage für arbeitsfähig erklärt worden. Die Beratung informierte über die Möglichkeiten des Widerspruchs, klärte darüber auf, dass die behandelnde Ärztin eine schriftliche Stellungnahme erstellen muss und konnte so erreichen, dass die Patientin weiterhin Krankengeld erhielt.

Ein Anruf – viele Fragen

Die Anfragen in der Patientenberatung werden komplexer. Die Anfragen umfassen verschiedene Bereiche, die Anrufer bringen aber immer auch ihre emotionalen Belange zum Ausdruck. Hierzu das Beispiel einer 77-jährigen Frau, die im September anrief.

Die Patientin beklagte sich, dass ihr Hausarzt nichts unternimmt, er nehme „nur“ Blut ab. Ihre Freundin habe vorgeschlagen, dass sie zu zwei Fachärzten gehen solle – die sie nur mit Hilfe eines Krankentransports erreichen könne – um eine Schilddrüsenszintigraphie machen und die Herzprobleme untersuchen zu lassen. Durch Fragen stellte sich heraus, dass sie an Hashimoto leidet, sie gehbehindert ist und ihr Blutdruck zu hoch ist. Zu klären war nun, was wünscht die Patientin, welche Erkrankung hat sie, wie be-

handelt man eine Hashimothyreoiditis? Weiß die Patientin, was dies für eine Krankheit ist und wie man sie behandelt? Hat sie mit ihrem Arzt geredet, warum er „nur“ Blut abnimmt, kennt sie die Ergebnisse der Blutabnahme? Sieht die Patientin die Möglichkeit, das mit dem Arzt zu besprechen? Welche Befürchtungen hat die Patientin, warum vertraut sie der Freundin mehr als ihrem Arzt? Was kann der Kardiologe oder der Endokrinologe, was der Hausarzt nicht kann? Wäre ein Besuch beider Fachärzte ein „Gewinn“ oder eher eine zusätzliche Belastung? Sie möchte einen Krankentransport: was sagen die Transportrichtlinien? Wer gibt ihr gegebenenfalls Überweisungsscheine? Im Ergebnis konnte die Patientin durch die Beratung ermutigt werden, alle offenen Fragen mit dem Hausarzt zu besprechen.

Als weiteren Schwerpunkt befasst sich die Patientenberatung mit Beschwerden von Patienten (16 Prozent). Die Patientenberatung klärt auf, verweist an die Schlichtungsstelle oder die Berufsordnung und informiert über die verschiedenen Beschwerdewege.

Benzo-Hotline und Hilfe für Ärzte

„Die Patientenberatung kann auch einen Blick werfen auf das, was im Gesundheitssystem noch verändert werden muss“, sagte Senatorin Prüfer-Storcks. Ein Beispiel dafür, wie auch die Rückwirkung ins Gesundheitswesen durch die Beratungsarbeit stattfinden kann, brachte Dr. Frauke-Ishorst-Witte, Internistin und Patiententherapeutin. Vor zirka zwei Jahren erreichten die Beratung vermehrt Anfragen von Patienten, die langjährig Benzodiazepine oder Z-Medikamente eingenommen hatten und deren behandelnde Ärzte diese Verschreibungspraxis so nicht fortführen wollten. Nachforschungen der Patientenberatung ergaben, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen zunehmend derartige Rezepte überprüfen und bei Ärzten nachfragen. Um sich nicht dem Risiko eines Regresses auszusetzen, wichen einige Ärzte auf das Privat Rezept aus. Denn die Beruhigungsmittel dürfen nur in Ausnahmefällen länger als vier Wochen verordnet werden. Auf Initiative der Beratung gründete sich daraufhin eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe. Ziel war die Beratung und Information der Patienten, aber auch der Ärzte im Hinblick auf Indikation, Suchtpotential, Rechtsgrundlagen und Entzugsmöglichkeiten. Die Gruppe initiierte Fortbildungen, erarbeitete einen Leitfaden in Kooperation mit der Apothekerkammer und nahm an der Dachkampagne der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz zum Thema Medikamentenmissbrauch teil. Für Ärztinnen und Ärzte richtete die Ärztekammer eine Hotline innerhalb der Patientenberatung ein. Parallel findet weiterhin die Beratung betroffener Patienten statt.

Patientenbeteiligung in der Medizin

Die Patientenberatung stellt täglich fest: die Diskrepanz zwischen (Patienten)-Wunsch und (Arzt)-Wirklichkeit könnte kleiner sein. Wie Patient und Arzt Partner in Sachen Gesundheit werden können, referierte Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, in seinem Gastvortrag. Für ihn ist es nicht verwunderlich, dass die Patientenberatung vor zehn Jahren gegründet wurde. Denn vor rund zehn Jahren begann auch das Thema Patientenbeteiligung an Fahrt aufzunehmen. Zahlreiche Projekte und Studien entstanden, die um das Thema Arzt-Patienten-Kommunikation kreisten. Dabei werde mehr und mehr das paternalistische Rollenverständnis des Arztes abgelöst von einem partnerschaftlichen. Allerdings sei das Thema älter als man denkt, so Härter, und nahm die Gäste mit auf eine Zeitreise: „Bereits bei Platon ist das Modell des *shared decision making* beschrieben“ (s. Kasten). Als unerlässliche Merkmale gehören in einen Arzt-Patienten-Dialog Problemdefinition, die Darstellung der Gleichwertigkeit („Equipose“), die Beschreibung der Behandlungsmöglichkeiten und Risiken, das Explorieren von Verständnis, Befürchtungen und Erwartungen beim Patienten, die Klärung der Rollenpräferenz und Entscheidungsfindung sowie die Überprüfung der Vereinbarungen. In einem seiner Projekte erforschte Härter die Patienten-Arzt-Kommunikation von Hausärzten bei depressiven Patienten. Ziel war es zu untersuchen, wie hoch der Grad der Patientenbeteiligung war. „Festgestellt haben wir“, so Härter,

Zeitreise

Der Athener: Bist Du einverstanden, bei denen, die man Ärzte nennt, die Gattungen „Sklaven“ und „Freie“ zu unterscheiden?

Kleinias: Ohne Zweifel.

Der Athener: Da sind es doch in der Regel die Sklaven, die zumeist die Sklaven behandeln, wobei sie entweder Hausbesuche machen oder sie in ihrem Sprechzimmer empfangen.

Aber keiner von den Ärzten dieser Art gibt irgendeine Erklärung über die jeweilige Krankheit und nimmt auch keine entgegen, sondern er verordnet ihm das, was ihm aufgrund seiner Erfahrung richtig scheint, ..., eigenmächtig wie ein Tyrann.

Der Athener: Der freie Arzt dagegen behandelt in der Regel die Krankheiten der Freien ... Er bespricht sich gemeinsam mit dem Kranken ... Er macht ihm keinerlei Vorschriften, bevor er ihn irgendwie von seiner Ansicht überzeugt hat...

Ist nun diese oder jene die bessere Art, mit der ein Arzt seine Heilung vornimmt, indem er seine Wirkung auf zweifachem Wege erzielt, oder nur auf dem einen, und zwar dem schlechteren und rücksichtsloseren der beiden?

Kleinias: Der doppelte Weg ist bei weitem vorzuziehen.

Aus: Platon (427-347 a. C.) - Die Gesetze

„dass Patienten in Entscheidungsprozesse bislang wenig eingebunden sind.“ Den weitaus größten Anteil am Patienten-Arztgespräch hatte die Problembeschreibung (762, 7 Sekunden), die Patientenperspektive hingegen nahm nur 48,4 Sekunden ein. Können Trainings an dieser Situation etwas verändern? Ja, so die eindeutige Antwort von Härter. Es gab tatsächlich bessere Ergebnisse nach den Trainings, wobei die Befürchtung von Ärzten, dass der Zeitaufwand steige, nicht eintraf. Dies konnte mit einer anderen Gesprächsstruktur erreicht werden.

Andere Hilfe und Unterstützung bieten laut Härter schriftliche Entscheidungshilfen für Patienten, von denen in den vergangenen Jahren mehr und mehr entstanden sind. Beispielsweise die Entscheidungshilfe Prostata-Screening, die gemeinsam vom Deutschen Krebsforschungszentrum, der Universität Bremen und der AOK entwickelt wurde (www.PSA-Entscheidungshilfe.de). Oder die Entscheidungshilfe zum akuten Rückenschmerz von der Techniker-Krankenkasse.

Die Auseinandersetzung mit den Defiziten in der Kommunikation habe aber auch dazu geführt, die Inhalte im Medizinstudium anzupassen. „Im Hamburger Reformcurriculum stehen Kommunikationstrainings auf dem Stundenplan“, so Härter. In einer Lernspirale von drei Stufen gehe es zunächst um Basiswissen, dann um partizipative Entscheidungsfindung, *Behavior Change Counseling* (MI) und das Mitteilen schlechter Nachrichten. In der dritten Stufe werden Gespräche mit Schwerkranken und Sterbenden, Gespräche bei Migrationshintergrund sowie Intra- und interprofessionelle Kommunikation trainiert.

Depressionen

Antidepressiva im Alter

Depressionen nehmen im Alter zu, ebenso wie die Verordnungen von Antidepressiva. In einer neuen englischen Beobachtungsstudie mit über 60.000 Patienten wurden die Risiken einer antidepressiven Pharmakotherapie evaluiert. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) waren in dieser Studie nicht mit einem geringeren Risiko für z.B. Mortalität, Schlaganfälle, Stürze, oder Epilepsie verbunden als trizyklische Antidepressiva (TCA). Die Ergebnisse der englischen Studie können u. a. wegen unterschiedlicher Verordnungshäufigkeit der SSRI oder dem Einsatz in D nicht oder kaum gebräuchlicher TCA (Dosulepin, Lofepramid, Trazodon) nicht 1 zu 1 auf die Situation in Deutschland übertragen werden.

Grundsätzlich scheint auch die Kontrollgruppe nicht ideal ausgewählt zu sein: nach einem Kommentar unterscheiden sich nicht antidepressiv behandelte Patienten von den Behandelten in mehrfacher Weise (u. a. unterschiedliche Symptome und Begleiterkrankungen, generell erhöhte kardiovaskuläre und Gesamtmortalität bei Depressiven).

Trotzdem können aus der Studie folgende Überlegungen erwogen werden:

- Im Alter und insbesondere bei zusätzlich geringem Körpergewicht genügen oft die halbe Dosis (und weniger) der empfohlenen Verordnungsmenge. Die meisten UAW sind dosis- und zeitabhängig; bei möglicher Dauermedikation kann eine verringerte Dosis vor dem Auftreten von UAW schützen.
- Besonders deutlich wird dies beim Einsatz von TCA. Bei der Einführung der SSRI verstiegen sich einige Patientengruppen in Briefen an Ärztekammern zu der Behauptung, dass die Verordnung von TCA nun „ein Verbrechen“ sei. Dies kann diese Studie widerlegen.
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen sollten im Alter immer in die engere Wahl genommen werden. Depressionen im Alter sind ein gutes Beispiel (mehr Zuwendung, Psychotherapie, Beschäftigungstherapie).

Ein Kommentar zu einer Studie bei depressiven Demenzkranken lässt eine Antidepressivatherapie im Alter generell fragwürdig erscheinen: der Einsatz von Sertalin oder Mirtazapin über 13 Wochen ergab keinen Unterschied zwischen den beiden Verumpräparaten und Placebo. *Quellen: A rzneiverordnungsreport 2010, S. 817, 986, 990; Brit. Med. J. 2011; 343: 329-10 und 354; Dtsch. Apo. Ztg. 2011; 151: 3436*

Paracetamol

Risikogruppen

Die Berücksichtigung niedriger Kinderdosierungen von Paracetamol-haltigen Arzneimitteln – abhängig vom Lebensalter oder vom Körpergewicht – ist gut bekannt. Weniger bekannt ist, dass auch bei Erwachsenen die allgemein empfohlene maximale Tagesdosis von 4 g zu hoch sein kann:

- Ein 43-jähriger Patient mit Morbus Crohn und einem Körpergewicht von 30 kg erhielt über 4 Tage 4g/d Paracetamol. Das sich entwickelnde Leberversagen konnte mit ärztlichen Maßnahmen nicht mehr gestoppt werden.
- Eine 32-jährige Patientin mit chronischem Alkoholabusus und einem Körpergewicht von 44 kg erhielt zur Therapie von Entzugser-

scheinungen und Gastritis-Schmerzen u. a. auch 4 g/d Paracetamol. Nach drei Tagen trat ein akutes Leberversagen auf, die Patientin erholte sich nach 15 Tagen.

Paracetamol wird verstärkt zu dem lebertoxischen Metaboliten N-acetyl-p-benzoquinonimin (NAPQ) verstoffwechselt bei

- Glutathionmangel
- Cytochrom P450 –Enzyminduktion
- Überdosis.

Patienten sind insbesondere bei Glutathionmangel gefährdet. Dieser Mangel kann eintreten, wenn Patienten

- untergewichtig (< 50 kg KG) oder
- alkoholabhängig sind oder
- die Glutathionsynthese anderweitig gestört ist.

Die Autoren empfehlen, bei diesen Patienten eine Dosis von 2g/d Paracetamol nicht zu überschreiten.

Quelle: Brit. Med. J. 2010; 341: 1269

Pelargoniumextrakt (Umckaloabo®)

Lebertoxizität

Die AkdÄ informierte über das Auftreten einer medikamentötoxischen Hepatitis unter der Einnahme von Umckaloabo®, einem Pflanzenextrakt zur Behandlung von akuter Bronchitis und Erkältung. Zusätzlich wies sie noch auf mehrere Verdachtsberichte über Transaminasenerhöhungen und weitere Hepatitiden hin. Die klinische Relevanz der geltend gemachten Symptomverbesserungen sei unklar. Jedes Auftreten einer schweren unerwünschten Wirkung muss deshalb kritisch gesehen werden.

Der Hersteller erklärte, dass es keinen gesicherten oder wahrscheinlichen Fall erhöhter Leberwerte gäbe. Vorsorglich will er jetzt jedoch in der Gebrauchs- und Fachinformation auf entzündungsbedingte Leberveränderungen im Einzelfall hinweisen.

In der Vergangenheit wurden bei der Einnahme verschiedener Pflanzenextrakte lebertoxische Reaktionen beobachtet. Eine Auswahl: 2006 Cimicifuga, 2002 Kava Kava, 1999 Schöllkraut, 1998 pyrrolizidinhaltige Pflanzen wie Huflattich, 1996 chinesische Heilkräuter. Teils waren überhöhte Dosierungen verantwortlich, in der Mehrzahl der Fälle könnten jedoch idiosynkratische Reaktionen aufgrund genetisch unterschiedlicher Enzymmuster in der Leber ursächlich für die Lebertoxizität gewesen sein. Pflanzenextrakte werden nur auf ihre Hauptinhaltsstoffe standardisiert. In Anbetracht unzähliger weiterer Inhaltsstoffe, je nach Charge auch in unterschiedlichen Konzentrationen, ist es nicht verwunderlich, dass Patienten in Einzelfällen empfindlich reagieren können.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2011; A 1651-52; Dt. Apo Ztg. 2011; 151: 3589-91

Ergänzung aufgrund der Anmerkung eines aufmerksamen Kollegen: Sicherer Verordnen, Folge 234, Rhein. Ärzteblatt 10/2011:

NSAID und Säurehemmstoffe

Arthrotec® ist derzeit in Deutschland als Arthrotec forte® im Handel. Als medizinisch wenig empfehlenswertes fixes Kombinationspräparat (enthält Diclofenac und Misoprostol) ist es im Rahmen der GKV nicht erstattungsfähig. CytotecR als Monopräparat sollte verordnet werden.

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel.: 18 18 81 - 0 oder info.altona@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankehaus, Institut für Pathologie, Anm. unter Tel.: 25 46 - 27 02	Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. Haebler, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. Montag im Monat, 18 s.t. – 19.30 Uhr	Montagskolloquium	VDBW, Anm.: Herr Stöcker, Tel.: 73 60 17 20 oder ulrich.stoecker@vdbw.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld, 14
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	AK Harburg, Chirurgie, Anm. unter Tel.: 18 18 86 - 0 oder info.harburg@asklepios.com	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel.: 74 10 - 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. Stock, Seminarraum
Dienstags und donnerstags, 7.30 Uhr	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel.: 25 46 – 14 02	Demoraum der Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf, Anm. u. Tel.: 72 55 40	Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel.: 18 18 86 - 23 41, E-Mail: v.maassen@asklepios.com	Konferenzraum Radiologie, Haus 8
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, 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	13.12.: Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 4. Dienstag im Monat, 18 – 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz (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. Rüther, Tel.: 23 84 30 - 42, Fax: - 45	Radiolog. Privatpraxis Finkenstaedt/ Maas, Raboisen 40
Mittwoch, 14. Dezember, 16 – 19 Uhr	Gynäkologische Reihe „Primäre und sekundäre Amenorrhoe“	amedes HH, Anm.: Frau Bolevic, Tel.: 0172 - 265 46 29 oder per E-Mail an seminare.gynaekologie@amedes-group.com	Zentrum für Endokrinologie, Mönckebergstr. 10, Barkhofpassage
Mittwoch, 11. Januar	Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium „No Risk – No Fun? Fehler und Gefahren im Rettungsdienst“	Asklepios Klinik St. Georg, Abt. f. Anästhesie u. operative Intensivmedizin, Schmerz- u. Rettungsmedizin, Tel. 18 18 - 85 48 24	Lohmühlenstr. 5, Sitzungssaal, Haus J, 2. OG
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel.: 25 46 – 14 61	Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anm. unter Tel. 644 11 - 421, Fax: -312, www.amalie.de	Haselkamp 33, Raum Berlin im Seminarzentrum
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	„Pädiatrische Fortbildung“	Altonaer Kinderkrankenhaus, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Anm.: Prof. Riedel, Tel.: 8 89 08 - 202, www.kinderkrankenhaus.net	Bleickenalle 38
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	„Onkologische Konferenz“ des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel.: 7 90 20 - 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel.: 4 41 90 - 6 69	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 15 – 16 Uhr	Große Neurokonferenz: Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie	AK Altona, Neurologische Abteilung, Anm.: Frau Jakus, Tel.: 18 18 81 - 18 13	Radiologie, 1. OG. Demoraum 1
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf, Anm. u. Tel.: 72 55 40	Röntgenkonferenz, Hs. B
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schmerzambulanz Alten Eichen, Anm.: Frau Falckenberg, Tel.: 5 40 40 60	Krankenhaus Alten Eichen, Wördemannsweg 23
Jd. 2. Mittwoch, 19 – 20 Uhr	„Energiewende, Gesundheitswesen kritisch betrachtet (z. B. E-Card), Friedenspolitik“	IPPNW Hamburg, Dr. M. Lotze, Tel.: 22 17 04	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/maligen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46 - 14 02)	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Haus 1
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	21.12.: Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	AK Altona, Infos und Anm.: Frau Schmidt-Zoricic, Tel.: 18 18 81 - 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel.: 18 18 85 - 42 74	Haus CF, Konferenzraum
Jd. 4. Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“	Universitäres Herzzentrum HH, Klinik f. Gefäßmedizin, Anm.: Fr. Hidalgo, Tel.: 74 10 - 5 38 76	Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Anm.: Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81 - 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	15.12.: „Journal-Club“; 22.12.: „NN – zur vorweihnachtlichen Disposition“; 29.12.: Jahreswechsel; 5.1.: „Palliative Komplexbehandlung in der gynäkologischen Onkologie“; 12.1.: „Kongressbericht vom San Antonio Breast Cancer Symposium“	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, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 790 20 - 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurg. Abt., Tel.: 18 18 83 - 12 65	Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/ Neonatologie/ Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel.: 673 77 - 2 82	Ärztbibliothek
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel.: 18 18 81 - 0 oder info.altona@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/ Onkologie, Tel.: 18 1 882 - 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi 15 Uhr, Tel. 55 88 - 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Jd. 2. Donnerstag, 16.15 – 18.30 Uhr	15.12.: „Der Preis des Lebens: Zu Kosten und Nutzen von neuen Krebstherapien“; 12.01.: „Personalisierte Medizin: Stand der Dinge, Perspektiven und Risiken“	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 7 41 05 - 36 96	Campus Lehre, N 55, Seminarraum 209 (2. OG)
Donnerstag – Freitag, 12. – 13. Januar	6. Operationskurs „Defektdeckungen an Hand und Unterarm“	BG Unfallkrankenhaus Hamburg, Abt. für Handchirurgie, Plastische u. Mikrochirurgie, Anm.: Frau Palasz, Tel. 73 06 - 27 46	Bergedorfer Str. 10
Freitag – Samstag, 13. – 14. Januar	Vorbereitungskurs „Gynäkologische Endokrinologie“ zur Facharztprüfung	amedes HH, Anm.: Frau Daniel, Tel.: 0172 - 265 47 43 oder per E-Mail an seminare.gynaekologie@amedes-group.com	Zentrum für Endokrinologie, Mönckebergstr. 10, Barkhofpassage
Freitag – Samstag, 20. – 21. Januar	Gynäkologentag Hamburg 2012 zusammen mit 154. Stiftungsfest der „Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg“	FBA Frauenärztliche BundesAkademie, Berufsverband der Frauenärzte e. V. (LV HH), Anm.: Dr. Cremer, Tel. 46 46 82, E-Mail cremer@bvf-hamburg.de	Ärztelhaus, Humboldtstr. 56
Samstag, 14. Januar, 9 Uhr	14. Jahrestagung der NVSM (Norddeutsche Vereinigung für Schlafmedizin e. V.) – „Schlafmedizin (interdisziplinär), Schwerpunkt: internistisch“	NVSM/ Nord Service Projects GmbH, Anm.: Frau Götsch, Tel. 04193/7576 - 610, E-Mail kongress@nordserviceprojects.de	Maritim Hotel Reichshof
Auswärts			
Berlin: 9. – 20. Januar	15. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall	Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztl. Fortbildungswesen, Anm.: Frau Schroeter, Tel. 030/ 30 88 89 20 oder per E-Mail an c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de	10015 Berlin, Robert-Koch-Platz 7
Bremen: 22. – 24. Februar	22. Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege Bremen	Wissenschaftlicher Verein zur Förderung der klinisch angewendeten Forschung in der Intensivmedizin e. V./ BTZ Bremer Touristik-Zentrale/ Tagungsbüro Intensivmed, Tel. 0421/ 308 00 60, Web www.intensivmed.de , E-Mail intensivmed@bremen-tourism.de	Messe und Congress Centrum Bremen

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

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

Peritonitis

Chirurgische Therapie der schweren Bauchfellentzündung.

Von Dr. Christopher Pohland, Prof. Dr. Wolfgang Schwenk

Reißverschluss ade – und nun „Schwamm drüber“?

Die meisten sekundären Bauchfellentzündungen können durch einmalige Operation erfolgreich behandelt werden. Bei manchen Patienten mit schwerer Peritonitis muss in der akuten Krankheitsphase jedoch mehrfach operiert werden. Das von Prof. Dr. Wolfgang Teichmann 1980 im Krankenhaus Altona entwickelte Konzept der Etappenlavage (ETL), mit programmierter abdominaler Revision über einen sukzessive verengten, temporären Bauchdeckenverschluss per „Reißverschluss“ (später Gleitschienenverband Ethizip®), zeigte sich für diese schweren Fälle als ideal geeignet. Dieses Behandlungskonzept hat die Therapie der schweren Peritonitis nicht nur in Hamburg sondern in ganz Deutschland geprägt. Seit 2008 steht der Ethizip® nicht mehr zur Verfügung, gleichzeitig werden vakuumschwamm-basierte Behandlungskonzepte massiv beworben. Anhand der Erfahrungen der vergangenen fünf Jahre sollen die Ergebnisse der ETL mit dem Gleitschienenverband dargestellt und alternative Behandlungsverfahren kritisch beleuchtet werden.

In der eigenen Klinik wurden von 2006 bis 2010 1.145 Patienten mit sekundärer Peritonitis behandelt. Von diesen mussten 210 im Konzept der ETL behandelt werden und wurden prospektiv erfasst. Der SAPS II Score dieser schwer kranken Patienten lag im Durchschnitt bei 46,7, so dass Krankenhausletalität von 39% erwartet werden musste. Tatsächlich verstarben nur 19% der Patienten im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes und bei fast 96% konnte ein Verschluss der Bauchwandfaszie nach Abschluss der ETL erreicht werden.

Prinzipielle Vorteile der Altonaer ETL, wie die frühzeitige Behandlung septischer Komplikationen, Entlastung des abdominalen Kompartiment, niedrige Dünndarmfistelquote, hohe Faszienschlussquote, lassen sich durch Einsatz eines zugstablen Netzimplantates anstelle des nicht mehr produzierten Gleitschienenverbandes weiter erfolgreich nutzen. Darüber hinaus ist eine Zusammenführung schwerer Peritonitisfälle in spezialisierten Zentren zur Verbesserung der Ergebnisse dringend erforderlich.

Die akute Bauchfellentzündung wird nach ihren Ursachen in eine primäre (ohne sekundäre Infektionsquelle), sekundäre (durch Perforation eines intraabdominellen Hohlorgans) oder tertiäre Form (persistierende oder rezidivierende Entzündung nach Therapie der sekundären

Bauchfellentzündung) unterschieden. Die chirurgische Therapie der sekundären Peritonitis beruht heute noch auf den bereits im 19. Jahrhundert durch Miculicz und später durch Kirschner formulierten Prinzipien: Sanierung der Infektquelle, Beseitigung des Exsudates und Ableitung von postoperativ auftretendem Exsudat und Debris (Mikulicz 1889, Kirschner 1926, Büchler 2011). Prinzipiell wird dieses Ziel heute durch ein- und mehrzeitige Verfahren erreicht. Die Mehrzahl der Peritonitispatienten kann durch einzeitige operative Fokusbeseitigung erfolgreich behandelt werden. Eine erneute Laparotomie ist dann nur bei Befundverschlechterung („Laparotomie-on-demand“) erforderlich. In besonders schweren Fällen ist ein solches Vorgehen nicht ausreichend (Ruler 2007), der Patient muss sich zur adäquaten Behandlung einer Folge geplanter Revisionsoperationen unterziehen (Strobel 2011, Hartl 2011).

In Hamburg haben Teichmann und Mitarbeiter das Konzept der so genannten Etappenlavage (ETL, Teichmann 1986) am Ende des 20. Jahrhunderts entscheidend geprägt und in der Asklepios Klinik Altona kontinuierlich weiterentwickelt. In den vergangenen drei Jahrzehnten konnte die Sterblichkeit bei schwerer sekundärer Peritonitis dadurch deutlich gesenkt werden. Insbesondere der in die Bauchdecke eingenähte Gleitschienenverband vereinfacht den Ablauf der ETL erheblich. Da der auch in der Laienpresse als „Reißverschluss“ (Hamburger Abendblatt 12/2008) bekannte Gleitschienenverband heute nicht mehr produziert wird, stellt sich die Frage, ob alternative Verfahren zur effektiven Durchführung der ETL bei sekundärer Peritonitis ebenso gut geeignet sein können. Im Folgenden werden aktuelle Ergebnisse aus der AK Altona dargestellt und Vor- und Nachteile der verschiedenen Techniken zur ETL bei schwerer Peritonitis erläutert.

Patienten und Methode

In der Asklepios Klinik Altona wurde der Verlauf von Patienten mit schwerer Peritonitis seit 1980 prospektiv erfasst. Von 1980 bis 2006 wurden 4.277 Patienten mit einer Peritonitis behandelt. Bei 941 Patienten (22%) war eine ETL erforderlich und das heute noch gültige Altonaer Konzept der ETL wurde entwickelt. Die Indikation

zur ETL besteht, wenn die Herdsanierung bei Ersteingriff unsicher ist, die Abtragung von nekrotischem Gewebe nur unvollständig erfolgen kann oder die Gefahr eines abdominellen Kompartmentsyndroms mit nachfolgendem Organversagen durch erhöhten intraabdominellen Druck besteht (Teichmann 2008).

Als Ersatz für den seit 2008 nicht mehr hergestellten Gleitschienenverband verwenden wir ein preiswertes, ebenfalls zugstabiles Polyesternetz (Parietex®), das nach Fixation an Peritoneum und Faszie mehrfach in der Mitte eröffnet und durch fortlaufende Naht readaptiert werden kann. Die programmierten Revisionen erfolgen zunächst täglich. Dabei werden alle neu gebildeten Darmverwachungen noch in zartem Zustand ohne zusätzliches Trauma vollständig gelöst und alle intraabdominellen Räume suffizient lavagiert. Das Dünndarmkonvolut wird vor dem temporären Verschluss der Bauchdecke in eine Polyethylenfolie (Vi-Drape®; Abb. 1) eingeschlagen. Diese bietet mechanischen Schutz, reduziert Flüssigkeitsverluste und verhindert interenterische Adhäsionen und Verklebungen zwischen Darm und Bauchwand. Aufgrund der geringeren Retraktionstendenz der Faszien nach querer gegenüber medialer Laparotomie wird der quere Zugang in Altona auch bei Notfällen angewendet. Das Einnähen des Gleitschienenverbandes (Abb. 2) oder des Polyesternetzes (Abb. 3) in die Laparotomiewunde erlaubt zunächst eine nachhaltige Entlastung des gefährlichen intraabdominellen Hochdruckes. Um der bei offenen Bauchdecken rasch einsetzenden Fasziereaktion entgegenzuwirken und den Verschluss der Bauchwandfaszie auch nach mehrfachen programmierten Lavagen zu ermöglichen, wird das Verschlussmaterial in seiner Weite bei jeder Revision auf das geringstmögliche Maß reduziert. So gelingt unter Ausheilung der Peritonitis und rückläufigem Darmwandödem sukzessive die Readaptation der Faszierränder bis zum endgültigen Verschluss durch Fasziennaht.

Schweregrad des Krankheitsbildes

Da sowohl die Qualität der Peritonitis (putride, fäkulent etc.) als auch die Ausdehnung des entzündlich befallenen Bauchfellanteils (lokale, 1- bis 4-Quadrantenperitonitis) nur ungenügend mit dem Schweregrad der daraus resultierenden Sepsis assoziiert sind, wird die Schwere des Krankheitsbildes in Altona traditionell nicht mit einem Peritonitis Index abgebildet, sondern durch den *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS II) (Le Gall 1993, Le Gall 2005, www.sfar.org/scores2/saps2.html) bei Erstaufnahme auf der interdisziplinären operativen Intensivstation beschrieben. Der SAPS umfasst physiologische Parameter die eine Sepsis beschreiben, die Aufnahmeart (Notfall/elektiv) und prognostisch relevante Begleitkrankheiten. Die erwartete Krankenhausletalität steigt von 4% bei einem SAPS von 20 und 11% bei SAPS 30, über 45% bei SAPS 50 auf 85% bei SAPS 70 sprunghaft an (Le Gall 1993, Le Gall 2005).

Ergebnisse

Von Januar 2007 bis Dezember 2010 wurden 210 Patienten mit einer schweren Peritonitis in das Etappenlavageprogramm aufgenommen. Das Durchschnittsalter der 88 Frauen (42%) und 122 Männer (58%) betrug 64 (16 – 87) Jahre. 26 Patienten waren über 80 Jahre alt (12%). Die

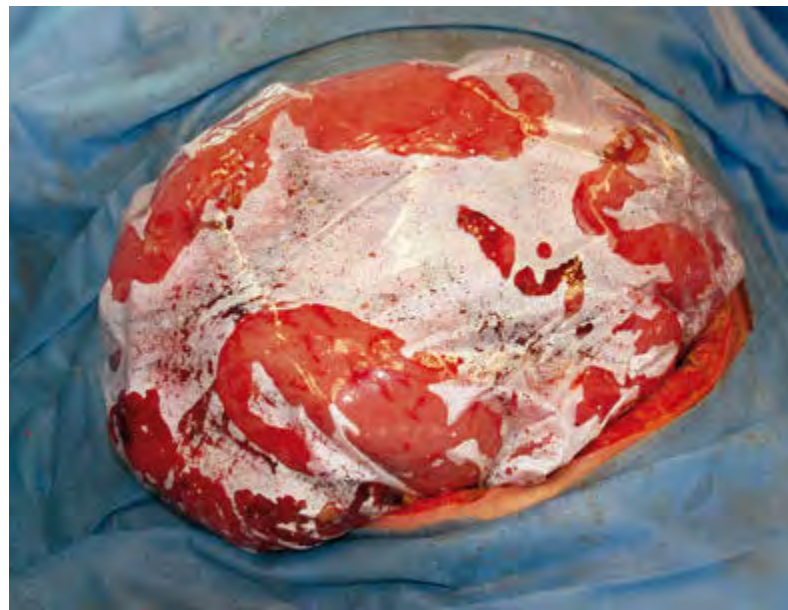


Abb. 1: Polyethylenfolie (Vi-Drape®) zum Schutz des Darmkonvolutes bei Altonaer ETL



Abb. 2: Gleitschienenverband („Reißverschluss“; Ethizip®) in situ bei Altonaer ETL

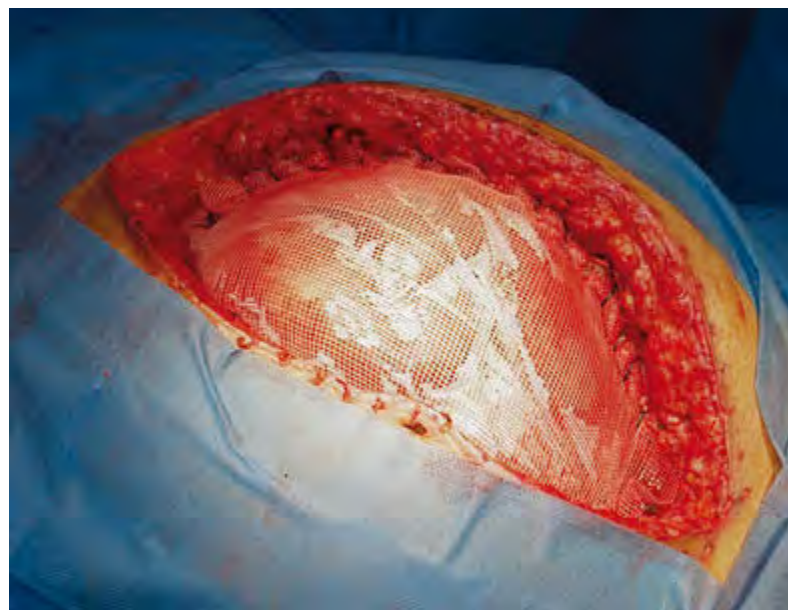


Abb. 3: Zugstabiles Kunststoffnetz (Parietex®) in situ bei Altonaer ETL

Tab. 1: Ausgangsorgan, Patienten, SAPS II-Score, Anzahl der programmierten Relaparotomien, sowie nach SAPS II-Score zu erwartende und tatsächlich beobachtete Letalität bei Patienten mit schwerer Peritonitis in der ETL

Ausgangsorgan	Patienten n (%)	SAPS II	Anzahl ETL Median (Range)	Letalität	
				erwartet (%)	tatsächlich (%)
Gallenwege	9 (4,3%)	46	6 (4-8)	37	11
Pankreas	13 (6,2%)	43	8 (2-24)	31	46
Ösophagus	5 (2,4%)	54	9 (2-25)	56	40
Magen	3 (1,4%)	55	2 (2-11)	58	33
Duodenum	5 (2,4%)	56	3 (2-16)	60	40
Dünndarm	43 (21%)	49	4 (2-27)	44	19
Colon	110 (53%)	46	5 (2-47)	37	16
Appendix	9 (4,3%)	45	4 (2-6)	35	0
andere Organe	13 (6,2%)	39	5 (3-10)	23	21

Tab. 2: Ergebnisse der Vakuumtherapie im Vergleich zur Altonaer ETL nach Teichmann

Autor	Jahr	Patienten	Letalität (%)	Faszienverschluss (%)	Fistelbildung (%)
Bosscha	2000	67	28	28%	24
Wild	2004	16	25	?	?
Oetting	2006	22	22	68	14
Perez	2007	37	38	70	?
Rao	2007	19	21	?	32
Horwood	2009	27	37	55	10
Amin	2009	20	0	75	10
Perathoner	2010	19	21	79	0
Pliakos	2010	21	24	29	?
Schmelzle	2010	49	?	22	?
Fieger	2011	72	11	43	22
Altonaer ETL	2011	210	19	6	2

meisten Patienten hatten eine Dickdarm- oder Dünndarmläsion, seltener lag die Quelle im Bereich der Appendix, des oberen Gastrointestinaltraktes, des Pankreas, der Gallenwege oder des Urogenitalsystems (Tab. 1). Im Mittel mussten bei diesen Patienten sechs (2 – 47) programmierte Relaparotomien durchgeführt werden. Bei rasch gebesserter Lokalfindung und Rückgang der septischen Kreislauf- und Immunsituation konnte bei 56 Patienten (27%) die Etappenlavage bereits nach drei Eingriffen beendet werden, 29 (19%) Patienten wurden häufiger als zehn Mal revidiert (Tab. 1).

Im Rahmen der programmierten Relaparotomien wurden bei 26 Patienten (12%) initial nicht vorhandene Nahtinsuffizienzen erkannt, darunter zwei Insuffizienzen des Duodenalstumpfes. Ferner fanden sich zwölf Darmischämien und vier Durchblutungsstörungen eines Enterostomas. Dünndarm- oder Dickdarmfisteln wurden bei nur fünf Patienten (2%) diagnostiziert und therapiert. Kein Patient, dessen Peritonitisbehandlung in der AK Altona begonnen wurde, musste mit einer persistierenden Darmfistel nach Hause entlassen werden.

Ein primärer Verschluss der Bauchdecke einschließlich der Faszie war bei 201 Patienten (96%) möglich. Von den neun Patienten ohne Faszienverschluss verstarben fünf bevor ein Bauchdeckenverschluss erreicht werden konnte, davon zwei Patienten bereits unmittelbar nach der ersten Revision. Bei den vier Überlebenden ohne primären Faszienverschluss waren über zehn Etappenlavagen zur Ausheilung der Peritonitis erforderlich gewesen (11 – 25). Demgegenüber konnte bei 22 der 29 Patienten (76%) mit mehr als zehn Revisionsoperationen dennoch die Bauchwand inklusive der Faszie verschlossen werden. Die aufgrund des mittleren SAPS II-Scores von 46 erwartete Mortalität aller Patienten lag bei 37%. Tatsächlich verstarben nur 40 der 210 Patienten (19%) während des Krankenhausaufenthaltes. Dabei war die Sterblichkeit sowohl mit dem Alter (Abb. 4), als auch mit der Ursache der Peritonitis assoziiert (Tab. 1). Sowohl im gesamten Patientengut als auch in den einzelnen Gruppen mit Ausnahme der Pankreaspatienten lag die tatsächliche Sterblichkeit niedriger als die erwartete Letalität.

Sterblichkeit gesenkt

Die schwere sekundäre Peritonitis geht mit einer Sterblichkeit von bis zu 50% einher (Dollinger 1994). Bei den meisten Patienten kann der infektiöse Fokus innerhalb einer operativen Sitzung saniert und adäquat behandelt werden (Seiler 2000, Koperna 2000). Wenn der intraabdominelle Infektionsherd nicht sofort beseitigt werden kann, ein abdominelles Kompartmentsyndrom droht oder der Patient zu instabil für einen Bauchdeckenverschluss ist, reicht die einzeitige chirurgische Behandlung aber nicht aus. Flankiert von intensivmedizinischen Maßnahmen gelang es in den letzten Jahrzehnten durch die ETL, auch bei diesen schwer kranken Patienten die Sterblichkeit zu senken (Agalar 2005, Teichmann 2008). Der passagere Verschluss der Bauchdecke kann dabei entweder über das in Altona seit fast 30 Jahren etablierte Verfahren des Gleitschienenverbandes oder die seit wenigen Jahren zur Verfügung stehenden Vakuumverbände erfolgen. Obwohl beide Verfahren die einfache wiederholte Eröffnung der infizierten Bauchhöhle zur Lavage ermöglichen, bestehen doch gravierende Unterschiede zwischen beiden Techniken. Beim Vakuumverfahren

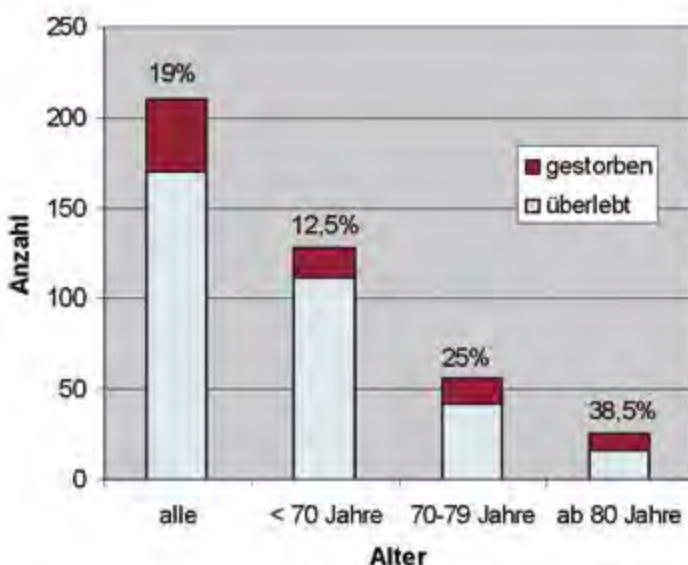


Abb. 4: Alter und Letalität von Patienten mit schwerer Peritonitis im Altonaer ETL-Programm

wird ein Kunststoffschwamm in einer Lochfolie auf den Darm gelegt und ein weiterer Schwamm im Hautniveau mit einer luftdichten Kunststoffolie verklebt. Über eine gezielte Perforation der Folie wird dann ein kontinuierlicher oder intermittierender Unterdruck von bis zu 150mm Hg angelegt (Brock 1995) (Abb. 5). Durch die Sogwirkung soll das interstitielle Ödem vermindert, die lokale Perfusion und Oxygenierung verbessert und infektiöse Sekrete kontinuierlich abgesaugt werden (Oetting 2006, Fieger 2011). Durch diese kontinuierliche Drainage wird das Intervall zwischen den programmierten Relaparotomien auf drei bis vier Tage verlängert, so dass der personelle und zeitliche Aufwand der ETL deutlich reduziert wird (Oetting 2006).

Probleme des Vakuumverbandes

Diesen Vorteilen der Vakuumtherapie stehen als Nachteile die fehlende Redression der Bauchdecke auf der Faszienebene und die mechanische Alteration des peritonitisch veränderten Darmes durch den Sog gegenüber. Da eine Retraktion der Faszierränder durch den Vakuumverband nicht verhindert werden kann, ist der spätere Verschluss der Bauchdecke durch Fasziennaht nur in 22 – 79% der Fälle möglich (Tab. 2). Die Deckung des Darmes erfolgt dann nur durch Haut (entweder durch direkte Naht oder durch Spalthautplastiken). Es resultiert ein Laparostoma mit anhaltenden erheblichen Behinderungen durch die fehlende Bauchmuskulatur (Abb. 6). Die langen Intervalle zwischen Relaparotomien und effektiver Absaugung der interenterischen Flüssigkeit führen zur raschen Verklebung aller Dünndarmschlingen zu einem kompakten Gewebeblock. Dünndarmfisteln werden daher bei bis zu 32% der Patienten beobachtet (Tab. 2).

Die Altonaer ETL nach Teichmann mit täglicher Revision inklusive vollständiger Adhäsilyse, mechanischer Protektion des Dünndarmes durch eine Kunststoffolie und Redressierung der Faszien durch einen Gleitschienenverband beugt den genannten Problemen des Vakuumverbandes vor. Der wesentliche Nachteil dieser Technik ist zweifelsohne der hohe organisatorische und personelle Aufwand durch die täglichen Revisionen im Operationssaal. Diese sind häufig nicht in das ausgelastete Operationsprogramm während der Regelarbeitszeiten der chirurgischen Klinik zu integrieren. Der reibungslose Ablauf dieser Eingriffe am Nachmittag oder Abend setzt ein eingespieltes Team aus Ärzten und Pflegekräften auf der Intensivstation und im Operationssaal voraus. Wie bei anderen Komplexeingriffen wächst auch die Expertise behandelnder Chirurgen und Anästhesisten natürlich mit der Zahl der durchgeführten Behandlungen. Daher sind gute Ergebnisse bei der Behandlung der schweren sekundären Peritonitis in spezialisierten Zentren, die bereits sind den mit der ETL verbundenen Mehraufwand zu tragen bereit sind, leichter zu erzielen. Während die Behandlung der weniger schweren Peritonitis durch einen einzeitigen Eingriff und nachfolgender Relaparotomieon-demand in allen viszeralchirurgischen Kliniken möglich sein sollte, könnte die Behandlung schwerer Peritonitiden in spezialisierten Zentren (analog zur Therapie von Schwerstverbrannten in Verbrennungszentren) die Letalität vermindern, Darmfisteln und Laparostomata vermeiden und so die Lebensqualität der überlebenden Patienten dauerhaft erhöhen. Die derzeit propagierten Vakuumverband-Systeme haben nach unserer Ansicht

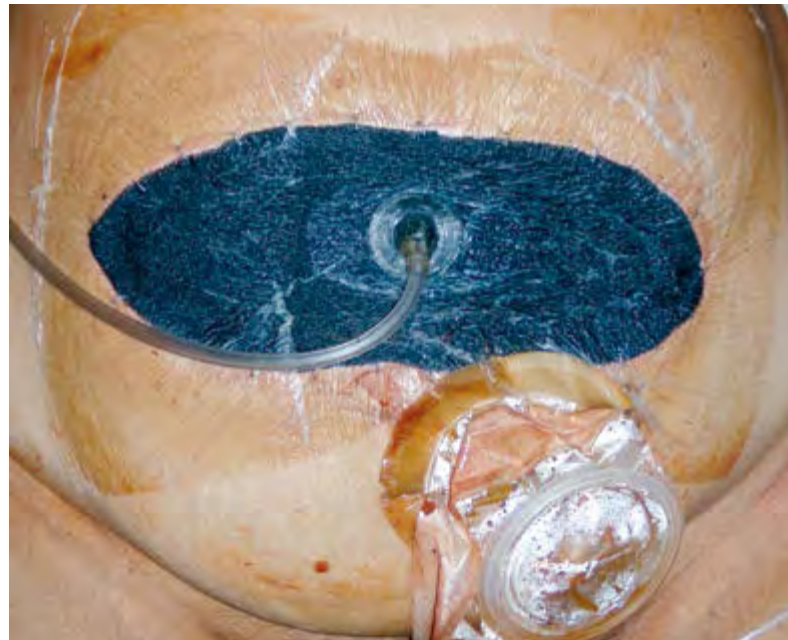


Abb. 5: Vakuumverband (VAC®, Fa.KCI) in situ bei ETL



Abb. 6: Invalidisierendes Laparostoma nach ETL wegen schwerer Peritonitis, fehlender Faszierverschluss, Ileostoma, Zustand nach Meshgraßdeckung

gegenüber der Altonaer ETL bis auf den reduzierten Arbeitsaufwand keine überzeugenden Vorteile. Obwohl der „Reißverschluss“ zur einfachen Fasziennäht während der ETL nicht mehr zur Verfügung steht, kann das gleiche Ziel mit einem zugstabilen Kunststoffnetz erreicht werden. Aus unserer Sicht ist der Abschied vom „Reißverschluss“ in der Behandlung der schweren Peritonitis nicht gleichbedeutend mit „Schwamm drüber“.

Prof. Dr. Wolfgang Teichmann zum 70. Geburtstag gewidmet. Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Wolfgang Schwenk,

Allgemein- und Visceralchirurgie, Zentrum für minimalinvasive und onkologische Chirurgie, AK Altona, Tel.: 1818 811600

E-Mail: w.schwenk@asklepios.com

Der besondere Fall

Biologika-Therapie auch bei Kollagenosen?

Polymyositis

Erfolgreiche Therapie einer therapierefraktären progredienten Polymyositis mit führender Faszitiitis mit Rituximab.

Von Joachim Ebel¹, Prof. Dr. Angela Gause², Prof. Dr. Christian Hage³, Dr. Keihan Ahmadi-Simab¹

Abb. 1: Deutliche Muskelatrophie des Oberarms der Patientin



Bei der Polymyositis (PM) handelt sich um eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung mit dem Leitsymptom der proximal betonten Muskelschwäche, besonders im Becken- und Schultergürtel. Die PM tritt mit einer Prävalenz von 6 – 7/100.000 auf. Frauen sind zweimal häufiger betroffen als Männer. Die höchste Inzidenz kommt um das 50. Lebensjahr vor (Tymms, 1985). Diagnostisch sind neben einer Erhöhung der Muskelenzyme, vor allem der Kreatinkinase (CK), die Elektromyographie und die MRT der Muskulatur wegweisend. Beweisend und für die genaue Diagnose essenziell ist die Muskelbiopsie. Es wurde gezeigt, dass eine vorangegangene MRT-Untersuchung die Treffsicherheit der Muskelbiopsie deutlich verbessert (O'Connell, 2002).

Ab Mai 2010 behandelten wir in unserer Abteilung eine 47-jährige Patientin mit seit 1999 nach ACR-Kriterien diagnostizierter, histologisch gesicherter Polymyositis. Die Patientin wurde bei progredientem und therapierefraktärem Verlauf wegen zunehmender Muskelschwäche zugewiesen. Sie war bettlägerig, mit Unterarmstützen konnten einige wenige Meter zurückgelegt werden. Klinisch finden sich deutliche Anzeichen des jahrelangen Krankheitsverlaufes mit generalisierten Muskelschwächen, insbesondere im Bereich der Oberschenkel- und Oberarmmuskulatur (Abb. 1). Als laborchemisches Korrelat der anhaltend hohen Krankheitsaktivität bestanden CK-Werte um 1.800 U/l (Diagramm 1). Der relevant erhöhte CK-MB-Anteil und der chronisch positive Troponin-T-Wert deuteten

bei permanentem Vorhofflimmern mit mehreren frustranen Ablationsversuchen bzw. Rhythmisierungsversuchen mittels Kardioversion in der Vorgeschichte auf eine chronische Myokarditis als kardiale Mitbeteiligung im Rahmen der Grunderkrankung hin. Zusätzlich wurde täglich für mehrere Stunden, insbesondere in der Nacht, ein C-PAP-Gerät genutzt, da die Patientin aufgrund einer Mitbeteiligung und zunehmenden Atrophie der Atem- und Atemhilfsmuskulatur schnell respiratorisch insuffizient und dyspnoeisch wurde und fürchtete in der Nacht zu ersticken.

Erstickungsgefahr

Histologisch konnte eine möglicherweise konkurrierende Erkrankung wie eine Muskeldystrophie ausgeschlossen werden, ein Nachweis von ANA konnte zu keinem Zeitpunkt erfolgen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde die Patientin seit drei Jahren mit Mycophenolat Mofetil (Cellcept®) in Kombination mit intravenösen Immunglobulinen (IVIg) sowie Glucocorticoiden behandelt. Vorausgegangene Therapieversuche mit üblichen Immunsuppressiva waren erfolglos. Die mehrfache intravenöse Applikation von Cyclophosphamid-Boli zeigte sich ineffektiv. Eine gewisse Regredienz der Krankheitsaktivität mit jeweils Reduzierung des CK-Wertes, konnte durch ambulante intravenöse Applikation von 60 g Immunglobulinen (IVIg) in mehrwöchigen Intervallen erzielt werden. Der therapeutische Effekt dauerte jedoch jeweils nur wenige Tage an. MR-morphologisch waren in der Vergangenheit mehrfach myositistypische Veränderungen gesehen worden. Auch 2010 konnte im

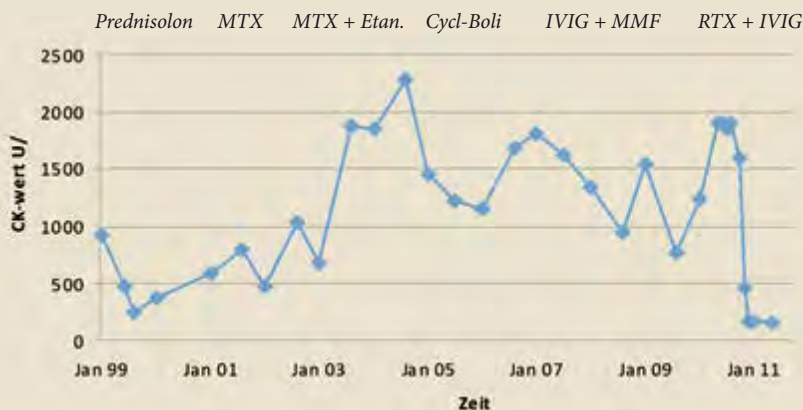


Diagramm 1: CK-Verlauf von 1999 bis Dez. 2010. Etan.=Etanercept, RTX=Rituximab, IVIG=intravenöse Immunglobuline, Cyc-Boli= Cyclophosphamid-Boli, MTX= Methotrexat, MMF= Mycophenolat Mofetil

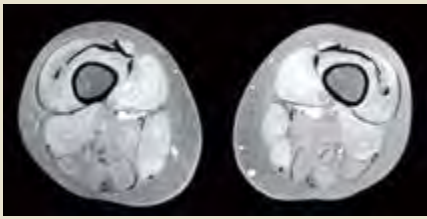


Abb. 2 und 3: MRT- Oberschenkel bds., Diffuse Signalanhebungen intramuskulär in T2-Gewichtung in allen Muskelgruppen, insbesondere die Quadricepsgruppe sowie die Adduktoren beidseits betreffend. Geringe Signalanhebung im Verlauf der Fascia lata sowie den intermuskulären Septen

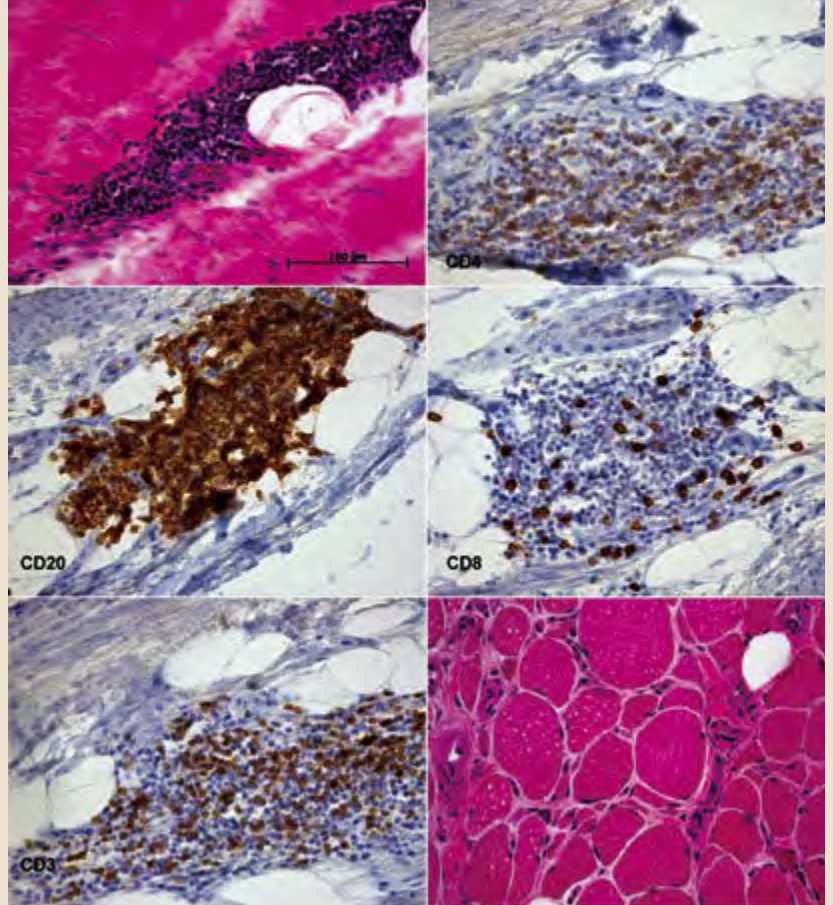


Abb. 4 (re.): Histopathologie der Muskel-Faszienbiopsie: Oben links, dichte Rundzellinfiltrate in der Faszie (HE); links Mitte und unten sowie rechts oben und Mitte, immunhistochemische Charakterisierung der Faszieninfiltrate als gemischtzellige Infiltrate mit vorherrschenden CD20-positiven B-Zellen (Chromogen Diaminobenzidin, braun); rechts unten, Muskelbiopsie mit kleinen gruppierten Faseratrophien als Zeichen eines geringen neurogenen Schadens (HE)

Bereich des rechten Oberschenkels eine diffuse, den gesamten Oberschenkel betreffende Myositis gesichert werden (Abb. 2 und 3). Die aktuell durchgeführte EMG zeigte ebenfalls ein myositistypisches Muster.

Erste CK-MB-Normalisierung

Aufgrund des therapierefraktären Verlaufes entschieden wir uns zur erneuten gezielten Entnahme einer Muskelbiopsie aus dem rechtsseitigen Musculus vastus lateralis. Histomorphologisch konnte bei der bestehenden immunsuppressiven Therapie zwar keine floride Myositis, jedoch interessanterweise eine ausgeprägte chronisch gemischtzellige Faszitis gesichert werden (Abb. 4). In der Literatur wurde bereits beschrieben, dass eine Faszitis häufig bei der PM und Dermatomyositis auftritt (Yoshida, 2010). Nach der erneuten Diagnosesicherung entschieden wir uns aufgrund des therapierefraktären und progredienten Verlaufes zur Einleitung einer Immunsuppression mit MTX in Kombination mit dem CD-20-Antikörper Rituximab im Wechsel mit IVIG. Die Effektivität der Rituximab-Therapie wurde in jüngster Zeit bereits mehrfach bei therapierefraktärer Poly- und Dermatomyositis berichtet (Rios, 2009). Die Mycophenolat Mofetil-Therapie wurde beendet. Es erfolgte nach dem Lymphom-Protokoll eine insgesamt sechsmalige intravenöse Applikation von je 500 mg Rituximab (MabThera®) in jeweils vierwöchentlichen Intervallen. Ergänzend erfolgte

zunächst die intravenöse Applikation von Immunglobulinen in einer „loading dose“ von 120 Gramm (jeweils 30 Gramm an vier aufeinanderfolgenden Tagen) und dann jeweils im zweiwöchigen Abstand zur Rituximabgabe die Applikation von 90 Gramm Immunglobulinen.

Unter diesem Therapieregime konnte klinisch ein fulminanter Therapieerfolg beobachtet werden. Nach Applikation des letzten Bolus Rituximab war die Patientin wieder selbständig ohne Gehstützen mobil, auf die Nutzung des Atemgerätes konnte weitgehend verzichtet werden. Die CK-, CK-MB und Troponin-T-Werte, normalisierten sich im Verlauf. Bei nun erreichter klinisch-serologischer Remission wurde die remissionsinduzierende auf eine remissionserhaltende Therapie mit MTX in Kombination mit niedrigdosierten Glucokortikoiden umgestellt. Im Rahmen engmaschiger Verlaufsbeobachtungen wird zu bewerten sein, ob im Verlauf eine erneute Rituximab-Applikation erforderlich wird.

Vielversprechender Ansatz

Wie dieser Fall zeigt, haben wir durch die Rituximabtherapie einen vielversprechenden Ansatz bei therapierefraktärer Poly- und Dermatomyositis, die ja häufig, wie auch in unserem Fall, junge Menschen mitten im Leben trifft (unsere Patientin war zum Zeitpunkt der Estdiagnose 36 Jahre, war berufstätig und hatte damals einen fünfjährigen Sohn). In der bis-

her größten Fallsammlung von mit Infliximab behandelten Myositiden (Rios, 2009) mit vier eigenen und 49 Fällen aus der Literatur fand sich ein gutes Ansprechen in 72 – 75% der vorher therapierefraktären Patienten. Ein Fall einer Herzbeteiligung (Touma, 2008) und der einer jungen Patientin mit Dermatomyositis, die durch Rituximab als Primärtherapie nach Glukokortikoiden in anhaltende Remission gebracht werden konnte (Haroon, 2010), liegen vor. In Hinsicht auf die umfangreichen Erfahrungen mit Rituximab in der Lymphomtherapie sowie bei der Rheumatoiden Arthritis erscheint es uns ethisch nicht mehr gerechtfertigt, eine randomisierte Studie gegen Placebo bei ansonsten therapierefraktären Patienten mit gesicherter Polymyositis zu fordern. Eine solche Studie im Vergleich zur Standardtherapie bei neu diagnostizierten Myositiden wäre jedoch aufgrund der vorliegenden Daten sehr wünschenswert, aber bei der Seltenheit der Erkrankung schwierig umzusetzen. Bezüglich der Diagnostik zeigt unser geschilderter Fall, dass eine gute Muskelbiopsie mit Untersuchung der Faszie wegweisend ist, was auch eine kürzlich publizierte Fallsammlung aus Japan gut belegt (Yoshida, 2010). Abgesehen davon wird an der dargestellten Kasuistik die Notwendigkeit der Interdisziplinarität zwischen verschiedenen Fachgebieten der Medizin mit Beteiligung von Rheumatologie, Neurologie, Kardiologie, Pulmonologie und Pathologie sowie die Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlung deutlich.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Keihan Ahmadi-Simab, Asklepios Rheumazentrum Hamburg, AK Altona
E-Mail: keihan.ahmadi@asklepios.com

¹ Asklepios Rheumazentrum Hamburg, Klinik für Rheumatologie, klinische Immunologie, Nephrologie, AK Altona;

² Schwerpunktpraxis für Rheumatologie und Autoimmunerkrankungen, Hamburg; ³ UKE, Institut für Neuropathologie)

Aus der Schlichtungsstelle

Hüftdysplasie übersehen

Häufiger Vorwurf Fehlerhaftes Übersehen einer Hüftdysplasie bei einem Säugling mit daraus folgender Notwendigkeit operativer Behandlung.

Von Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl

Im Alter von fünf Wochen wurde bei einem Mädchen zeitgerecht anlässlich der Vorsorgeuntersuchung U3 die Sonografie der Hüften durch den niedergelassenen Kinderarzt vorgenommen. Im Vorsorgeheft findet sich der Vermerk „Typ II a beidseits mit Alpha-Winkeln von 61 beziehungsweise 62 Grad“. Im neunten Lebensmonat klagte laut Dokumentation des Kinderarztes die Mutter darüber, dass das Kind nicht krabbele und dass es weine, wenn es auf die Knie gehe. Als das Kind 16 Monate alt war, berichtete die Mutter, dass die Tochter nur laufe, wenn man sie an beiden Händen festhalte. Der Kinderarzt stellte einen normalen Muskeltonus und die freie Beweglichkeit der unteren Extremität fest. Zwei Monate später, im Alter von 18 Monaten, diagnostizierte ein konsultierter Orthopäde bei der klinischen Untersuchung einen „starken Knietiefstand links und eine Hüftluxation links“. Die Diagnose wurde durch bildgebende Verfahren bestätigt. Das Röntgenbild im Alter von 19 Monaten zeigte dann ein vollständiges Fehlen des Pfannendaches mit Verschiebung des unzureichend ausgebildeten Schenkelkopfes nach oben und zur Seite.

Einrenkung und Gipsfixierung

Die darauf folgende Behandlung begann mit einer Einrenkung in Vollnarkose und nachfolgender Gipsfixierung. Anschließend wurden Beinschienen und dann, bis zum Alter von 26 Monaten, Spreizschienen angelegt. Als das Mädchen drei Jahre alt war, wurde eine operative Versorgung (varisierende intratrochantäre Osteotomie) vorgenommen. Dem betreuenden Kinderarzt wurde die verspätete Diagnosestellung der Hüftdysplasie vorgeworfen.

Zum Vorwurf fehlerhaften Handelns entgegnete der Kinderarzt, dass durch Sonografie bei dem fünfwöchigen Mädchen eine Hüftdysplasie ausgeschlossen worden sei und es im weiteren Verlauf keine statomotorischen und neuromotorischen Auffälligkeiten gegeben habe. Die Mutter habe wohl über die motorische Entwicklung geklagt, der Untersuchungsbefund im Alter von 16 Monaten sei aber wiederum normal gewesen.

Falsche Bewertung

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kam zu folgenden Kernaussagen: Die Ultraschallbilder, die anlässlich der U3 im Alter von fünf Wochen vorgenommenen Hüftuntersuchung angefertigt worden seien, wären falsch bewertet worden. Die mit dem EDV-System des Ultraschallgerätes einzugebenden Seitenangaben würden fehlen. Die nachträglich angebrachte handschriftliche Bezeichnung sei unzureichend. Auf einem derart als rechts deklarierten Bild zeige sich der Befund einer hochgradig pathologischen Hüfte. Neben der nicht ordnungsgemäßen Dokumentation sei das eine dringliche Therapiebedürftigkeit signalisierende Hüftbild falsch ausgemessen worden. Bei korrekter Bewertung hätte die Dysplasie erkennbar sein müssen. Auch wären bei den im weiteren Verlauf beschriebenen Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung des Kindes engmaschigere Kontrollen erforderlich gewesen. Das gelte insbesondere für die Tatsache, dass das Kind mit 16 Monaten noch nicht laufen können. Da im Alter von 18 Monaten eine manifest luxierte Hüfte vorgelegen habe, müsse man davon ausgehen, dass dieser Befund auch schon zwei Monate zuvor feststellbar gewesen ist.

Der Gutachter gelangte zusammenfassend zur Einschätzung, dass die Hüftluxation durch den Kinderarzt zum früheren Zeitpunkt hätte erkannt und behandelt werden müssen. Das sei fehlerhaft unterlassen worden.

Bei rechtzeitiger Diagnose im Alter von fünf Wochen wäre zwar auch eine mehrwöchige Behandlung erforderlich geworden, diese hätte jedoch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zum gesunden Hüftgelenk geführt. Die Gesundheitsbeeinträchtigungen im Zusammenhang mit der späteren Behandlung der Hüftluxation, wie die mehrmonatige Repositionsbehandlung und die Operation und mögliche Folgeschäden (frühzeitige Arthrose) seien allein fehlerbedingt eingetreten.

Die Schlichtungsstelle schloss sich den gutachterlichen Erwägungen an. Die Bewertung der Ergebnisse der Ultraschalluntersuchung im Alter von fünf Wochen war fehlerhaft. Die Folgen dieses Fehlers sind als besonders gravierend einzuschätzen, da das Zeitfenster für eine effektive Frühbehandlung ungenutzt verstreichen konnte. Die fehlerhafte Verknennung der manifesten Luxation im Alter von 16 Monaten ist für den weiteren Krankheitsverlauf ohne Belang gewesen.

Gangprobleme bei Kindern ernst nehmen

Anträge mit dem Vorwurf verzögerter Diagnose einer kindlichen Hüftdysplasie liegen der Schlichtungsstelle relativ häufig vor. Oft ist die Sachlage dadurch kompliziert, dass frühe Ultraschalluntersuchungen, etwa bei der U2 im Alter von einer Woche, und bei der regelhaften Untersuchung der U3, noch normale Befunde ergeben. Solche Verläufe, bei denen erst unter Belastung dysplastischer Hüften erkennbare klinische Symptome auftreten (Luxation, Subluxation, Abspreizhemmung, Faltenasymmetrie, Probleme beim Gehen), kommen ebenso vor wie der hier beschriebene Fall mit bereits in den ersten Wochen erkennbaren sonografischen Auffälligkeiten.

Berichte von Eltern über Gangprobleme bei Kindern sollten immer ernst genommen werden und Anlass für eine weitere Exploration sein. Allerdings ist erschwerend, dass es eine recht weite Spanne für das Lebensalter gibt, in dem die ersten Schritte versucht werden. Als normal für freies Gehen des Kindes gilt ein Alter von zehn bis 18 Monaten.

Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche für begründet und empfahl eine außergerichtliche Regulierung.

Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl ist Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

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

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

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

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

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

Neuerwerbungen

Abeck, D.: Häufige Hautkrankheiten in der Allgemeinmedizin. 2. Auflage. 2011.

Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie. Von Schulte am Esch (u. a.). 4. Auflage. 2011.

Arzneiverordnungs-Report . 2011.

Fresenius, M.; M. Heck: Repetitorium Intensivmedizin. Vorbereitung auf die Prüfung „Intensivmedizin“. 4. Auflage. 2011.

Gesundheitsdatenschutz. Eine Vorschriftensammlung. Hrsg.: Berufsverband der Datenschutzbeauftragten Deutschlands (BvD). Von E.W.M. Andree (u. a.). 2011.

Herkner, H.; M. Müllner: Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik. 3. Auflage. 2011.

Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung*. 2011.

Interessenkonflikte in der Medizin. Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten. Hrsg.: K. Lieb, D. Klemperer, W.-D. Ludwig. 2011.

Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation. Hrsg.: O. Rick (u. a.). 2011.

Kucharzik*, T.; W. Domschke: Erweiterte Dünndarmdiagnostik. 2. Auflage. 2010.

Mammakarzinom. von. W. Jonat, A. Strauss, N. Maass, C. Mundhenke. 4. Auflage. 2011.

Reanimation – Empfehlungen für die Wiederbelebung. Hrsg.: Bundesärztekammer. 5. Auflage. 2011.**

Rudolf, G.: Psychodynamische Psychotherapie. 2011.

Schäfer, C.: Patientencompliance – Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren. 2011.

Schmincke, C.: Chinesische Medizin für die westliche Welt. 4. Auflage. 2012.

Stolberg, M.: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbegleitung von 1500 bis heute. 2011.

Umfassendes Risikomanagement im Krankenhaus. Hrsg.: W. Hellmann (u. a.). 2011.

Wellach*, I.: Praxishandbuch EEG. 2011.

Das ZNA Buch. Konzepte, Methoden und Praxis der Zentralen Notaufnahme. Hrsg.: H. Moecke*, C.K. Lackner, T. Klöss. 2011.

* Geschenk des Verfassers / Herausgebers

** Geschenk des Deutschen Ärzte-Verlages

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

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

Lösung Quiz von Seite 23

Leberzellkarzinom

Sonographisch zeigt sich eine große scharf abgrenzbare echoreiche Raumforderung in der Leber mit einem darunter liegenden Satellitenherd. Farbduplexsonographisch findet sich eine nur geringe Vaskularisation. Nach Gabe von Kontrastmittel ist die Raumforderung in der Spätphase deutlich weniger vaskularisiert als das umgebende Lebergewebe. Der Befund der Kontrastmittelsonographie spricht für das Vorliegen von leberfremdem Gewebe. Die Histologie ergab ein mäßig differenziertes Leberzellkarzinom.

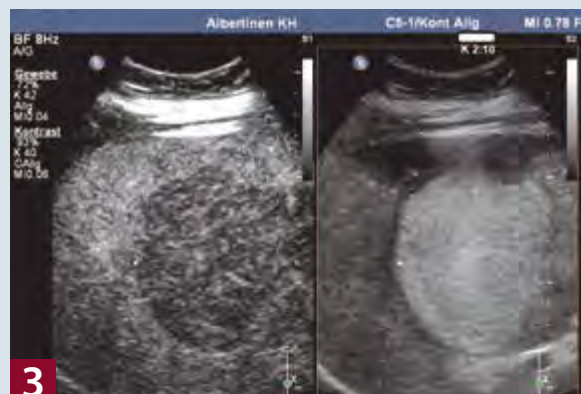


Bild und Hintergrund

Königlicher Pockentod

Ränkespiele

Auszüge aus dem Buch „Nie war es herrlicher zu leben“ des Herzogs von Croÿ geben Einblick in das politische Drama um den Tod Ludwigs XV am Hof von Versailles.

Von Dr. Hanno Scherf

Ich erfuhr, dass der König (Ludwig XV von Frankreich) gegen neun Uhr morgens, dann noch einmal gegen drei Uhr nachmittags zur Ader gelassen worden war, doch weiterhin fieberte. Ich wusste, dass sich der König vornehmlich von seinem Ersten Leibarzt Lemonnier behandeln ließ, welcher Aderlässe in der Regel vermied. So war denn etwas Gravierendes geschehen. Bereits seit einer Woche hatte der König oft sehr ungesund ausgesehen und Unwohlsein verspürt. Als er Dienstag, den 26. April zu Abend speisen wollte, mundete ihm nichts mehr und er rührte keinen Bissen an.

Mittwoch, den 27. ging er auf die Jagd. Donnerstag, den 28., hatte er eindeutig Fieber und litt unter Brechreiz. Der Erste Chirurg La Martinière beschied, dass der König nur in Versailles krank sein dürfe, der Wagen legte die Strecke von Trianon nach Versailles in vollem Galopp in drei Minuten zurück.

Die ganze Nacht über fieberte der König stark, hatte heftiges Kopfweh, lag unruhig und fühlte sich elend. Um Ruhe zu finden, bekam er Opiumpflaster auf die Schläfen. Lemonnier selbst ließ ihm am 29. zur Ader und wollte Ärzte aus Paris hinzuziehen, um drei ließ man ihn erneut zur Ader. An seinem Bett waren die Marschälle de Brissac und de Broglie, d'Ecquevilly, La Salle, der Prince de Marsan und noch einige. Wir befanden uns zum ersten Mal in seinem privaten Schlafgemach. Ich spähte nach den drei flachen Schüsseln mit seinem Blut, das mir einwandfrei zu sein schien. Der König wirkte schwach. Wir wurden verabschiedet; sein Zimmer war zu warm, und allzu zahlreiche Bedienung und Ärzteschaft hielten sich darin auf. Besorgt und ruhelos wandelte die gesamte Familie um die Gemächer herum. Um halb zwölf wurde ein Billett der Dauphine überbracht, die riss den Umschlag auf und stieß einen Schrei aus: "Gott im Himmel! Es sind die Pocken!"

Die Ärzte untersuchten ihn unter Vorwänden wie dem, seine Zunge sehen zu müssen, wobei sie in Wahrheit den Ausbruch der Pocken diagnostizierten. Sie schickten zur königlichen Familie, um ihr zu melden, dass sie nicht mehr zum König dürfe, da keines ihrer Mitglieder die Krankheit bisher gehabt hatte. Die Nachricht verbreitete sich wie ein Lauffeuer. Man verabreichte dem König reinigende Brechmittel. Er ahnte nichts von seiner Krankheit.

Mme. de Marsan ereiferte sich gegen das Impfen, durch das Keime in die Luft freigesetzt würden. Das Gegenteil schien mir der Fall zu sein, denn außer dem Haus Bourbon fürchtete sich keine Herrscherfamilie Europas vor der Impfung, und man kann sich vorstellen, wie groß die Furcht der Bourbonen war, die nie die Pocken gehabt hatten.

Man erwog innerhalb von elf Stunden einen dritten Aderlass. Aber des Königs Grundsatz war es bekanntermaßen, dass ohne christliche Sterbevorbereitung niemals ein dritter Aderlass vorgenommen werden durfte. Es hieß, dass Doktor Bordeu, der zur Partei von Mme. du Barry zählte, gegen den dritten Aderlass votiere, doch Doktor Lemonnier, der sich zur königlichen Familie bekannte, ihn befürwortete. So konnten also wenige Stunden über das Schicksal Mme. Du Barrys und das der von ihr abhängigen Minister entscheiden.

Aderlass nicht ohne Beichte

Der dritte Aderlass wurde für den Abend des 29. festgelegt, wodurch die Parteigänger der Dame (du Barry) Zeit gewannen. Man kann sich vorstellen, dass die Natur dieser Krankheit die Parteigänger der Dame in größte Besorgnis versetzte. Nachdem die Pocken diagnostiziert worden waren, harrten die drei Töchter des Königs heldenhaft bei ihm aus, was, da sie sie noch nicht gehabt hatten,

ebenso bewundernswert wie gefährlich war. So konnte Mme. du Barry kaum mehr bei ihm weilen. Alles steuerte auf eine gewaltige Veränderung zu. Man erklärte dem König, dass es sich um ein Frieselfieber handle. Nichts offenbarte man ihm, und nichts fragte er. Verwundert wies er auf die Pockenblasen. Beruhigend redete man auf ihn ein, und völlig niedergeschlagen wagte er nicht, nach der Wahrheit zu fragen. Da aus Furcht, ihn zu erschrecken, niemand von den christlichen Vorkehrungen sprach, tat auch er es nicht. Seine Töchter wachten tagsüber bei ihm, Mme. Du Barry kam nachts.

Familie gegen Mätresse

So verlief auch Sonntag der 1. Mai, an dem sich die Pocken heftig über den Körper ausbreiteten und besonders das Gesicht fast vollständig überwucherten. Zugpflaster zeigten sehr gute Wirkung, und die Ärzte erklärten, man müsse nun abwarten, doch dass sie bislang noch nie derartig zufrieden gewesen seien. Die Ärzte der Damenpartei warnten dringend davor, den König zu erschrecken, das wäre, als wolle man ihn mit einem Pistolenschuss töten. Weil alle schwiegen, mochte bald das Wort vom Sündertod zutreffen. Und derjenige, der stets alles auf den letzten Moment verschob und auf ein gutes „Ich habe gesündigt“ vertraute, der vor Furcht nicht aus noch ein wusste angesichts seines Zustands mit einem von Pocken geschwellenen Kopf, er selbst wagte es nicht, sich zu erkundigen, sprach kein Wort, keiner tat's. Andere meinten, wie furchtbar es wäre, ihn ohne Sakramente sterben zu lassen, was seit Chlodwig für einen König beispiellos gewesen wäre. Man weiß, dass bei dieser besonders für einen Vierundsechzigjährigen heimtückischen Krankheit, bei der sich schnell der Geist verwirren kann, keine Zeit zu verlieren ist. Mit hochgeschobenem Oberkörper im Feldbett wirkte der König trotz des von der Pockenmasse rot glühenden und gewaltig angeschwellenen Kopfes ruhig.

Ich erkundigte mich, weshalb der Erzbischof am Vorabend nach Paris zurückgekehrt war. Ich erfuhr, dass er nicht nur Blut im Harn hatte und vor Schmerzen ohnmächtig geworden war, sondern auch seinen Empfang unangemessen gefunden hatte. Als er sich dem König näherte, war er schockiert gewesen, auf Mme. du Barry zu treffen, die sich entfernen wollte und bei der Begegnung ohnmächtig geworden sein soll. Mme. du Barry wurde nur durch ihre Gefolgschaft zurückgehalten. Sie äußerte: „Ich missfalle seiner ganzen Familie. Man möge mich doch gehen lassen!“ Doch da der König an sie gewöhnt war, und sie fühlte, dass er sie brauchte, schien sie sich durch ihr Verbleiben am Hofe zu opfern; überdies war die Beziehung gemeinhin längst etwas allzu Gewohntes geworden.



König Ludwig XV von Frankreich



Madame du Barry

Der König glaubte unverrückbar, die Pocken bereits gehabt zu haben, was die Täuschung erleichterte. Als er achtzehn Jahre alt war, hätten sie ihn sehr heftig heimgesucht. Doch die Ältesten entsannen sich, dass die Ärzte damals nur Windpocken vermutet hatten. Am 3. Mai musterte der Duc de Boullion die Schwellungen an der Hand des Königs und sagte: „Aber das sind doch die Pocken!“ Niemand antwortete. Der König dreht sich um: „Warum? Das ist merkwürdig!“ Nun schien er zu begreifen, was man ihm verheimlichte.

Ende der Selbsttäuschung

Am 4. Mai flüsterte mir der Fürst von Ligne, der sich mit Mme. du Barry vorzüglich verstand, zu: „Die Katastrophe naht!“ Ich sprach mit den Ärzten: Sie waren nicht allzu zufrieden mit dem Auseitern, das am Hals begonnen hatte, aber wieder versiegt war. Doch noch sei nichts lebensbedrohlich, und sie setzten auf Stärkungsmittel. Die zahlreichen und allbekanntesten Gesichter der Damenpartei drückten Wut und Verzweiflung aus. Wir, die am König hingen, offenbarten Kummer und Schmerz. Abends zuvor hatte der König sich endlich eingestanden, die Blattern zu haben, zu Mme. du Barry sprach er: „Ich gehöre Gott und meinem Volk. Sie müssen

sich morgen ganz zurückziehen.“ Ihr wurde unwohl und sie ging.

Der König schlief die Nacht nicht die Ärzte wurden unruhig. Als man die Messe las, war auch der Erzbischof zugegen. Danach bat der König ihn zu sich und sagte: „Herr Erzbischof, ich habe die Pocken! Und Sie wissen, was zu tun ist!“

Mme. du Barry bestieg zur hellen, ja, maßlosen Verzweiflung nicht nur ihrer Parteigänger, sondern auch sämtlicher Ungläubigen und Freigeister einen Zweispanner. Alles deutete darauf hin, dass der König mehr an sie als an seinen Beichtvater dachte, sie vielleicht nur hatte in Sicherheit bringen wollen, um im Ernstfall ohne Makel die Sakramente empfangen zu können. Allen schien der König vernünftig, entschieden und folgerichtig zu denken. Sein Alter minderte seine Furcht, es würde genügen, erst im Sterben die Sakramente und die Absolution zu empfangen. Der Freitag, der 6., der siebte Tag seiner Krankheit verlief unruhig, und er delirierte ein wenig. Dieser Tag ohne Beichte ließ die Freigeister und die Partei der Dame frohlocken, die unbesorgt schien. Die guten Christen seufzten laut.

Am Samstag dem 7. Mai sprach der König zweimal mit seinem Beichtvater, bevor ihm die Sterbesakramente gespendet wurden. Der

Kardinal sprach eine Ermahnung, und der König empfing das heilige Abendmahl mit größter Andacht.

Am 8. Mai raste sein Puls, das Fieber stieg, und er delirierte zeitweilig. Von nun an konnte er kaum mehr schlucken. Sein Gesicht veränderte sich, man hielt ihn für verloren. Die Gesichter spiegelten die Verzweiflung wider. Vergeblich wandte man viele Heilmittel an. Gegen halb zwölf trafen die Suttons ein, die berühmten englischen Impfarzte. Der König wurde ihnen nicht gezeigt. Sie sprachen von ihrem Pulver: Da sie dessen Zusammensetzung nicht preisgeben wollten, und unsere Ärzte vereinbart hatten, kein Mittel zu empfehlen oder anzuwenden, dessen Zusammensetzung sie nicht kannten, endete der Besuch ergebnislos.

Am 9. Mai verfärbten sich die Pockenkrusten schwarz, die innere Vergiftung nahm ihren Lauf. Den gesamten Tag über wurde über das Pulver des Suttons gestritten, nach dem man noch einmal geschickt hatte. Man wollte es analysieren. Dann entschlossen sich die Ärzte zu einem noch stärkeren Mittel und flößten ihm das größtmögliche Quantum davon ein. Falls es nicht wirkte, kündigten sie an, gebe es keine Hoffnung mehr. Es schien wenig zu wirken. Seit geraumer Zeit sah der König durch seine Augenverkrustung nichts mehr. Klage er, so nur ganz sanft. Alles verwies auf eine schöne Seele. Als er spürte, dass es hohe Zeit und er gerüstet war, bat er in bewundernswürdiger Geistesklarheit um die Letzte Ölung.

Die Letzte Ölung

Er regte sich kaum noch und sagte deutlich Amen. Er mutete an wie unter einer durch die Pockenkruste überlebensgroßen Bronzemaske, eine reglose Büste, offener Mund, wobei dennoch sein Antlitz ahnbar blieb, keine Unruhe darin; der Kopf eines Mohren, eines Negers, eiterkrustig, wie verkupfert und riesig. Ein Kaplan zeigte ihm ein großes Kreuz, das er zum Küssen an seine Lippen führte; die einen standen erschüttert, andere stellten eine größere Gefasstheit als angebracht zur Schau, sehr wenige weinten, und die Etikette überwog etwaige offene Gefühle.

Am Dienstag, den 10. Mai und elften Tag, unternahm man uns vom Beginn seines Totenkampfes und forderte uns auf, uns betend um sein Bett niederzuknien. Kurz vor Viertel nach drei verschied er.

So endete ein Mann mit den vorzüglichsten Eigenschaften, so er sich denn selbst stärker vertraut, mehr selbst entschieden und sich nicht den Frauen, die ihn gängelten, ausgeliefert hätte.

„Nie war es herrlicher, zu leben“. *Das geheime Tagebuch des Herzogs von Croÿ*. C. H. B eck Verlag, München 2011. 428 Seiten, 24,95 Euro.

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



Veranstaltung Ökonomisierung im Gesundheitssystem – wo bleibt der Mensch? Lücken schließen in der poststationären Versorgung wohnungsloser Menschen.

Von Petra Hofrichter, Rebecca Süsselbeck

Organisierte Unzuständigkeit

Wohnungslose fallen besonders oft in eine Versorgungslücke, Leiden reichen häufig nicht für eine stationäre Aufnahme, eine ambulante Weiterversorgung scheitert aufgrund fehlender sozialer Strukturen, lautete das Statement der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) anlässlich der 6. Kooperationsveranstaltung von Ärztekammer Hamburg und des Regionalen Knotens Wohnungslosigkeit und Gesundheit der HAG am 2. November. Rund 100 Akteure aus den Bereichen der Medizin, Pflege und Wohnungslosenhilfe kamen ins Ärztehaus, um über Ökonomisierung im Gesundheitswesen und Folgen für Wohnungslose zu diskutieren. Kammervizepräsident Klaus Schäfer fragte kritisch: „Wird der Patient immer mehr, wie es neulich ein Betriebswirtschaftler sagte, zum Glied in der Wertschöpfungskette, zum passiven Spielball?“ Er sprach sich dafür aus, dass jede Ökonomisierungsdebatte daher auch eine Debatte um die Qualität und den Zugang zum Gesundheitswesen sein müsse.

Im ersten Teil der Veranstaltung näherten sich die Referenten diesem Thema aus unterschiedlichen Perspektiven: Paul Wenzlaff stellte die Evaluationsergebnisse aus 10 Jahren aufsuchender Gesundheitsfürsorge in Hannover vor und machte deutlich, wie wichtig es ist, die Angebotsstruktur der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung begleitend zu evaluieren und auf dieser Basis bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Patient im Weg

Dr. Bernard Braun stellte in seinem kritischen Beitrag „Der Patient steht im Mittelpunkt“, aber Allen und Allem im Wege“ die Auswirkungen des Ökonomisierungsprozesses auf die Versorgungsqualität dar. „Ökonomisierung“, so Braun, „ist eine Umkehr von Zweck und Mittel im Gesundheitswesen:

Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung und des Erreichens definierter gesundheitlicher Ziele, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Einkommen, Umsatz und Gewinn erzielt werden sollen.“ Welche Folgen dieser Prozess auf die Akteure im System hat, war Thema des Beitrags von Dr. Arne Manzeschke. Er betonte, dass es sich hier um einen Paradigmenwechsel handele, der Einfluss auf Prozesse, Strukturen und Beziehungen in der Organisation, die Funktion der Organisation und die Rolle und Berufsethos ihrer Professionellen hat.

Schnittstellenprobleme und fehlende Zuständigkeiten

In der anschließenden von Dr. Frauke Ischorst-Witte moderierten Diskussion wurde schnell sichtbar: Schnittstellenprobleme und fehlende Zuständigkeiten führen regelmäßig zu Unter- und Fehlversorgungen von Wohnungslosen. So berichtete Dr. Michael Ehnert, Leiter der Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik St. Georg, von jenen Obdachlosen, die aufgrund einer Alkoholintoxikation aufgenommen und am selben Tag wieder entlassen werden, oftmals in unklare Verhältnisse. Eine Sozialarbeiterstelle für diese ambulanten Fälle der ZNA gibt es hier, wie auch in anderen Krankenhäusern, nicht. Auch Dr. Claudia Brase von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft verwies auf die eingeschränkten finanziellen Mittel, die die Krankenhäuser für solche ambulanten Patienten erhalten.

Die Hausärztin Dr. Sibylle Quellhorst, die viele obdachlose Patienten versorgt, bemerkte, dass sie kaum über bevorstehende Entlassungen aus dem Krankenhaus informiert werde – obwohl die Organisation der poststationären Versorgung dieser Menschen sehr zeitintensiv ist: Nach der

Entlassung aus dem Krankenhaus und dem Besuch bei der Hausärztin, gilt es, eine Unterbringung für den betroffenen Menschen zu finden. Nicht immer kann ein Platz in einer Einrichtung wie der Krankenstube gewährleistet werden und so werden die öffentlichen Unterbringungen angefragt. Martin Leo von *fördern und wohnen AÖR* stellte das Dilemma dar: Mit einem Personalschlüssel von 1:97 ist es fast unmöglich, die notwendige Versorgung wie die Hilfe bei der Grundpflege sicherzustellen. Andererseits stellt sich bei jedem Fall aufs Neue die Frage: Wohin, wenn nicht zu uns?

Die in den Sozialgesetzbüchern zugrundeliegenden Regelungen griffen Karlheinz Peiffer von der AOK Rheinland Hamburg und Bettina Prott von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Basfi) auf. Auch diese gäben wenig Spielraum zum Handeln. Die Referenten Dr. Braun und Dr. Manzeschke lenkten den Blick auf die Ebene des Systems und ethische Gesichtspunkte. Es gelte, so Braun, die organisierte partielle Unzuständigkeit zu durchbrechen, die Kennzeichen der sektoralen Zergliederung sei. Dr. Manzeschke mahnte an, die Logik der Organisation wieder auf die Person auszurichten. Neben strukturellen Ansätzen wurden auch die Themen Kommunikation, Vernetzung und Zusammenarbeit in ihrer Bedeutung hervorgehoben. Hier endete die lebhafte Diskussion mit einem klaren Ergebnis: Die Basfi lädt Hamburger Akteure aus den Bereichen Obdachlosenhilfe und Gesundheit zum Austauschtreffen ein.

Weitere Informationen über den Regionalen Knoten und die Fachtagung unter www.hag-gesundheit.de oder www.knoten-hamburg.de.

Petra Hofrichter und Rebecca Süsselbeck, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) – Projekt Regionaler Knoten.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion

Nicola Timpe, Dorte Kieckbusch

Verlag

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

Anzeigen

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

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

Anzeigenschluss für die Januar-Ausgabe

Textteilanzeigen: am 7. des Vormonats;
Rubrikanzeigen: am 14. 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

Michael von Hartz, Peter Haase (†)

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 16 420

Titel: Michael von Hartz

Redaktionsschluss für die Januarausgabe ist
der 7. Dezember.
Das nächste Heft erscheint am
10. Januar.

DER BLAUE HEINRICH

von Dr. Hanno Scherf, aus: „Reim und Zeit“, von Robert Gernhardt

Natur-Blues

Kaum atmest du wegen der Eichen auf,
da gehn schon die ersten Kastanien drauf
Natur

Kaum lassen die Kinderkrankheiten nach,
da fühlst du dich schon etwas altersschwach
Natur

Kaum erholt sich dein Land von der Trockenheit,
da macht sich bereits wieder Hochwasser breit
Natur

Kaum hast du entdeckt, welcher Wein dir schmeckt,
da hat das auch deine Leber gescheckt
Natur

Kaum lockt dich der blühende Wiesenrain,
da stellt sich dort auch schon die Milbe ein
Natur

Kaum weißt du, wo man gut essen geht,
da empfiehlt der Arzt eine Nulldiät
Natur

Kaum geben die letzten Amseln Ruh,
da gibt schon der Kauz seinen Senf dazu
Natur

Kaum kommt der ersehnte Schlaf herbei,
da weckt dich schon wieder Amselgeschrei
Natur

Kaum dass du die Kunst zu leben erlernst,
da macht schon der bleiche Geselle ernst
Natur.



Als er sich mit vierzig im Spiegel sah

Seht mich an: der Fuß der Zeit
trat mir meine Wangen breit.
Schaut mein Ohr! Die vielen Jahre
drehten es in `s Sonderbare!
Ach des Kinns! Es scheint zu fliehen,
will die Lippen nach sich ziehn!
Ach der Stirn! Die vielen Falten
drohen mir den Kopf zu spalten!
Die Nase! O, wie vorgezogen!
Der Mund! So seltsam eingebogen!
Der Hals! So krumm! Die Haut! So rot!
Das Haar! So stumpf! Das Fleisch! So tot!
Nur die Augen lidumrändert
strahlen blau und unverändert,
schauen forschend, klar und mild
auf `s und aus dem Spiegelbild,
leuchten wie zwei Edelsteine –
Sind das überhaupt noch meine?



ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Die Zwischenprüfung des Jahrganges August 2010 findet am **Mittwoch, den 29. Februar 2012, um 14 Uhr in der Staatlichen Schule Gesundheitspäe in Wilhelmsburg** statt. Die Auszubildenden sind gemäß Ausbildungsvertrag (§2k) zur Teilnahme

an der Zwischenprüfung freizustellen. Nach den Bestimmungen des §48 Berufsbildungsgesetz ist während der Berufsausbildung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eine Zwischenprüfung entsprechend der Ausbildungsordnung durchzuführen.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Anästhesiologie

Eine Fachärztin für Anästhesiologie in 22303 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2012 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen darauf hin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums ausgeübt wird.
Kennziffer: 143/11 AN

Ein Facharzt für Anästhesiologie in 20146 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2012 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 144/11 AN

Hausärzte

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22049 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2012 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 146/11 HA

Radiologie

Die Zulassung eines Facharztes für Diagnostische Radiologie in 20095 Hamburg soll im Rahmen des Praxisnachfolgeverfahrens zum schnellstmöglichen Zeitpunkt durch einen Praxisnachfolger besetzt werden. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wurde.
Kennziffer: 145/11 R

Psychotherapie

Eine Psychologische Psychotherapeutin (TP) in 22087 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2012 auf ihre hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 139/11 PSY

Eine Psychologische Psychotherapeutin (TP) in 22335 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2012 auf ihre hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 140/11 PSY

Eine Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin (AP+TP) in 20249 Hamburg hat mit Ablauf des 30.09.2012 auf ihre hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 141/11 ÄPSY

Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (AP+TP) in 20253 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2012 auf ihre hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 142/11 PSY

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31. Dezember 2011** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Diese Unterlagen werden den (hälftig) ausscheidenden Vertragsärzten/Psychotherapeuten sowie den verbleibenden Ärzten/Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt.

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Frahm, Tel. 040/22802-326, für Psychotherapeuten Frau Stach -503 und Frau Nagel -673.

Amtliche Veröäentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge \ Amtliche Veröäentlichungen“ Folgendes bekannt gegeben:

- 25. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 über die Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Absatz 3 Satz 2 und § 83 SGB V mit Wirkung ab dem II. Quartal 2011 bis IV. Quartal 2012 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg.

- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Deutschen BKK über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung Ausland) und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV).

Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für diese Verträge ist zum Zeitpunkt der Veröäentlichung noch nicht abgelaufen.

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

Das Infocenter der KVH / Tel.: 22 802 - 900

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

Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Schreiben vom 08.09.2011 mit, dass unter Berücksichtigung der Beschlusslage im Landesausschuss ab 07.09.2011 für die Arztgruppe der Hautärzte 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 seines Beschlusses vom 09.11.2011 fest, dass gem. § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV für

- Hautärzte

ab 07.09.2011 wieder Zulassungsbeschränkungen bestehen.

KVH-Arbeitskreis „Interdisziplinäre Infektiologie“

Die nächste Sitzung findet statt am

Montag, 23. Januar 2010, 20 Uhr,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
(Ärztehaus), Saal 4

Dr. Stefan Schmiedel, Ambulanzzentrum Infektiologie & Bernhard-Nocht Klinik, wird zum Thema „Wurmerkrankungen in Deutschland - Wie diagnostizieren, wie therapieren?“ 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).

Beschluss der Vertreterversammlung der KVH vom 17.11.2011 Verwaltungskostenbeitragsätze / Für das Haushaltsjahr 2012

1. Verwaltungskostensätze 2012

1.1 Die Vertreterversammlung beschließt, als Beitrag zur Deckung der Verwaltungskosten 2,35 % von den über die KVH abgerechneten Umsätzen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 59 Abs. 1 Satz 1 der Satzung zu erheben.

Der berechtigt von einer Krankenkasse für einen in einen Selektivvertrag eingeschriebenen Versi-

cherten geltend gemachte Anspruch auf Bereinigung der Gesamtvergütung wird dem zur Bemessung des Beitrages heranzuziehenden Umsatz des Arztes oder Psychotherapeuten zugerechnet, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist.

Für alle - soweit zulässig - nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragsatz 2,80 %.

1.2 Für die Abrechnung der Leistungen (nicht-ärztliche Dialyseleistungen) nach § 126 Abs. 5 SGB V wird der Beitragsatz nach Ziffer 1 vertragsge-

mäß auf 0,2 %, für die Abrechnung des Familienplanungszentrums auf 1,0 % festgesetzt.

1.3 Für die Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen durch nicht nach der Notdienstordnung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst Hamburg berechnete Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen werden 2,25 % vom Umsatz als Gebühr gemäß § 51 Abs. 1 Satz 2 der Satzung erhoben. Für alle - soweit zulässig - nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragsatz 2,70 %.

1.4 Für die Finanzierung von Sicherstellungsaufgaben wird ein Verwaltungskostenbeitragsatz von 0,2 % vom Umsatz nach Nr.1.1 erhoben.

1.5 Die Regelung tritt mit der Abrechnung für das IV. Quartal 2011 in Kraft.

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass der AIDS-Arbeitskreis im Monat **Dezember 2011** entfällt.

Ab Januar nächsten Jahres findet der AK wieder wie gewohnt am letzten Montag eines Monats statt.

Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter Tel.: 22 8 02 – 572.

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden **jeden ersten Dienstag im Monat um 20 Uhr in der Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztelhaus)** statt.

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

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten – Hamburg – hat nachfolgende Ärzte/Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen:

	Ortsteil
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. Friederike Herchenröder Dr. Miguel Hinrichsen (häufiger Versorgungsauftrag)	Hamburg-Altstadt Eimsbüttel
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Matthias Rieder	Bramfeld
Fachärzte für Innere Medizin Dr. Peter Buggisch (hausärztl. Versorgung; häufiger Versorgungsauftrag) Prof. Dr. Jörg Petersen (hausärztl. Versorgung; häufiger Versorgungsauftrag)	St. Georg St. Georg

	Ortsteil
Ärztliche Psychotherapeutin Dr. med. univ. Wien Barbara Mahlberg	Bergedorf
Psychologische Psychotherapeuten Dipl.-Psych. Christina Cordell Dipl.-Psych. Ursula Schröder (häufiger Versorgungsauftrag) Dipl.-Psych. Meike Pudlatz (häufiger Versorgungsauftrag)	Blankenese Ottensen Neustadt

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
MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung Hamburg-Langenhorn ärztliche Leitung: Dr. med. Claus Hansen, Dr. med. Matthias Kube, Dr. med. Birger Ruhberg, Dr. med. Christian Trabant	Langenhorner Chaussee 560 (Haus 79) · 22419 Hamburg Tel.: 53 10 03-16 · Fax: -23	Innere Medizin (fachärztl.), Psychotherapeutische Medizin

Mitteilungen

Sonderbedarfszulassungen / Korrektur Heft 11/11

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat folgende Ärztin im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

Ausführende(r)	Anschrift	Umfang der Tätigkeit
Dr. med. Bettina Marks Fachärztin für Allgemeinmedizin	Hasselwerder Straße 96 b 21129 Hamburg (Neuenfelde) Tel.: 87 60 50 87 · FAX: 87 60 50 86	Hausärztliche Versorgung

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. Kerstin Lau	Liliencronstraße 130 22149 Hamburg Tel. : 673 77-200 · Fax -445	Behandlung und Diagnostik von Kindern mit Haar-, Kopfhaut- und Nagelerkrankungen Bei Kindern bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres auf Überweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bei Kindern und Jugendlichen ab Beginn des 12. Lebensjahres auf Überweisung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Dr. med. Grischan Lischetzki	Bleickenallee 38 22763 Hamburg Tel.: 88 90 87 01	Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Botulinumtoxin bei spastischer Cerebralparese auf Überweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
Priv.- Doz. Dr. med. Dirk Sommerfeldt	Bleickenallee 38 22763 Hamburg Tel.: 889 08-704 · Fax: -705	Konsiliarische Beratung und Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit 1. geschlossenen und offenen Knochenbrüchen mit Verschiebung bzw. Splitterung und Achsenabweichung 2. Gelenkbrüchen mit Beteiligung der Wachstumsfugen bzw. Apophysen, 3. Kniebinnenverletzungen mit rezidivierendem Erguss, 4. eitrigen Entzündungen großer Gelenke bzw. Röhrenknochen 5. gutartigen Knochenveränderungen, 6. posttraumatischen Fehlstellungen 7. Verletzungen der Hand (Sehnen-, Nerven-, Weichteildurchtrennungen und offene oder geschlossene Knochenbrüche der Hand) auf Überweisung durch Orthopäden, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderchirurgen, Chirurgen mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie sowie Chirurgen und Plastische Chirurgen mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie.

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.