

02·14

10. Februar · 68. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 22

Elektronische Gesundheitskarte
Fiktion einer
sicheren digitalen Identität

Forum Medizin | 26

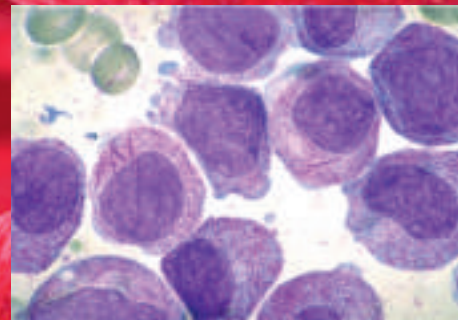
Postpartale Blutungen
Vorteile des frühen Einsatzes
interventioneller Radiologie

Forum Medizin | 34

Rettungsdienst
Krankentransporte
um 1900

Das Thema | 12

Überlebensrate steigt



Akute myeloische Leukämie – bestmögliche Behandlung

Wie zielgerichtete Therapien die Chancen
älterer Patienten verbessern können

Schon gewusst?

Patientensicherheit hat bei Asklepios höchste Priorität!

Erfahren Sie in unserem Informationsfilm mehr über den hohen Standard, den Asklepios zum Thema Patientensicherheit bietet.



auf YouTube
oder auf www.asklepios.com



Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Asklepios hat seit der Privatisierung des LBK

3000 zusätzliche Arbeitsplätze

 geschaffen.

Hanseatische Nachtvorlesungen: 100 Patientenveranstaltungen im ersten Halbjahr

Montags, dienstags und donnerstags finden in den Hamburger Asklepios Kliniken Vorlesungen für Laien statt, in denen Fachärzte über die wichtigsten Gesundheitsthemen referieren. Der Eintritt ist frei.

In unserer Videoreihe „Nachtvorlesung nachgefragt“ finden Sie über 300 Interviews zu spannenden medizinischen Themen.
www.asklepios.com/videos.

Termine und weitere Informationen:
www.asklepios.com/Nachtvorlesungen.Asklepios



Sie wollen mehr über uns erfahren?
www.asklepios.com oder
www.facebook.com/asklepioskliniken

Offizieller Hauptsponsor
OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



 **ASKLEPIOS**
Gemeinsam für Gesundheit



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

»Eine Behörde für Qualität brauchen wir wirklich nicht. Es nutzt dem Patienten nichts, Qualität zu verwalten, besser wäre es, Qualität zu produzieren.«

Ran an die Buletten!

Vor über vier Monaten haben wir ein neues Parlament gewählt, seit sechs Wochen steht die Koalition, seit einigen Wochen kennen wir unseren neuen Gesundheitsminister. Langsam wird es Zeit, dass wieder Gesundheitspolitik gemacht wird. Schon droht der nächste Wahlkampf – zum Europaparlament. Hoffen wir, dass dieser keinen allzu großen Einfluss auf drängende Themen in Deutschland hat.

Im Koalitionsvertrag stehen eine Reihe durchaus vernünftiger Ansätze. Eine Förderung der Weiterbildung, die Verbesserung der Situation auf dem Lande und die Abschaffung des Regresses zugunsten vertraglicher Regelungen vor Ort gehören dazu. Gleichwohl atmet der ganze Vertrag aber auch den Hauch des Misstrauens. An vielen Stellen werden Kontrolle, Aufsicht und Vorgaben durch Krankenkassen oder Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verstärkt. Es ist die alte, längst überwunden geglaubte Misstrauenskultur der Ära Ulla Schmidt, die da wieder durchscheint.

Plastisch wurde dieser Rückfall im Interview des Vorsitzenden des G-BA, Josef Hecken, im SPIEGEL 3 / 2014, wo er – überraschend ehrlich – davon spricht, mit dem neuen Qualitätsinstitut eine „Behörde“ mit einem Etat von 16 Millionen Euro einrichten zu wollen. Eine Behörde für Qualität brauchen wir aber wirklich nicht. Es nutzt dem Patienten nichts, Qualität zu verwalten, besser wäre es, Qualität zu produzieren. Hierauf sollte der Gesetzgeber bei der konkreten Abfassung der Gesetze achten.

Wir Ärzte dürfen aber – bei aller berechtigten Kritik – nicht in Ablehnung und Opposition verharren. Vielmehr müssen wir prüfen, wo wir dem Gesetzgeber zuvorkommen können, ihm Aufgaben in wohlverstandener Selbstverwaltung abnehmen oder ihn zumindest unterstützen können.

Ein solches Beispiel ist die Förderung der Weiterbildung im ambulanten Bereich und insbesondere in der Allgemeinmedizin. Mit der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin haben wir bei der Ärztekammer gemeinsam mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ein Instrument, mit dem wir Organisation und Verteilung der gesetzlich zugewiesenen Finanzmittel bewerkstelligen

können. Hier zeigen wir vor den Krankenkassen Flagge und beweisen, dass die sachnahe Selbstverwaltung der Ärzte kompetent und zügig arbeitet.

Das könnte auch bei der jetzt diskutierten Vier-Wochen-„Termingarantie“ funktionieren, die gesetzlich verankert werden und nur für Überweisungen, nicht aber für Wunschtermine der Patienten gelten soll. Das können wir organisieren. Wir haben in Hamburg zum Beispiel eine kompetente Patientenberatung aufgebaut, die von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam betrieben wird. Diese Informationsstelle berät heute schon in manchen Monaten bis zu 1.500 Patientinnen und Patienten. Wenn unsere Vorbedingung erfüllt wird, dass die Garantie nur für Überweisungen gilt, die ein Arzt zuvor indiziert und ausgestellt hat, und nicht für alle Patientenwünsche, dann ließe sich das wahrscheinlich hierüber organisieren. Das scheint mir allemal besser, als eine Krankenkasse oder gar eine Behörde damit zu beauftragen.

Und schließlich hat unser neuer Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) angeregt, gesetzliche Regelungen zum Verbot gewerbsmäßiger Sterbehilfe zu verabschieden. Sein Vorgänger Daniel Bahr war an der FDP-Justizministerin der letzten Regierung mit demselben Vorhaben gescheitert. Die Ärzteschaft hingegen hatte wiederholt gefordert, den gewerblichen Sterbehelfern das Handwerk zu legen. So ist denn zu begrüßen, wenn sich unser neuer Minister nicht nur der technischen, sondern auch der ethischen Probleme im Gesundheitswesen annimmt.

Wir wünschen ihm auf jeden Fall eine gute Hand, das Glück, das man auch braucht, und vor allem eine gute Kooperation mit der Ärzteschaft.



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten 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?

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

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

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

montags u. dienstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
mittwochs	9 – 12	Uhr
	14 – 18	Uhr
donnerstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
freitags	9 – 12	Uhr

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

patientenberatung@aekhh.de

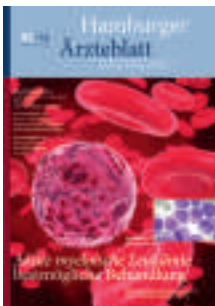
www.patientenberatung-hamburg.de

02·14

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Walter Fiedler, II. Med. Klinik – Hämatologie, Onkologie am UKE, zeigt auf, wie zielgerichtete Therapien bei akuter myeloischer Leukämie die Heilungschancen älterer Patienten verbessern (Seite 12).
Prof. Dr. Christian R. Habermann, Interventionelle Radiologie, Marienkrankenhaus, liefert den besonderen Fall: die Stillung einer schweren postpartalen Blutung unter Einsatz interventioneller Radiologie (Seite 26).
Dr. Christian Hagemann, Pädiatrische Neurochirurgie, Altonaer Kinderkrankenhaus, schreibt über die Operationsindikationen bei geburtstraumatischer Plexusparese (Seite 28).



Das Thema

- 12 **Zielgerichtete Therapie**
 Akute myeloische Leukämie.
 Von Prof. Dr. Walter Fiedler,
 Melanie Janning, Dr. Maxim
 Kebenko, Jens Weidmann,
 Dr. Snjezana Janjetovic,
 Prof. Dr. Carsten Bokemeyer

Service

- 6 Gratulation
 8 In memoriam
 9 Verlorene Arztausweise
 9 Gefunden
 11 Bibliothek
 24 Terminkalender
 37 Sono Quiz
 38 Impressum
 39 Sicher verordnen

Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · KV Hamburg besetzt Spitzenpositionen neu · Neurovaskuläres Netzwerk verbessert Schlaganfallpatienten-Versorgung · Diakonieklinikum hat einen neuen Ärztlichen Direktor · Asklepios Klinik Harburg eröffnet zwei Abteilungen · Tagung zu psychischen Traumatisierungen in Institutionen · Prof. Dr. Markus Kröber übernimmt Chefarztposten · Klinikum Stephansplatz jetzt in der Alten Oberpostdirektion

Gesundheitspolitik

- 18 **KVH-Vertreterversammlung** · Normale Krankenbehandlung bleibt auf der Strecke.
 Von Martin Niggeschmidt
 22 **Elektronische Gesundheitskarte** · Fiktion einer sicheren digitalen Identität.
 Von Dr. Silke Lüder

Forum Medizin

- 26 **Der besondere Fall** · Schwere postpartale Blutungen. Von Prof. Dr. Christian R. Habermann, Dr. Kristina Tchatcheva, Prof. Dr. Norbert Rolf, PD Dr. Holger Maul
 28 **Nervenschäden** · Geburtstraumatische Plexusparese. Von Dr. Christian Hagemann
 30 **Vereinfachte Ausleihe** · Abholbox erleichtert Zugriff auf Fachbücher.
 32 **Suchtdefinition** · Der alte „Eppendorfer Suchtbegriff“ bringt mehr Klarheit.
 Dr. Bert Kellermann
 34 **Bild und Hintergrund** · Krankentransportwesen in Hamburg um 1900.
 Dr. Thomas Benkendorf
 36 **Schlichtungsstelle** · Lumbago – unheilvolle Wirkung der Spritze. Von Johann Neu
 38 **Der blaue Heinrich** · Wahrer Bazillenträger. Ausgewählt von Prof. Dr. Georg Neumann

Mitteilungen

- 40 · 41 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Gratulation

zum 85. Geburtstag

09.03. **Prof. Dr. med. Volker Bay**
Facharzt für Chirurgie

zum 80. Geburtstag

24.02. **Dr. med. Gerhard Gittermann**
Facharzt für Allgemeinmedizin

26.02. **Dr. med. Johann-Otto Schöb**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

02.03. **Dr. med. Dietrich Moschner**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

02.03. **Dr. med. Uwe Regenbrecht**
Facharzt für Augenheilkunde

11.03. **Dr. med. Maria Rauh**
Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten

zum 75. Geburtstag

20.02. **Dr. med. Udo Fuchs**
Facharzt für Allgemeinmedizin

24.02. **Dr. med. Wolfram Lütjens**
Facharzt für Chirurgie

28.02. **Dr. med. Marianne Sinning**
Fachärztin für Anästhesiologie

04.03. **Dr. med. Editha Rauck**
Fachärztin für Öffentliches
Gesundheitswesen

06.03. **Dr. med. Hans-Philipp Beckhove**
Facharzt für Radiologie

07.03. **Dr. med. Hubertus-Eberhard
Zimmermann**
Facharzt für Innere Medizin

10.03. **Dr. med. univ. Ayhan Köfünçü**
Facharzt für Chirurgie

15.03. **Dr. med. Dr. med. dent. Volker Cordes**
Facharzt für Mund-Kiefer-
Gesichtschirurgie

zum 70. Geburtstag

23.02. **Dr. med. Walter Weber**
Facharzt für Innere Medizin

24.02. **Dr. med. / Tokyo Medical College
Matatoshi Dohmoto**
Facharzt für Chirurgie

24.02. **Dr. med. Hans Usemann**
Facharzt für Nervenheilkunde

24.02. **Prof. Dr. med. Hermann Zeumer**
Facharzt für Neurologie
Facharzt für Radiologische Diagnostik
Facharzt für Radiologie

25.02. **Prof. Dr. med. Ingrid Schreer**
Fachärztin für Radiologie

25.02. **Dr. med. Jan Wojnar**
Facharzt für Nervenheilkunde

26.02. **Harald Friedrich**
Facharzt für Chirurgie

28.02. **Dr. med. Christa Wacheck**
Fachärztin für Anästhesiologie

29.02. **Dorette Brümmer**
Fachärztin für Chirurgie

Führungsspitze Dr. Stephan Hofmeister tritt sein Amt im Vorstand an. Dr. Silke Lüder wurde als stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung gewählt.

KV Hamburg besetzt *Spitzenpositionen neu*

Dr. Stephan Hofmeister hat am 16. Januar 2014 sein Amt als stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) angetreten. Er ist Allgemeinmediziner und führte eine eigene Praxis, die er nun aufgibt, um sich voll auf seine neue Aufgabe zu konzentrieren. Hofmeister übernimmt das Vorstandsamt von Dieter Bollmann, der nach fast 35 Jahren KVH-Arbeit und zehnjähriger Vorstandstätigkeit von der Vertreterversammlung der KVH am 15. Januar 2014 in den Ruhestand verabschiedet wurde.



Dr. Stephan Hofmeister

Die Allgemeinärztin **Dr. Silke Lüder** ist die neue stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVH. Sie konnte sich mit 18 zu 9 Stimmen gegen den Allgemeinarzt Michael Klemperer durchsetzen. Dr. Silke Lüder trat das Amt als Nachfolgerin von Dr. Stephan Hofmeister mit sofortiger Wirkung an. Sie ist niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in Hamburg-Bergedorf und seit 2011 stellvertretende Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Hausärzte bei der KVH. Sie ist Vizevorsitzende der Freien Ärzteschaft e.V. und hat sich bundesweit als Kritikerin der „Gesundheitswirtschaft“ und des Projekts „Elektronische Gesundheitskarte“ profiliert. | *háb*



Dr. Silke Lüder

Neurovaskuläres Netzwerk verbessert *Schlaganfallpatienten-Versorgung*

Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft hat ein neues, vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) koordiniertes überregionales Klinik-Netzwerk für ein bundesweites Projekt ausgewählt. Ziel ist eine noch bessere Versorgung von Schlaganfallpatienten. In Deutschland wurden 16 solcher neurovaskulären Netzwerke eingerichtet. In Hamburg und Umgebung ergänzt das Angebot die Arbeit der „Hamburger Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall“. Zum Start des Netzwerks hat das UKE seine Schlaganfall-Spezialstation („Stroke Unit“) von 12 auf 20 Betten erweitert. Eingebunden ins Netzwerk sind das Marien- und das Albertinen-Krankenhaus aus Hamburg, das Regio Klinikum Pinneberg und die Klinik Husum aus Schleswig-Holstein sowie das MediClin Klinikum Soltau und das Krankenhaus Winsen (Luhe) in Niedersachsen.

Die Ärzteteams tauschen sich eng über Akutversorgung und Weiterbehandlung der Patienten mit Schlaganfall oder Hirnblutung aus. Zum Einsatz kommen auch telemedizinische Verfahren: Per Videoübertragung können Patienten klinisch untersucht, CT- oder MRT-Bilder analysiert und Behandlungsmethoden erörtert werden. | *háb*

Diakonieklinikum hat einen neuen Ärztlichen Direktor

Prof. Dr. Andreas de Weerth ist seit Januar 2014 neuer Ärztlicher Direktor des Agaplesion Diakonieklinikums Hamburg. Er übernimmt die Aufgabe von Prof. Dr. Christoph Lindner, der das Amt neun Jahre lang innehatte. Als Chefarzt leitete de Weerth seit 2007 die Klinik für Innere Medizin und ist stellvertretender Leiter des zertifizierten Hamburger Darmzentrums. Seine Schwerpunkte liegen in der Gastroenterologie sowie in der endoskopischen Diagnostik und Therapie.

Lindner ist seit 1999 Chefarzt der Frauenklinik des Diakonieklinikums. In seine Amtszeit als Ärztlicher Direktor fiel maßgeblich die Fusion der drei evangelischen Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien und Elim und deren Umzug in den Eimsbütteler Klinik-Neubau vor drei Jahren. Als stellvertretender Ärztlicher Direktor bleibt er Mitglied des Krankenhaus-Direktoriums. | *háb*



Prof. Dr. Andreas de Weerth

Asklepios Klinik Harburg gründet zwei weitere Abteilungen



Dr. Jörg Elsner

Seit Januar 2014 verfügt die Asklepios Klinik Harburg über eine Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie. Chefarzt ist **Dr. Jörg Elsner**, der bislang Sektionsleiter des Fachbereiches für Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie an der Asklepios Klinik St. Georg war und diese Funktion auch behalten wird. In St. Georg hat Elsner unter anderem die plastisch-rekonstruktive Chirurgie inklusive der Mikrochirurgie zum freien Gewebetransfer eingeführt. Am Standort Harburg werden zusätzliche Schwerpunkte gesetzt: ein mikrochirurgisches Zentrum zur Versorgung von Weichteildefekten nach Trauma und Tumorerkrankung, aber auch der elektive Brustaufbau nach Mammakarzinom. Neben der gesamten Bandbreite der Handchirurgie, inklusive Re-

plantationen, wird das Angebot durch ästhetische Zusatzleistungen ergänzt.

Prof. Dr. Christhardt Köhler ist seit Anfang Januar neuer Chefarzt der Abteilung für spezielle operative und onkologische Gynäkologie in Harburg. Zuvor war er Leitender Oberarzt an der Charité in Berlin. Köhler ist ausgewiesener Experte auf den Gebieten der gynäkologischen Onkologie, der minimalinvasiven Chirurgie, der Therapie des Zervix-, Endometrium- und Ovarialkarzinoms sowie der operativen Therapie schwerer Endometriose. Speziell im Bereich der minimalinvasiven Chirurgie hat Köhler immer wieder neue Verfahren mit eingeführt und zahlreiche Arbeiten publiziert.

Die neue Abteilung fügt sich unter das Dach der standortübergreifenden Frauenklinik Altona und Harburg unter der Leitung von Prof. Volker Ragosch – ein neues Modell, durch das die medizinische Expertise in der Gynäkologie und Geburtshilfe an beiden Standorten erhöht wird und eine hohe Versorgungsqualität für die Patienten gewährleistet werden soll. | *háb*



Prof. Dr. Christhardt Köhler

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 01.03. **Dr. med. Ulrich Heise**
Facharzt für Orthopädie
- 02.03. **Andreas Schulthes**
Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 03.03. **Dr. med. Klaus Knüpling**
Facharzt für Innere Medizin
- 03.03. **Dr. med. Heinrich Rincker**
Facharzt für Urologie
- 05.03. **Dr. med. Dipl.-Psych.
Hildegard Neubauer**
Fachärztin für Nervenheilkunde
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
- 05.03. **Dr. med. Walter Zirkler**
Facharzt für Innere Medizin
- 10.03. **Prof. Dr. med. Wilhelm Brändle**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 11.03. **Dr. med. Peter Voeltz**
Facharzt für Anästhesiologie
- 13.03. **Dr. med. Friedhelm Storch**
Facharzt für Chirurgie
- 15.03. **Dr. med. Kai Priebe**
Facharzt für Innere Medizin

zum 65. Geburtstag

- 20.02. **Dr. med. Knud Heinert**
Facharzt für Orthopädie
- 23.02. **Dr. med. Dieter Laska**
Facharzt für Urologie
- 24.02. **Dr. med. Michael Neuss**
Facharzt für Neurochirurgie
- 24.02. **Dr. med. Christiane Zülch**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Fachärztin für Innere Medizin
- 25.02. **Martin von Urban**
Facharzt für Anästhesiologie
- 27.02. **Dietmar Helwig**
Arzt
- 01.03. **Dr. med. Maria-Margot Helle**
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 01.03. **Dr. med. Christiane Petersen**
Ärztin
- 02.03. **Bernd Uwe Krug**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 02.03. **Dr. med. Berthold Schmitt**
Facharzt für Radiologie
- 03.03. **Elfriede Meyer-Kahrs**
Ärztin
- 03.03. **Dr. med. Hansheinrich Pappert**
Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Nervenheilkunde
- 03.03. **Jörg-Elmar von Hübbenet**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 04.03. **Dr. med. Jan Dolezil**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 04.03. **Dr. Helmut Sagunski**
Arzt
- 06.03. **Dr. med. Susanne Jessen**
Ärztin
- 07.03. **Dr. med. Astrid Steinberg-Feiertag**
Ärztin
- 10.03. **Dr. med. Hans-Michael Köllner**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 12.03. **Prof. Dr. med. Bernhard Buchholz**
Facharzt für Chirurgie
- 12.03. **Dr. med. Lutz Erik Koch**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 12.03. **Dr. med. Wolfgang Reid**
Facharzt für Radiologie
- 13.03. **Dr. med. Jürgen Kimmritz**
Facharzt für Chirurgie
- 15.03. **Dr. med. Hans Borck**
Facharzt für Mikrobiologie
und Infektionsepidemiologie
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

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 oder unter Tel. 2022 99-130 (Mo., Mi., Fr.).

In memoriam

- Dr. med. Sigrid Westhäuser**
Fachärztin für Innere Medizin
*02.08.1935 † 14.11.2013
- Rolf Führer-Burow**
Facharzt für Innere Medizin
*22.06.1949 † 11.12.2013
- Dr. med. Eberhard Schwarz**
Arzt
*10.03.1939 † 15.12.2013
- Dr. med. Hans Piesbergen**
Facharzt für Innere Medizin
*27.11.1930 † 23.12.2013
- Dr. med. Ulrich Lenze**
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
*15.09.1944 † 04.01.2014

Tagung zu psychischen Traumatisierungen in Institutionen

Psychische Traumatisierungen in Institutionen und Organisationen sind in den vergangenen Jahren mehr in den Fokus medialen und gesellschaftspolitischen Interesses gerückt. Die 16. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), die vom 20. bis 22. März 2014 an der Universität Hamburg stattfindet, wird sich kritisch mit dem Thema auseinandersetzen. Zahlreiche namhafte Fachleute werden in Vorträgen, Symposien und Workshops Kenntnisse aus Forschung und Praxis referieren. Vertreter helfender Institutionen werden ihre Arbeit im Feld der Psychotraumatologie vorstellen. Ein Auslöser für die Diskussion und Aufarbeitung der Geschehnisse in deutschen Kinderheimen war das Buch „Schläge im Namen des Herrn“ von Peter Wensierski, der die Jahrestagung am 20. März 2014 um 17 Uhr im Universitätshauptgebäude, Edmund-Siemers-Allee 1, mit einem öffentlichen Vortrag eröffnen wird. Der Kongress richtet sich nicht nur an Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen, sondern auch an Mediziner aller Fachgruppen, Sozialpädagogen, Erzieher, Lehrer und andere, die in ihrem Beruf mit traumatisierten Kindern und/oder Erwachsenen zu tun haben. Weitere Informationen sind über die Tagungswebsite www.trauma2014.de zu erhalten.

Dr. Karl-Heinz Biesold, Tagungspräsident

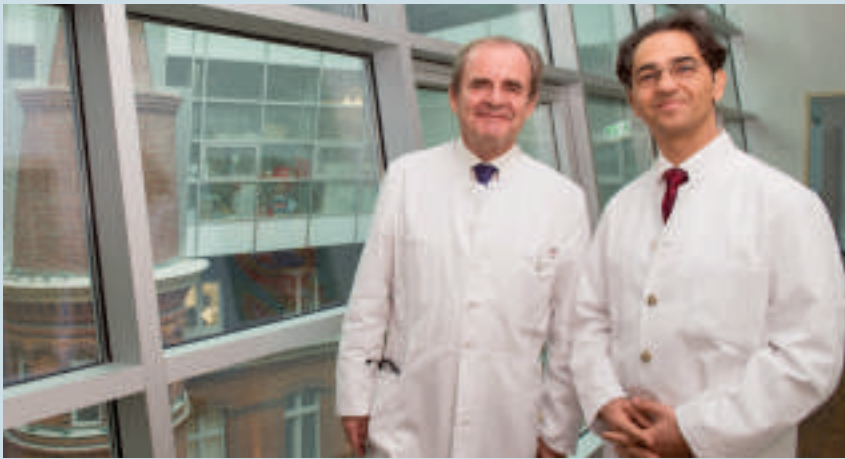
Prof. Dr. Markus Kröber übernimmt Chefarztposten



Prof. Dr. Markus Kröber

Am 1. Dezember hat Prof. Dr. Markus Kröber als Chefarzt die Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie der Asklepios Klinik Altona übernommen. Der aus Malsch in Baden-Württemberg stammende Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie trat jetzt die Nachfolge von Prof. Dr. Volker Wening an. Kröber hat in Heidelberg studiert und seinen Abschluss gemacht. Bereits während des Studiums zog es ihn immer wieder in die Schweiz und die USA. So war er an den Universitäten in Zürich, San Francisco und der Harvard Medical School in Boston tätig. Auch seine unfallchirurgische Ausbildung absolvierte er in den drei Ländern. Kröber begann in der Charité in Berlin, arbeitete in Kalifornien und Heidelberg und war zuletzt Leitender Oberarzt der Hirslanden Klinik St. Anna in Luzern. Seine Schwerpunkte sieht Kröber darin, die Traumatologie in Altona auf hohem Niveau zu halten und die Wirbelsäulenchirurgie weiterzuentwickeln. | h**ab**





Dr. Keihan Ahmadi (r.), Gründer des Klinikums Stephansplatz, und der Herzspezialist Prof. Dr. Thomas Meinertz in den neuen Klinikräumen, die vorher die Hanserad-Radiologie beherbergten

Enger Austausch Mitte Januar öffnete das Klinikum Stephansplatz. Das Facharztzentrum konnte renommierte Spezialisten gewinnen.

Interdisziplinäre *Versorgung*

Mit dem Klinikum Stephansplatz öffnete Mitte Januar ein neues Zentrum für Innere Medizin und Autoimmunerkrankungen mit einem Ärzteteam aus 15 verschiedenen Fachdisziplinen. Gründer und Ärztlicher Direktor des Klinikums mit modernem Ambulatorium mit Facharztsprechstunden, stationärer Einheit sowie Tagesklinik ist Dr. Keihan Ahmadi, zuvor Chefarzt der Rheumatologie in der AK Altona. Enger Berater des Rheumatologen und Gastroenterologen ist der renommierte Herzspezialist Prof. Dr. Thomas Meinertz, der jahrelang als Direktor des Universitären Herzzentrums Hamburg agierte. Mit dem auf Unfallchirurgie und Sporttraumatologie spezialisierten Orthopäden Prof. Dr. Volker Wening, dem Lungenspezialisten Prof. Dr. Helgo Magnussen, zuvor Ärztlicher Direktor LungenClinic Großhansdorf, dem Endokrinologen Prof. Dr. Frank-Ulrich Beil sowie dem Gynäkologen Prof. Dr. Fritz Jänicke konnten für das Klinikum Stephansplatz angesehene Spezialisten gewonnen werden. „Unser Konzept bietet dem Patienten interdisziplinäre Versorgung an einem Standort. Im engen Austausch mit den Kollegen ist die komplette Diagnostik mit einer individualisierten Therapie möglich“, sagt Ahmadi. Die Leistungen werden Privatversicherten, Selbstzahlern und Beihilfeberechtigten angeboten. | *håb*

HKG wählt neue Vorsitzende

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) hat im Dezember ihre Vorsitzenden für die nächsten zwei Jahre gewählt: Seit Januar 2014 ist Dr. Christoph Mahnke erster Vorsitzender der HKG. Mahnke ist seit 2007 Mitglied der Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg und hatte im letzten Jahr das Amt des zweiten Vorsitzenden der HKG inne. Zweiter Vorsitzender ist Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks. Er ist seit 2000 im Vorsitz der HKG und geht inzwischen in seine achte Amtszeit. | *håb*

Arzt-Homepages bitte aktualisieren

Ärztinnen und Ärzte, die für ihre Praxis eine Arzt-Homepage haben, müssen dort laut Telemediengesetz auch die Ärztekammer anführen, der sie angehören. Bitte denken Sie daran, dort die neue Adresse anzugeben: Weidestr. 122 b, 22083 Hamburg. | *håb*

Verloren

Ausweis von

- C 2006 Karoline Beate Adamzik
06.01.2009
- C 7714 Klaus Blaschke
20.12.2013
- C 5559 Christa Geyer-Wegner
05.03.2012
- A 8031 Renate Hohlbaum
14.06.1993
- C 6884 Dr. med. Kathrin Maack
10.05.2013
- C 8222 Dr. med. Monika Ostertag
26.10.2004
- C 1341 Valérie-Anne Tacier
14.05.2008
- C 6521 Eike Thomsen
10.01.2013
- 010-14971 Dr. med. Hannelore
Urban-Pauer
19.12.2000

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



Gefunden

... *Harte Mädchen leben gesund ...*

Eine bahnbrechende Entdeckung auf dem Sektor der alternativen Heilmethoden sorgte kürzlich für ungläubiges Kopfschütteln bei Eltern halbstarker Jugendlicher: Heavy Metal soll den Blutdruck senken und so dem Herzinfarkt vorbeugen. Das verwundert angesichts hochroter Köpfe bei Eltern, die verzweifelt gegen den Krach aus dem Jugendzimmer anschreien müssen. (Die Studie der Uniklinik Herne hat auch nicht die Wirkung auf Eltern überprüft.) Lebender Beweis könnte allerdings diese 90-Jährige (Foto) beim Festival in Wacken sein! Wie Urgeschrei, Luftgitarre und Haupthaar schütteln die Gesundheit fördern sollen, ist noch nicht erwiesen. Das könnten die Kassen als Argument nehmen, warum sie die Kostenübernahme von Heavy Metal-CDs und Konzertbesuchen künftig weiterhin ablehnen. | *ti*

Benzodiazepine bei psychisch schwer kranken Patienten

Die Verschreibungsregeln für Benzodiazepine sind aus gutem Grund sehr streng. Doch was ist mit psychisch schwer kranken Patienten? Mit dieser Frage befasst sich eine Veranstaltung in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg. Die Bedingungen für eine längere Verschreibung werden aus verschiedenen Perspektiven erläutert und zur Diskussion gestellt. Prof. Dr. Dieter Naber, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), schildert die klinisch-psychiatrische Perspektive, Jörg Götz, Suchtmediziner aus Berlin, die suchtmedizinische. Dr. Antje Müller, Ärztin in der Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll blickt ebenso auf das Thema wie Dr. Oktay Yagdiran aus Sicht eines niedergelassenen Psychiaters. Die Veranstaltung findet am Mittwoch, 26. März 2014 von 18 bis 20 Uhr, Weidestraße 122 b, Ebene 13, statt. Die Fortbildung ist kostenlos, eine Anmeldung nicht erforderlich. | *hüb*

Flüchtlingskinder – Kinderarzt gesucht

Weil momentan besonders viele Menschen als Flüchtlinge nach Hamburg kommen, hat die Stadt die Zentrale Erstaufnahme um einen zusätzlichen Standort in der Schnackenburgallee erweitert. Dort ist die medizinische Versorgung bislang nicht optimal. Wegen der besonders hohen Zahl der Kinder möchte der Betreiber der Einrichtung, „fördern und wohnen“ nun möglichst zweimal pro Woche für jeweils drei Stunden eine kinderärztliche Sprechstunde einrichten und sucht dafür Kinderärztinnen und Kinderärzte. Denkbar wäre auch, dass sich mehrere Kollegen die Aufgabe im Wechsel teilen. Die Zeiten können in Absprache mit „fördern und wohnen“ festgelegt werden, allerdings nicht mittwochs oder freitags nachmittags, da gibt es bereits hausärztliche Sprechstunden. Für die Tätigkeit ist ein Honorar auf Stundenbasis vorgesehen. Wer Interesse hat, melde sich bitte bei Melanie Anger, der Leiterin der Zentralen Erstaufnahme, Telefon 42835-5133, E-Mail: melanie.anger@foerdernundwohnen.de. | *hüb*



Für Kurzenschlossene: Jetzt noch Ärzteball-Karten sichern

Noch sind einige Karten für den Hamburger Ärzteball, der am Freitag, 14. Februar 2014, im Hotel Atlantic stattfindet, zu haben. Zwei Bands, The Rockhouse Brothers & Brasses of Fire sowie Noble Composition, sorgen für Live-Musik. Die Ballkarte kostet 75 Euro, Studenten zahlen 35 Euro. Essen und Getränke sind nicht im Preis enthalten, zwischen 19.30 und 21.30 Uhr gibt es eine kleine Speisenauswahl für Ballgäste. Einlass ist um 19.30 Uhr. Karten und weitere Informationen bekommen Sie Mo., Mi. und Fr. von 11 bis 14 Uhr in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg (Alster-city, Weidestraße 122b, Ebene 13) oder unter Tel. 20 22 99-428. Sie können auch eine E-Mail mit Namen, Adresse und Anzahl der Personen an akademie@aekhh.de schicken. Bei Vorlage einer ausgedruckten E-Mail mit Bestätigung der Bestellung können Kurzenschlossene ihre hinterlegten Karten an Abendkasse erwerben. | *hüb*

BUCHTIPP

Das deutsche Gesundheitssystem auf Englisch

Ein Vortrag vor Gästen aus dem Ausland über das deutsche Gesundheitssystem? Oder Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland, die in Deutschland tätig werden wollen? Unabdingbar dafür sind grundlegende Informationen über unser Gesundheitssystem auf Englisch. Eine gute Unterstützung dazu bietet die Veröffentlichung „The German Health Care System – A Concise Overview“. Die Autoren bieten auf rund 300 Seiten die grundlegenden Strukturen, historische Zusammenhänge und aktuelle Aspekte. Insbesondere viele Schaubilder ermöglichen einen umfassenden Überblick über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Besonderheit.



Konrad Obermann, Peter Müller u. a.:
The German Health Care System –
A Concise Overview.
Der Ratgeberverlag, Hamburg 2013.
300 Seiten, 39,95 Euro

Bibliothek des Ärztlichen Vereins

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

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

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

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

- Zusendung von Zeitschriftenaufsatzkopien (bibliothek@aekeh.de)
- 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

G. Antoch (u. a.): FKDS-Trainer. Ein Arbeitsbuch für den Einstieg in die Farkodierte Duplexsonographie und Echokardiographie. 4. Auflage, 2013.

R. Baron: Praktische Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnostik – multimodale Therapie. 3. Auflage, 2013.

M. Benesch: Klinische Studien lesen und verstehen. 1. Auflage, 2013.

K.-O. Bergmann / C. Wever: Die Arzthaftung. Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen. 4. Auflage, 2014.

J. Braun (u. a.): Klinikleitfaden Innere Medizin. 12. Auflage, 2014.

H. Dilling: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Auflage, 2014.

B. Dirks: Die Notfallmedizin. Organisation, taktisches Vorgehen, Fallbeispiele. 2. Auflage, 2013.

F. Dorsch (u. a.): Dorsch Lexikon der Psychologie. 16. Auflage, 2013.

G. Flatten*: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentexte. 2013.

A. Frodl: Recht im Gesundheitsbetrieb. Gesetze und Verordnungen für die Betriebsführung im Gesundheitswesen. 2013.

U. Hammer / A. Büttner: Leichenschau. Differenzialdiagnostik häufiger Befunde. 2014.

W. Hausotter: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. 3. Auflage, 2013.

F. Kehl: Intensivmedizin Fragen und Antworten. 4. Auflage, 2013.

T. Köhler*: Medizin für Psychologen und Psychotherapeuten. Orientiert an der Approbationsordnung für Psychologische Psychotherapeuten. 3. Auflage, 2013.

W. Kölfen: Ärztliche Gespräche, die wirken. Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin. 2. Auflage, 2013.

M. Lohnstein / J. Eras-Kalisch / C. Hammerbacher: Der Prüfungsguide Allgemeinmedizin. 2013.

I. Mylonas: Wissenschaftliches Publizieren in der Medizin. Ein Leitfaden. 2013.

M. C. Poetzsch*: Notaufnahme. Von A wie Adrenalin bis Z wie Zusammenbruch. 1. Auflage, 2013.

R. Puchner (u. a.): Rheumatologie aus der Praxis. Ein Kurzlehrbuch der entzündlichen Gelenkerkrankungen mit Fallbeispielen. 2. Auflage, 2012.

L. Rensing / V. Rippe: Altern. Zelluläre und molekulare Grundlagen, körperliche Veränderungen und Erkrankungen, Therapieansätze. 2014.

*Geschenk des Verfassers / Herausgebers / Mitarbeiters

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



Stressfrei!

Wir singen –
im Hamburger Ärztechor

Lust!

Männer bevorzugt –
im Hamburger Ärztechor

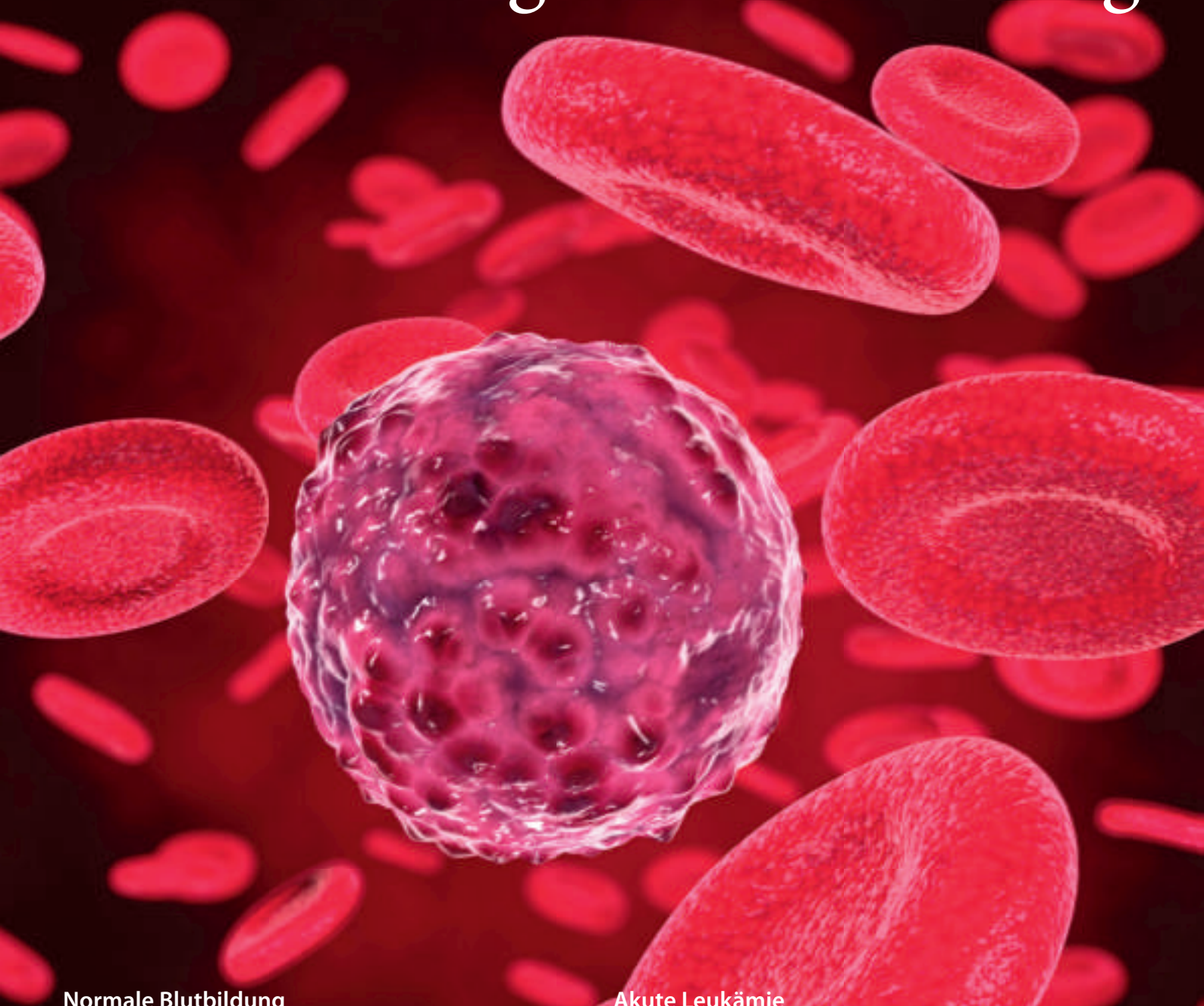
... und ohne Frust!

Auch für Frauen –
im Hamburger Ärztechor

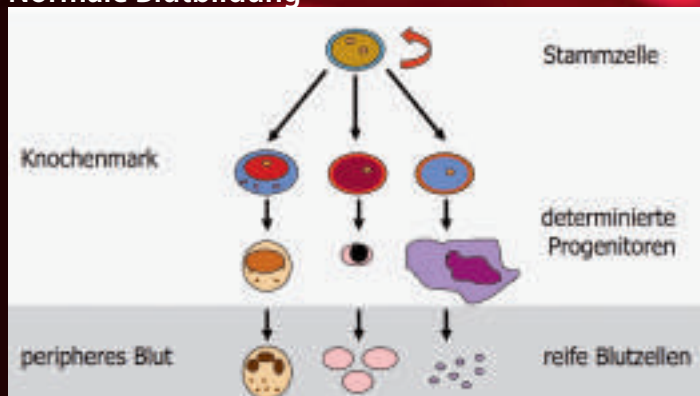
HAMBURGER ÄRZTECHOR LEITUNG ANDREAS WENDORFF

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

Akute myeloische Leukämie – bestmögliche Behandlung



Normale Blutbildung



Akute Leukämie

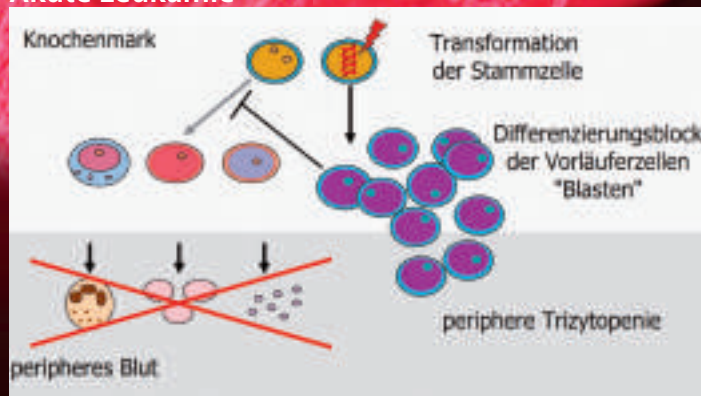


Abb. 1: Fehlende Differenzierung der Proliferation von Leukämie-Blasten (nach Prof. J. Krauter, Medizinische Hochschule, Hannover)

Überlebensrate steigt Zielgerichtete Therapien haben Einzug in die Behandlung der AML gefunden. Sie stellen eine Chance auch für ältere Patienten dar.

Von Prof. Dr. Walter Fiedler, Melanie Janning, Dr. Maxim Kebenko,
Jens Weidmann, Dr. Snjezana Janjetovic, Prof. Dr. Carsten Bokemeyer

Die akute myeloische Leukämie (AML) ist eine heterogene Erkrankung mit unterschiedlichen Therapien und Verlaufsformen. Warum das so ist, warum ältere Patienten so schwer zu behandeln sind und welche Fortschritte, aber auch welche Probleme in der Behandlung der akuten myeloischen Leukämie zu erwarten sind, soll in diesem Artikel dargestellt werden.

Symptome und Diagnose akuter Leukämien

Akute Leukämien sind charakterisiert durch einen Differenzierungsblock und eine unkontrollierte Proliferation von hämatopoetischen Vorläuferzellen (Blasten), die zu einer Suppression der gesunden Hämatopoese führen (Abb. 1). Im Vergleich zu den chronischen Leukämien haben die akuten Leukämien oft einen fulminanten Verlauf. Die Anamnese ist daher in der Regel kurz. Die Symptome sind oft unspezifisch und lassen sich vor allem durch die Suppression der gesunden Hämatopoese erklären: Blässe, Fatigue, Dyspnoe und/oder rascher Leistungsabfall können Ausdruck einer Anämie sein. Thrombopenien äußern sich durch Blutungszeichen wie Petechien und mukosale Einblutungen oder Gingivablutung. Eine Leukopenie kommt selten, aber gehäuft bei älteren Patienten vor. Meist kommt es durch Ausschwemmung der Blasten ins periphere Blut zu einer Leukozytose. Leukämie-Blasten sind keine funktionstüchtigen Immunzellen, daher liegt bei diesen Patienten eine Infektneigung, häufig mit Tonsillitis, Pneumonie oder gar Sepsis vor. Weitere Symptome sind mit bestimmten Leukämieformen assoziiert, so zeigt sich eine Gingivahyperplasie vor allem bei myelomonozytärer und monozytärer AML (M4 und M5). Erhöhungen von LDH und Harnsäure deuten auf einen intensiven Zellumsatz hin. In diesem Zusammenhang kann das Kreatinin im Rahmen eines Tumorlysesyndroms durch ein akutes Nierenversagen erhöht sein. Oft ist die Gerinnung beeinträchtigt. Dies kann auch ein Hinweis darauf sein, dass es sich um eine akute Promyelozyten-Leukämie (AML-M3) handelt, die oft mit einer Blutung bei Diagnosestellung einhergeht, und bei der es besonders wichtig ist, dass rasch eine adäquate Therapie eingeleitet wird.

Bei Patienten mit massiver Leukozytose (etwa ab >100 MRD/l) kann es zu einem sogenannten Leukostase-Syndrom kommen. Dies ist eine lebensgefährliche Mikrozirkulationsstörung und äußert sich z. B. mit Rauschen im Ohr, Flimmersehen, Schwindel oder sonstigem Hinweis auf Störungen der Zirkulation. Diese Patienten sollten umgehend in ein Zentrum überwiesen werden, wo eine Leukaphese durchgeführt wird.

Bei ausgeprägter Panzytopenie und typischen Symptomen ist rasches Handeln indiziert. Oft ist das Beschwerdebild allerdings nicht eindeutig und das Blutbild zeigt nur leichte Veränderungen. Differenzialdiagnostisch am häufigsten sind Leuko- und/oder Thrombopenie bei viralen Infekten (Tab. 1, S. 14). Eine Vielzahl von Medikamenten können ebenfalls zu einer Thrombo- und/oder Leukopenie führen. Ebenso können Vitamin B12- und Folsäuremangel auch die Produktion der Leuko- oder Thrombozyten beeinflussen. Andere Krankheiten, die eine Suppression des Knochenmarks mit einer Panzytopenie

bedingen, sind: Knochenmarkskarzinose, Myelodysplastisches Syndrom, Lymphome oder aplastische Anämie. Wichtig ist es daher auch geringe Blutbildveränderungen eines Patienten ernst zu nehmen, da akute Leukämien auch bei geringen Blutbildveränderungen und beschwerdefreiem Patienten immer eine lebensbedrohliche Erkrankung darstellen. Weitere Laborparameter wie LDH und Harnsäure können eine Verdachtsdiagnose untermauern. Insbesondere ein manuelles Blutbild kann bereits zur Diagnose führen. Gesichert wird die Diagnose durch eine Knochenmarksaspiration. Das Definitionskriterium der AML sind > 20 Prozent myeloische Blasten im Knochenmark oder im peripheren Blut. Weiterhin werden heute standardmäßig zur Prognoseabschätzung und zur Therapieplanung ein Karyotyp erstellt sowie molekulare Veränderungen, wie Mutationen im FLT3- oder NPM-1-Gen, bestimmt. Da die meisten Patienten im Rahmen von klinischen Studien behandelt werden, sind je nach Studie zusätzliche molekulare Bestimmungen erforderlich. In Deutschland erhalten wir an den meisten Zentren innerhalb von 48 Stunden eine Rückmeldung über das molekulare Profil, sodass rasch eine individuelle, gezielte Therapie eingeleitet werden kann.

Die AML ist eine Erkrankung des älteren Menschen; das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwa 70 Jahren, die Inzidenz bei drei Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr in Deutschland. Die Pathogenese der AML ist letztlich unklar. Es gibt eine Assoziation mit Exposition gegenüber bestimmten Chemikalien wie Benzolen, Mineralölprodukten, Farben, Pestiziden sowie Arzneimittel wie Chloramphenicol und Phenylbutazon und eine Exposition gegenüber radioaktiver Strahlung. Meist lässt sich aber kein klarer Bezug herstellen. Vorherige therapeutische Bestrahlung und Behandlung mit DNA-schädigenden Substanzen können zu einer Chemotherapie-assoziierten Leukämie führen. Insgesamt ist diese Form der Leukämie jedoch sehr selten. Viel häufiger entsteht die AML auf dem Boden eines myelodysplastischen Syndrom (MDS). Solche sekundären Leukämien haben eine schlechtere Prognose.

Im Vergleich zur chronisch myeloischen Leukämie (CML), bei welcher die Translokation $t(9;22)$, das sogenannte Philadelphia-Chromosom, im Wesentlichen die einzige genetische Veränderung ist, die zur malignen Transformation führt, ist die AML eine sehr heterogene Erkrankung. Man geht davon aus, dass das kombinierte Vorliegen von mehreren verschiedenen molekularen und/oder zygotischen Veränderungen zu einer AML führt.

Diagnostik der AML

- Anamnese und körperlicher Untersuchungsbefund (Blutungszeichen, Hepatosplenomegalie)
- Blutbild und Differenzialblutbild
- Knochenmarkzytologie und -zytochemie
- Knochenmarkbiopsie (zwingend notwendig bei punctio sicca)
- Immunphänotypisierung
- Zytogenetik
- Molekulargenetik (u. a. NPM1, CEBPA, FLT3)
- Notwendige ergänzende Untersuchungen
- Allgemeinzustand (ECOG- /WHO-Score)
- Evaluierung der Komorbiditäten (z. B. HCT-CI-Score)
- Klinische Chemie, einschließlich LDH, Harnsäure, Gerinnung, Urinanalyse
- Schwangerschaftstest
- HLA-Typisierung (ggf. auch der Geschwister) plus CMV-Status (bei für die allogene SZT-gereigneten Patienten)
- Hepatitis- und HIV-Serologie

Differenzialdiagnose Thrombopenie

Virale Infektionen	Röteln, Mumps, Varizella, Parvovirus, Hepatitis C, Eppstein-Barr-Virus, Mononucleose, CMV, HIV
Medikamenten-induziert	β-Laktamantibiotika, Carbamazepine, Chinin, Chinidin, Heparin (Heparin-induzierte Thrombozytopenie), Phenytoin, Valproat, Sulfonamide, Aspirin, NSAR
Vitamin B12- und Folsäure-Mangel	
Direkte Alkoholtoxizität	
Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP)	
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP)	
Systemischer Lupus erythematosus (SLE)	
Disseminierte intravassale Koagulopathie (DIC)	
HELLP-Syndrom (hemolytic anemia, elevated liver function tests, low platelets)	
Splenomegalie	Normalerweise ist ein Drittel der zirkulierenden Thrombozyten in der Milz. Diese Anzahl kann sich bei Splenomegalie aufgrund von z. B. portaler Hypertension auf 90 Prozent erhöhen

Differenzialdiagnose Neutropenie

Virale Infektionen	Typische Kindinfektionen (RSH, Influenza A und B, Parvovirus) HIV, EBV, CMV, Hepatitis A, Masern, Röteln, Varizellen
Bakterielle Infektionen	Thypus, Shigellen, Brucelose, Tuberkulose
Parasitäre Infektionen	Kala Azar (Leishmanose), Malaria, Rickettsien
Medikamenten-induziert	Am häufigsten: Clozapine, Thionamide, Sulfasalzine
Vitamin B12- und Folsäure-Mangel, Kupfer- / Cearuloplasmin-Mangel, Alkohol	
Splenomegalie	
Seltene angeborene Neutropenie	z. B. Shwachman-Diamond-Oski-Syndrom

Erkrankungen des Knochenmarks

Leukämien, Aplastische Anämie, Myelodysplastisches Syndrom, Infiltration durch ein Lymphom oder Knochenmarkskarzinose	Führen in der Regel zu einer kombinierten Zytopenie
---	---

Tab. 1: Differenzialdiagnose von Blutbildveränderungen

Therapieprinzipien bei der AML

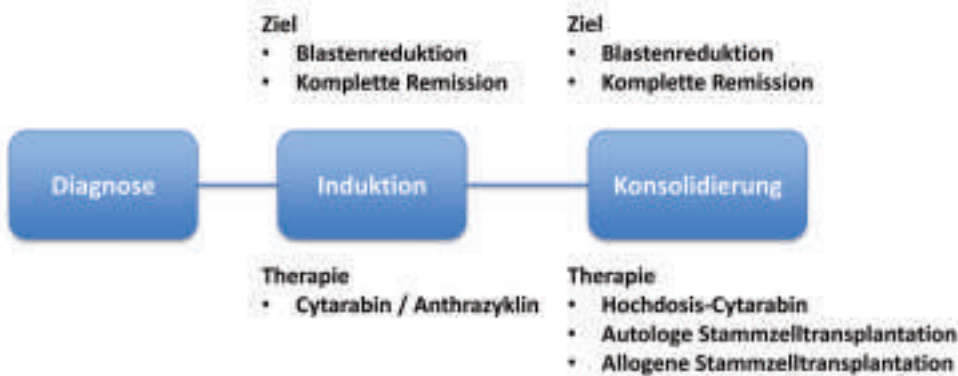


Abb. 2: Therapieprinzipien bei AML (nach Prof. J. Krauter, Medizinische Hochschule, Hannover)

Diese Mutationen bewirken, dass es sowohl zur übermäßigen Proliferation als auch zum Differenzierungsblock der Blasten kommt (sogenannte „double-hit“-Hypothese). Die Kenntnis der beteiligten Veränderungen erlaubt oft auch eine bessere Prognoseabschätzung. Die klassische Einteilung der AML nach FAB (French-American-British-Group) anhand von zytomorphologischen und zytochemischen Kriterien der Blasten ist daher überholt. In der WHO-Klassifikation

von 2008 werden die Patienten nach neueren zytogenetischen oder molekularen Veränderungen eingeteilt (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/C81-C96>). Das European Leukemia Net schlägt eine Risikostratifizierung in vier Klassen vor (www.leukemia-net.org). Chromosomale Veränderungen, wie t(8;21) oder inv (16) gehen mit einer günstigen Prognose einhergehen, während Veränderungen an Chromosom 5 oder 7 einen ungünstigen Risikofaktor

darstellen. Für molekulare Abnormalitäten gilt zum Beispiel, dass die Mutation im FLT3-Gen mit einer ungünstigen und die im NPM-1-Gen mit einer besseren Prognose einhergeht.

Therapie

Für jüngere Patienten mit AML hat sich das mittlere Überleben in den letzten 30 Jahren ständig verbessert. Dies liegt im Wesentlichen an dem breiten Einsatz der allogenen Stammzelltransplantation in der Primärtherapie und der Weiterentwicklung von supportiven Maßnahmen, was dazu führte, dass deutlich mehr Patienten mit geringerer Morbidität und Mortalität behandelt werden können. Zu diesen supportiven Maßnahmen gehören die erhöhte Sicherheit und rasche Verfügbarkeit von Blut- und Thrombozytentransfusionen, aber auch die verbesserte Infektionsprophylaxe und -therapie in der Phase der therapieinduzierten Neutropenie. In den vergangenen Jahren wurden in großen Zentren Spezialstationen für Leukämiepatienten gegründet. Diese Stationen besitzen meist eine HEPA (high efficiency-particular airfilter)-Filter-Anlage, die das Risiko von Infektionen mit Erregern aus der Außenluft (vor allem von Aspergillussporen) deutlich senkt. Seit Oktober 2011 gibt es durch Unterstützung der José Carreras Leukämie-Stiftung eine solche Einheit im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Hier werden die Patienten außerdem von speziell geschulten Psychologen betreut. Weiterhin können sie auf einen Sportraum innerhalb der Einheit zurückgreifen, in dem sie während der Therapie mit Betreuung von speziell ausgebildeten Physiotherapeuten trainieren können. Auch der Erhalt der körperlichen Fitness reduziert Morbidität und Mortalität während der Therapie.

Eine Therapie in kurativer Intention geschieht in zwei Phasen: Das Ziel der ersten sogenannten Induktionstherapie ist eine Vollremission (< 5 Prozent Blasten im Knochenmark bei regeneriertem Blutbild), während mit der Konsolidierungstherapie restliche verbleibende Leukämiezellen eliminiert werden, und dadurch letztlich die Heilung erreicht wird. Ohne Konsolidierungstherapie würde eine Vielzahl der Patienten rezidivieren. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Konsolidierung (Abb. 2): konventionelle Chemotherapie mit Hochdosis-Cytarabin oder allogene Stammzelltransplantation bei Patienten mit erhöhtem Rezidivrisiko oder erhöhtem Risiko auf Nichtansprechen der Therapie. Die autologe Stammzelltransplantation spielt bei der Therapie der AML in Deutschland keine Rolle.

Seit fast 40 Jahren ist die Kombination aus einem Anthrazyklin (in Regel Daunorubicin), welches an drei Tagen gegeben wird, und der kontinuierlichen Infusion von Cytarabin über sieben Tage der Standard der Induktionstherapie („7+3“-Schema). Etwa 70 Prozent der Patienten unter 60 Jahren erreichen damit eine Vollremission. Es gab zahlreiche Versuche, diese Induktionstherapie unter anderem durch Hinzunahme eines dritten Chemotherapeutikums zu verbessern, insgesamt zeigten diese Studien allerdings keinen dauerhaften Vorteil gegenüber der Standardtherapie „7+3“. Die einzige Ausnahme ist hier möglicherweise das Purin-Analogon Cladribin: Die polnische Leukämiestudiengruppe konnte 2012 zeigen, dass die Addition von Cladribin zu dem klassischen „7+3“-Schema vor allem bei Patienten unter 50 Jahren mit ungünstigem zytogenetischen Phänotyp einen Vorteil brachte. Ob diese Ergebnisse allerdings bestätigt werden können und damit allgemeine Therapieempfehlung werden, bleibt abzuwarten.

Als Konsolidierung werden bei den Patienten mit günstigem Risikoprofil in der Regel drei bis vier Zyklen hochdosiertes Cytarabin verabreicht. Bei allen anderen Patienten wird in Deutschland außerhalb von Studien eine allogene Stammzelltransplantation durchgeführt. Dabei werden dem Patienten gesunde Stammzellen von einem Spender transplantiert, der anhand von übereinstimmenden HLA-Merkmalen identifiziert wird. Wenn möglich, werden dafür Geschwister gewählt. Aufgrund der Mendel'schen Regeln kommt allerdings nur ein Viertel der Geschwister in Frage. Inzwischen gibt es internationale Spenderregister mit mehreren Millionen Freiwilligen, sodass die

Chance, einen HLA-identischen Spender zu finden, sehr groß ist. Die allogene Stammzelltransplantation nutzt neben der Möglichkeit, die Chemotherapie in wesentlich höheren Dosierungen geben zu können, den sogenannten Graft-versus-Leukämie-Effekt aus. Dies ist eine gewollte Nebenwirkung, bei der vor allem natürliche Killer-Zellen und T-Zellen des Spenders die verbleibenden Leukämiezellen des kranken Empfängers beseitigen können. Dass trotz dieses Vorteils der allogenen Stammzelltransplantation nicht alle Patienten transplantiert werden, liegt an der immer noch erhöhten therapieassoziierten Mortalität (zehn bis 20 Prozent) im Vergleich zu Hochdosis-Cytarabin. Aus diesem Grund wird die allogene Stammzelltransplantation in der ersten Remission nur bei Patienten mit intermediärem oder ungünstigem Risiko durchgeführt, da für diese Patienten durch die Transplantation ein Überlebensvorteil gegenüber konventioneller Chemotherapie als Konsolidierung besteht. Patienten mit Rezidiv werden, wenn möglich nach Erreichen einer zweiten Remission, durch eine Re-Induktionstherapie, ausnahmslos transplantiert.

Neue zielgerichtete Leukämietherapie

Neben der Prognoseabschätzung erlaubt die Kenntnis verschiedener molekularer Veränderungen auch die Entwicklung und den Einsatz neuer, zielgerichteter Therapeutika, wie z. B. im Fall von c-KIT- und FLT3-Mutationen. FLT3 ist eine Rezeptortyrosinkinase und Mutationen kommen bei circa 25 Prozent der AML-Patienten vor. Diese führen zu einer konstitutiven Aktivierung der Tyrosinkinase und dadurch zu einer vermehrten Proliferation der Leukämiezellen. Verschiedene FLT3-Inhibitoren sind zurzeit in klinischer Testung. Das „small molecule“ Midostaurin zeigt möglicherweise einen zusätzlichen Nutzen in der Primärtherapie. Nach erfolgreicher Phase-II-Studie werden die Ergebnisse der Phase-III-Studie erwartet.

Des Weiteren wird der Tyrosinkinaseinhibitor Dasatinib bei Leukämien mit c-KIT-Mutation getestet. Obwohl FLT3- und c-KIT-Mutationen zu den häufigsten molekularen Veränderungen bei AML gehören, sind sie wegen der „double hit“-Hypothese nicht allein für die Leukämogenese verantwortlich. Das ist einer der Gründe, warum Tyrosinkinaseinhibitoren bei der AML nur bei einem Teil der Patienten und auch nur für einen begrenzten Zeitraum wirksam sind.

Gemtuzumab-Ozogamicin (GO) ist ein Immunkonjugat, bei dem ein humanisierter Antikörper an das bakterielle Toxin Calicheamicin gekoppelt wurde. Gemtuzumab erkennt das Oberflächenmolekül CD33, das auf einer Vielzahl von Leukämiezellen exprimiert wird. Nach Bindung an CD33 wird GO in die Zellen aufgenommen, und dort führt das antineoplastische Toxin zu Doppelstrangbrüchen der DNA und damit zum gezielten Abtöten von Leukämiezellen. Studien aus Frankreich und England zeigen eine Wirkung vor allem bei Patienten mit CBF-Leukämien und bei Patienten mit mittlerem Risiko. Daneben gibt es eine Reihe von weiteren Inhibitoren und Antikörpern mit durchaus vielversprechenden Ergebnissen in ersten kleineren Studien.

Der ältere Patient

Die Behandlung des älteren Patienten stellt ein großes Problem dar. Mehr als die Hälfte der Patienten ist über 65 und ein Drittel über 75 Jahre alt. Die Entscheidung, welcher Patient kurativ therapiert werden kann, und bei welchem das therapieassoziierte Mortalitätsrisiko zu hoch ist, sollte mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung aller Optionen von einem Spezialisten getroffen werden. Es zählt nicht das kalendarische, sondern das biologische Alter. Den 75-jährigen Marathonläufer würde man eher transplantieren, als den 60-jährigen mit Herzinsuffizienz vom Grad NYHA III.

Im Vergleich zu Patienten unter 60 Jahren erreichen ältere Patienten nur in 40 bis 65 Prozent eine Vollremission und 85 Prozent haben innerhalb von zwei Jahren ein Rezidiv. Das ist auch dadurch zu er-

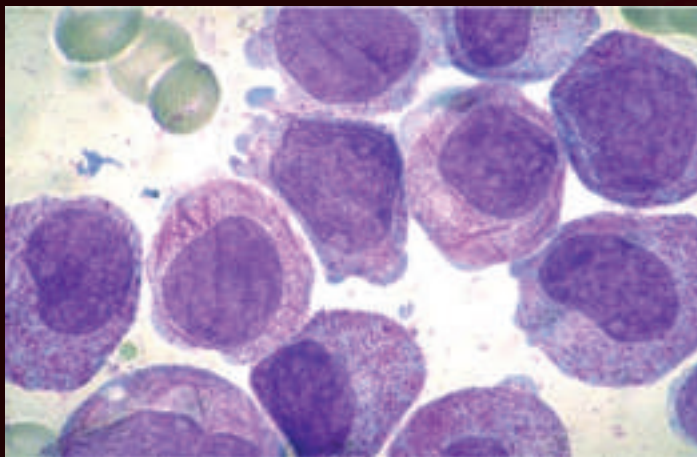


Abb. 3: Akute Promyelozytenleukämie. Blasten mit Auerstäbchen

Minimale Resterkrankung (MRD)

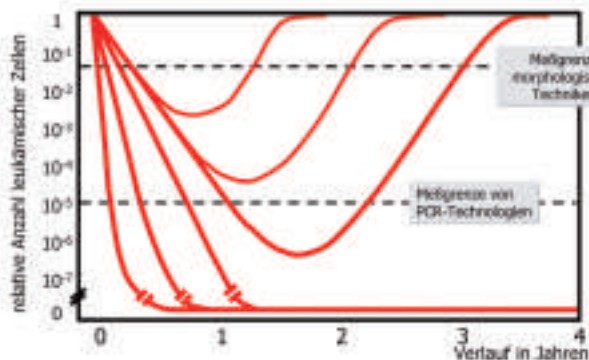


Abb. 4: MRD: Bedeutung genetischer Veränderungen. Aus: Vortrag von Prof. Krauter, MHH, „Vom Mikroskop zum Molekül. Moderne Leukämiediagnostik zur Prognoseabschätzung und Therapiesteuerung“

klären, dass ältere Patienten deutlich häufiger einen ungünstigen Karyotyp oder ein vorangegangenes Myelodysplastisches Syndrom (MDS) haben, was mit einer ungünstigeren Prognose einhergeht. Es werden heute zwar schon deutlich ältere Patienten als noch vor zehn Jahren transplantiert, und wahrscheinlich können heute sogar bis zu 60 Prozent der über 60-jährigen einer intensiven Therapie zugeführt werden, dennoch können Ältere aufgrund ihrer reduzierten Konstitution verbunden mit zahlreichen Begleiterkrankungen oft nicht in kurativer Absicht behandelt werden.

Fortschritte, die eine Transplantation auch bei älteren Patienten erlauben, sind – neben den bereits erwähnten verbesserten supportiven Maßnahmen – auch der Einsatz von Konditionierungsregimen mit reduzierter Intensität, die zu weniger Nebenwirkungen im Vergleich zu myeloablativen Schemata führen. Myeloablative Schemata haben den Zweck, den Großteil des erkrankten Knochenmarks zu zerstören. Die Transplantation von Spenderstammzellen ist notwendig, damit wieder ein funktionsfähiges Knochenmark aufgebaut werden kann. Dosisreduzierte Schemata besitzen einen geringeren direkten anti-leukämischen Effekt. Hier wird vor allem der Graft-versus-Leukämie-Effekt ausgenutzt.

Welche Therapie empfehlen wir Patienten, die nicht intensiv kurativ behandelt werden? Eine Option ist die palliative Betreuung im Sinne von „best supportive care“ mit Gabe von Transfusionen. Dieser Ansatz kommt vor allem für Patienten in deutlich reduziertem Allgemeinzustand infrage. Bei proliferativer AML mit Ausschwemmung der Blasten ins periphere Blut und konsekutiver Leukozytose, kann eine zytoreduktive Therapie (meist mit Hydroxyurea) versucht werden, um die Leukozytenzahl zu reduzieren. Die Haupttodesursache – schwere Infektionen aufgrund der Immunsuppression – kann aber durch diesen Therapieansatz nicht vermieden werden. In einigen Fäl-

len besteht die Möglichkeit, mit „milden“ Chemotherapeutika eine partielle Remission oder sogar Vollremission zu erreichen. Dabei kommen verschiedene Substanzen zum Einsatz: niedrig dosiertes Cytarabin als subkutane Injektion, Etoposid, Mitoxantron oder Methotrexat.

Die potenzielle Rolle von epigenetischen Veränderungen in der Pathogenese von AML und MDS hat dazu geführt, dass hypomethylierende Medikamente bei der AML eingesetzt werden. Azacitidin wird bei Patienten mit MDS und AML mit 20 bis 30 Prozent Blasten eingesetzt. Decitabin ist seit letztem Jahr in Europa für die Behandlung der AML bei Patienten über 65 Jahre zugelassen. In ersten Studien werden damit Vollremissionen von etwa 15 bis 20 Prozent der älteren Patienten ohne schwerwiegende Nebenwirkungen erreicht.

Daneben gibt es auch für diese Patientengruppe eine zunehmende Zahl von neueren Medikamenten mit zielgerichteter Tumorstoffwirkung, die entweder als Monotherapie oder in Kombination mit einem der oben genannten Medikamente getestet werden: Der „polo-like-kinase“-Enzym mit Funktion im Zellzyklus-Inhibitor Volasertinib, zeigte in einer Vorläuferstudie, die in wenigen Zentren – einschließlich des UKE – durchgeführt wurde, vergleichbare Raten an Vollremissionen, wie man sie in dieser Patientengruppe sonst nur mit intensiver Chemotherapie erreichen kann. Eine größere Nachfolgerstudie unter Beteiligung des UKE wurde bereits initiiert. Vismodegin ist ein Hedgehog-Inhibitor, der möglicherweise nicht nur Blasten, sondern auch die leukämischen Stammzellen attackiert. Leukämische Stammzellen sind nicht Chemotherapie-sensibel und man geht davon aus, dass ein Überleben dieser Zellen für Rezidive verantwortlich ist. Des Weiteren wird in unserem Klinikum zurzeit in einer Studie die Therapie mit einem CD44-Antikörper getestet. CD44 ist der sogenannte „homing“-Rezeptor der leukämischen Stammzellen.

Viele dieser zielgerichteten Medikamente sind zurzeit nur im Rahmen von klinischen Studien für Patienten einsetzbar, die nicht kurativ therapiert werden können, oder die mehrfach rezidiert, aber noch in relativ gutem Allgemeinzustand sind. Die Teilnahme an einer klinischen Studie stellt somit eine wichtige weitere Therapieoption dar.

Akute Promyelozytenleukämie (APL, AML M3 nach FAB)

Charakteristisch für die AML M3 (Synonym für APL) sind Blasten mit vielen Auerstäbchen (sogenannte Fagot-Zellen, Abb. 3). Die klinische Neigung zu massiven, vor allem intrakraniellen Blutungen, liegt nicht nur an der üblichen Thrombozytopenie, sondern daran, dass im Zytoplasma der M3-Blasten viele Enzyme und Cytokine enthalten sind, welche die Gerinnungskaskade beeinflussen, und zu einer disseminierten intravasalen Koagulopathie führen. Diese Untergruppe bildet eine seltene, aber besondere Form der AML, die sich dadurch auszeichnet, dass diese Patienten heute in über 90 Prozent der Fälle geheilt werden können. Noch vor etwas mehr als 20 Jahren war die akute Promyelozytenleukämie (APL) aufgrund ihrer raschen Evolution und vor allem durch die sehr hohe Blutungsneigung der Patienten als eine der tödlichsten, akuten Leukämien bekannt. Die Einführung von zwei spezifischen Medikamenten hat die Therapie der APL revolutioniert.

In mehr als 98 Prozent der Fälle ist die APL mit einer Translokation t(15; 17) assoziiert. Dabei fusioniert das Gen für den Rezeptor der Retinsäure („retinoic acid receptor alpha“, RARA) mit dem PML-Gen. Das Fusionsprotein PML-RARA führt unter anderem dazu, dass die Blasten nicht ausdifferenzieren. ATRA („all-trans retinoic acid“), ein Vitamin A-Derivat, bindet an den RARA-Teil des Fusionsproteins und Arsentrioxid (ATO) an den PML-Teil des Fusionsproteins. Beides führt zum vermehrten Abbau von PML-RARA und damit unter anderem zur Aufhebung des Differenzierungsblocks und zur Apoptose von Blasten.

Zunächst galt eine Kombination aus einer anthrazyklinhaltigen Chemotherapie mit ATRA als Standard. Erste Hinweise, dass auch ATO gezielt auf APL-Blasten wirkt, gab es bereits in den 1990er Jahren von Arbeitsgruppen aus China. Eine Phase-III-Studie unter Führung einer italienischen Studiengruppe konnte nun beweisen, dass die Chemotherapie-freie Kombination aus ATO und ATRA in der Primärsituation gegenüber der herkömmlichen Therapie (Chemotherapie mit ATRA) nicht unterlegen, sondern eventuell sogar etwas besser ist (98,7 Prozent vs. 91,1 Prozent Gesamtüberleben nach zwei Jahren). Das UKE hat im Rahmen der oben beschriebenen, internationalen Phase-III-Studie die meisten Patienten in Deutschland behandelt. Bemerkenswert sind dabei auch die deutlich reduzierten Nebenwirkungen. Da ATO und ATRA gezielt auf M3-Blasten wirken, kommt es unter der Therapie kaum zu Blutbildveränderungen und schweren Infektionen, die meisten Patienten brauchen keine Transfusionen. Deshalb hat diese Studie zu einem weltweiten Therapiewechsel geführt und ATRA plus ATO ohne Chemotherapie stellt jetzt den Standard dar. Die APL ist durch die Einführung von ATO und ATRA das erste Beispiel einer gezielten, auf ein Onkogen gerichteten Chemotherapie-freien Behandlung, die eine Heilung einer fortgeschrittenen Krebserkrankung erreichen kann. Trotz dieser hervorragenden Neuerung in der APL-Therapie gibt es zwei Dinge zu beachten:

1. Das Risiko, dass Patienten an einer massiven Blutung vor Therapieeinleitung versterben, gilt weiter. Daher ist es besonders wichtig, beim zytomorphologischen Verdacht auf eine AML M3 sofort eine Therapie mit ATRA zu beginnen.
2. Das Toxizitätsprofil und ATO und ATRA ist relativ gering, aber es kann unter der Therapie zu einem lebensbedrohlichen Differenzierungssyndrom kommen. Klinische Zeichen sind Fieber, Dyspnoe, pneumonische Infiltrate, Gewichtszunahme, periphere Ödeme, Hypotension und akutes Nierenversagen. Zugrunde liegt eine massive

Ausschwemmung der aus den Blasten differenzierten Neutrophilen, was sich in einer zunehmenden Leukozytose unter Therapie äußert. Aus diesen Gründen sollte eine Behandlung der AML M3 immer an einem Zentrum erfolgen.

Minimale Resterkrankung

Mit Hilfe von PCR („polymerase chain reaction“-Methoden können Veränderungen wie NPM1- oder FLT3-Mutationen quantitativ im Knochenmark bestimmt werden, selbst wenn nur ganz wenige, morphologisch nicht fassbare Blasten vorliegen. Man kann damit den Verlauf der Krankheit monitorieren. Mit diesem Nachweis wird die mit zytologischen Kriterien nicht mehr detektierbare minimale Resterkrankung („minimal residual disease“, MRD) bestimmt. Man kann eine Leukämiezelle in circa 10.000 gesunden Knochenmarkszellen nachweisen (Abb. 4). Nach erfolgreicher Therapie sind die MRD-Werte oft Null oder sehr niedrig. Andererseits bedeutet ein stetiger Anstieg nach Abschluss der Therapie, dass es in der Folge auch zu einem zytomorphologischen Rezidiv (> 20 Prozent Blasten im Knochenmark) kommen wird. Die Zeit bis zum Rezidiv kann dabei Wochen oder Monate dauern. Ziel der klinischen Forschung ist es momentan herauszufinden, welche Konsequenzen sich aus einem molekularen (PCR-) Rezidiv ergeben: In der Regel wird bei jungen Patienten im Rezidiv nach erneuter Induktion eine allogene Stammzelltransplantation durchgeführt. Im molekularen Rezidiv müssten die Patienten nicht induziert werden, da sie nach zytologischen Kriterien noch in Vollremission sind. Eine allogene Stammzelltransplantation bereits im molekularen Rezidiv wäre daher eventuell prognostisch günstiger als ein Warten auf das zytomorphologische Rezidiv.

Differenzierte Therapie verbessert Heilungsrate

Die Diagnostik und Therapie der akuten Leukämien hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert, was zu einer deutlichen Steigerung der Heilungsrate geführt hat. Insbesondere die Aufgliederung in zytogenetische und molekulare Untergruppen hat zu einer risikoadaptierten Therapie geführt, die von der allogenen Stammzelltransplantation bis zum Einsatz von zielgerichteten Medikamenten reicht. Auf jeden Fall sollten Patienten mit akuter Leukämie in hochspezialisierten Zentren möglichst im Rahmen klinischer Studien behandelt werden, um ihnen ein bestmöglichstes Therapieergebnis zu gewährleisten und die Behandlungsmöglichkeiten weiterzuentwickeln.

Sollten Sie Patienten mit Verdacht auf akute Leukämie oder Fragen zur Differenzialdiagnose von Blutbildveränderungen haben, wenden Sie sich an die unten genannten Kontaktperson/-adresse, bei Notfällen außerhalb der normalen Arbeitszeiten auch an den diensthabenden Oberarzt der Hämatologie/Onkologie (über die UKE-Zentrale, Tel. 7410-0).

Da viele Patienten mit AML bereits älter sind und nicht unbedingt für eine intensive Chemotherapie infrage kommen, stellt für sie die Teilnahme an einer klinischen Studie eine wichtige Therapieoption dar. Für diese Patienten bieten wir eine spezielle Akute-Leukämie-Sprechstunde (dienstags ab 12 Uhr) an. Das Universitäre Cancer Center Hamburg (UCCH) informiert Sie über aktuell laufende Studien auf dem Trialfinder auf der Homepage (www.ucch.de). Anmeldung neuer Patienten über die onkologisch/hämatologischen Ambulanz, Terminvergabe unter Tel. 7410-53980.

Literatur bei den Verfassern.

Prof. Dr. Walter Fiedler

Leiter der Leukämienstation und Leukämiesprechstunde
II. Medizinische Klinik – Hämatologie, Onkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: fiedler@uke.de

KVH-Vertreterversammlung

Sollen die Grundversorger künftig gefördert werden? Und wenn ja, auf welche Weise? Diese Fragen lieferten Stoff für hitzige Debatten unter den Abgeordneten.

Von Martin Niggeschmidt

Normale Krankenbehandlung bleibt auf der Strecke

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) am Abend des 15. Januar 2014 fand vor ungewöhnlicher Kulisse statt: Der Saal im Ärztehaus war so voll, dass Stühle aus der benachbarten Kantine heringeholt werden mussten. Der Hamburger Hausärzteverband hatte seine Mitglieder aufgefordert, zahlreich zu erscheinen – und viele waren gekommen. Grund für den Besucherandrang war eine für diesen Abend angesetzte Debatte über einen Antrag der Hausärzteverbands-Vertreter, in dem die KVH aufgefordert wurde, künftig vor allem „jene Fachgruppen zu fördern, die bisher im Bundesvergleich unterdurchschnittliche Fallwerte aufweisen“.

Dr. Silke Lüder als neue stellvertretende Vorsitzende gewählt

Zunächst jedoch stand die Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung auf der Tagesordnung. Zwei Kandidaten stellten sich vor. Dr. Silke Lüder, Allgemeinärztin in Bergedorf und stellvertretende Sprecherin des beratenden Fachausschusses Hausärzte der KVH, wandte sich in ihrer Rede gegen eine Spaltung der Ärzteschaft: „Wir müssen gemeinsame Interessen gegenüber den Kassen verteidigen.“ Es sei genug Geld da, die Krankenkassen verfügten über ein Milliardenpolster, so Lüder. „Wir müssen dafür sorgen, dass die Zukunft der wohnort- und patientennahen Haus- und Facharztpraxen durch eine bessere Finanzierung seitens der Kassen gesichert wird.“

Auch ihr Gegenkandidat, der Hausärzteverbands-Vertreter Michael Klemperer, gab sich versöhnlich: „Wir haben kein Interesse an einer Konfrontation. Doch wenn wir die Versorgung in Hamburg sichern wollen, muss jede Fachgruppe mit ausreichend Mitteln ausgestattet werden. Das ist derzeit nicht der Fall, und wir müssen Wege finden, das zu korrigieren.“

Bei der geheimen Wahl konnte sich Dr. Silke Lüder mit 18 zu neun Stimmen gegen Michael Klemperer durchsetzen.

Sie trat das Amt als Nachfolgerin von Dr. Stephan Hofmeister mit sofortiger Wirkung an.

Gründe für die Honorarentwicklung von Hausärzten

Dann erteilte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Dirk Heinrich, dem scheidenden KVH-Vizechef Dieter Bollmann das Wort, um die Debatte zum Antrag des Hausärzteverbandes auf eine fundierte Grundlage zu stellen. Bollmann antwortete damit auch auf den von Hausärzteverbands-Vertretern erhobenen Vorwurf, die Hausärzte seien bei der Honorarverteilung benachteiligt worden. Bollmann erläuterte, wie sich Bundesvorgaben in den vergangenen Jahren auf die Honorarentwicklung der Hamburger Hausärzte ausgewirkt haben. „Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde den Internisten ab Mitte der 1990er Jahre eine Wahlentscheidung für die hausärztliche oder die fachärztliche Versorgung abverlangt“, berichtete Bollmann. „Im Nachgang des Gesundheitsreformgesetzes wurde diese Entscheidung irreversibel. Wegen dieser letztmaligen Entscheidungsmöglichkeit wechselten viele Internisten in den fachärztlichen Versorgungsbereich und nahmen ihr Honorar den Trennungsvorgaben entsprechend mit. Die in großer Zahl in der Bedarfsplanungsgruppe der Hausärzte frei gewordenen Sitze mussten nachbesetzt werden, was den Budgetanteil für den einzelnen Arzt verringerte. Das sind wesentliche Gründe für die Anfang dieses Jahrtausends ausgewiesenen Umsatzrückgänge im hausärztlichen Bereich.“

Ab 2008 seien die Leistungen der hausärztlichen Versorgung durch Pauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet worden – eine Änderung, die vom Bundes-Hausärzteverband angestoßen worden war. „Die Folge war, dass Entwicklungen der Leistungsabforderungen durch Versicherte im hausärztlichen Versorgungsbe- reich kaum mehr abgebildet wurden und somit auch kei-

ne Berücksichtigung beim nun für die Gesamtvergütung maßgeblichen Behandlungsbedarf gefunden haben.“ Dieter Bollmann rückte noch einen weiteren Einflussfaktor ins Blickfeld: „Wir hatten im Bereich des gedeckelten Budgets eine miserable Entwicklung“, so Bollmann. „Das betrifft alle Fachbereiche in Hamburg. Gute Zuwächse konnten wir ab 2008 vor allem im extrabudgetären Bereich verhandeln. Davon haben – in allen Fachbereichen – nur jene Praxen profitiert, die extrabudgetäre Leistungen erbracht haben. Die Hausärzte haben aber fast keine Leistungen im extrabudgetären Bereich.“

Niedrige Hausarzt-Fallwerte in Hamburg

Der Delegierte Dr. Frank Stüven entgegnete dem KVH-Vorstand, die Zuweisungen der Krankenkassen pro Hamburger Versichertem seien die zweithöchsten im Bundesgebiet. „Doch die hausärztlichen Fallwerte liegen 17 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt.“ Diese Entwicklung nehme ein erheblicher Anteil der hausärztlichen Kollegen als ungerecht wahr, so Stüven, zumal die Fallwerte fachärztlicher Gruppen – wie beispielsweise der Kardiologen – teilweise deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Die Honorarsituation führe dazu, dass Hausarztpraxen nahezu unverkäuflich werden. „Ein Viertel der Hamburger Hausärzte ist über 60 Jahre alt“, so Stüven. „Und angesichts dieser Honorare wird es keinen Ersatz geben. Wir werden in Zukunft große Schwierigkeiten bekommen, die hausärztliche Grundversorgung zu gewährleisten.“ Die Diskussion in der Vertreterversammlung entzündete sich an der Aussagekraft der vorgetragenen Zahlen. „Wenn man verschiedene Bundesländer und Fachgruppen miteinander vergleichen will“, antwortete KVH-Chef Walter Plassmann den Hausärzterverbands-Vertretern, „gehören Fallwerte zu den am wenigsten geeigneten Parametern. Sie wissen doch gar nicht, was in diese Fallwerte eingerechnet wird. Das macht jede KV anders. Und nehmen Sie mal die von Ihnen erwähnten Kardiologen: Warum haben die Hamburger Kardiologen einen höheren Fallwert als im Bundesdurchschnitt? Das ist doch ganz simpel: Weil der Anteil der invasiv tätigen Ärzte dieser Fachrichtung bei uns deutlich höher ist als im Bundesdurchschnitt.“ Im Saarland beispielsweise gebe es einen einzigen invasiv tätigen Kardiologen, ergänzte Dr. Stefan Renz. „Fast alle Herzkatheter werden dort in Kliniken gelegt.“

Auch Dr. Heinz-Hubert Breuer wies darauf hin, dass es sich bei Fallwerten nicht um Gewinne, sondern um Umsätze handele. „In diesen Zahlen sind auch die Kosten enthalten. Davon müssen wir die Technik und das Personal bezahlen. Die Fallwerte müssen bei Praxen mit hohen Kosten also zwangsläufig höher sein.“

Der bundesweite Vergleich zwischen hausärztlichen Umsätzen pro Person führe ebenfalls nicht weiter, so der Radiologe Dr. Andreas Bollkämper. „Es ist ja bekannt, dass es in Hamburg ein Übermaß an sehr kleinen Hausarztpraxen gibt: Die Hälfte hat weniger als 450 Scheine. In Ländern

wie Niedersachsen haben die Hausarztpraxen im Schnitt 1.200 Scheine.“ Eine Hausarztpraxis, in der Hausgeburten, kleine Chirurgie und Langzeit-EKG abgewickelt werden, habe zudem eine größere Versorgungstiefe als eine typische Hausarztpraxis in der Großstadt, wo diese Leistungen oftmals vom Facharzt übernommen werden. „Das wirkt sich auch auf die Fallwerte aus“, so Bollkämper. In München oder Stuttgart werden die großstädtischen Parameter durch das zur selben KV gehörige Umland ausgeglichen. Im Stadtstaat Hamburg sei dies nicht möglich.

In der Diskussion wurde klar, dass die Honorare nicht pauschal zu „den Fachärzten“ gewandert sind. Auch bei den



Die neue stellvertretende Vertreterversammlungsvorsitzende Dr. Silke Lüder mit Volker Lambert (ganz links), dem scheidenden KV-Vizechef Dieter Bollmann und dem Vertreterversammlungsvorsitzenden Dr. Dirk Heinrich (ganz rechts)

Fachärzten gebe es in nahezu jeder Gruppe eine Diskrepanz zwischen den „innovativen“ und den eher konservativ tätigen Kollegen, sagte Bollkämper. „Groß sind die Unterschiede beispielsweise zwischen den operierenden und den konservativen Orthopäden. Gynäkologische Reproduktionsmediziner stehen ebenfalls besser da als Kollegen, die nur konventionelle Gynäkologie machen.“

Honorare fließen extrabudgetär in patientenferne Fächer

Die Problematik der geringen Honorarentwicklung im budgetierten Bereich hatte die Bergedorfer Hausärztin Dr. Silke Lüder bereits in ihrer Rede angesprochen: „Die Analyse der Zahlen aus den vergangenen zwölf Jahren hat mich in meiner Meinung bestärkt, dass das Honorar in den letzten Jahren vor allem extrabudgetär in die patientenfernen Fächer geflossen ist“, so Lüder. „Diese Weichen wurden von der Politik so gestellt. Es ist viel Geld in der Humangenetik, der Pathologie, der Molekularbiologie, der Strahlentherapie und ähnlichen aus den Kliniken heraus verlagerten Spezialfächern gelandet und viel zu wenig im budgetierten Bereich, aus dem wir alle, die wir täglich persönlich die Medizin am Patienten leisten, bezahlt werden.“

Was also tun, um das Problem zu lösen? Dr. Torsten Hemker, Orthopäde und ärztlicher Geschäftsführer der Hamburger Facharztambulanz, wies darauf hin, dass durch die Festschreibung

der Trennung des hausärztlichen und fachärztlichen Budgetanteils heute keine Umverteilung von Geldern zwischen diesen beiden Töpfen mehr möglich sei. „Der politische Fehler war es, diese Trennung 2010 grundsätzlich durchzusetzen. Das war der Fehler des Bundes-Hausärzterverbandes. Ihre Vertreter, lieber Herr Stüven, saßen bei Ulla Schmidt auf dem Schoß und haben das bewirkt.“

„Wir wollen keine Lex Hausärzte“, sagte Dr. Frank Stüven. „Unser Antrag ist offen formuliert. Es geht um alle benachteiligten Arztgruppen. Die KV muss dafür sorgen, dass künftige Honorarzuwächse dahin kommen, wo es brennt. Wie sie das macht, ist uns egal.“ Der Delegierte Dr. Harald Deest als weiterer Vertreter der Hausärzterverbands-Fraktion ergänzte, man erhoffe sich nicht mehr viele Verbesserungen durch die KVH, und empfahl den Hausärzten, sich doch lieber in die Selektivverträge mit den Kassen einzutragen.

Forderungen müssen öffentliche Unterstützung finden

Dr. Silke Lüder stellte eine konkretisierte Variante des Stüven-Antrags zur Diskussion mit der Forderung nach extrabudgetärem „frischen“ Geld durch die Krankenkassen. „Etwa 400.000 psychosomatische Akutinterventionen führen die Hausärzte pro Jahr durch“, heißt es in dem Antrag als konkretes Beispiel für die Ausbudgetierung von Leistungen, für die in den nächsten Verhandlungen mit den Krankenkassen gekämpft werden soll. „Wir müssen Forderungen aufstellen“, so Dr. Silke Lüder, „die wir öffentlich unterstützen. Wenn es diese Unterstützung von allen nicht gibt, kommt von den Krankenkassen gar nichts.“

Lüder bekannte sich als neue stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung ganz klar zu der zentralen Rolle der Hausärzte als Basis der ambulanten Versorgung in Hamburg: „Die augenblickliche negative Entwicklung im Hausarztbereich schadet der ganzen ambulanten Medizin in Hamburg.“

„Ich kenne meinen Handlungsspielraum“, sagte KVH-Chef Walter Plassmann. „Eine asymmetrische Verteilung der Grundbeträge bekomme ich nicht hin. Für unterschiedliche

Preise für Haus- und Fachärzte gibt es schlicht keine gesetzlich tragfähige Grundlage.“

Der Antrag von Frau Dr. Lüder wurde von der Vertreterversammlung angenommen.

Ein weiterer Antrag der Delegierten Stüven, Klemperer und Hummes, der eine Überprüfung aller Honorarbeschlüsse seit 1996 forderte, wurde nach Diskussion und Konkretisierung von der Vertreterversammlung einstimmig beschlossen. Auch unter Kostengesichtspunkten einigte sich die Vertreterversammlung darauf, nur das aufarbeiten zu lassen, was nicht bereits von externer Seite kontrolliert worden ist. „Die Trennung der Hausarzt-Facharzt-Honorare wurde bereits zweimal geprüft“, sagte Dr. Torsten Hemker. „Vielleicht sollte man sich einfach mal die Mühe machen, die Prüfberichte zu lesen.“ In der nächsten Vertreterversammlung am 27. März 2014 werden die Abgeordneten über die bis dahin einzuholenden Angebote externer Prüfer und den genauen Prüfauftrag entscheiden.

Nicht nur die haus- und fachärztlichen Grundversorger, auch die Psychotherapeuten beklagten eine „Schieflage“ bei der Honorierung ihrer Leistungen. „Im Vergleich zu den anderen Fachgruppen befinden sich die psychotherapeutischen Honorare am untersten Ende der Skala“, sagte Hanna Guskowski. Die Vertreterversammlung billigte einstimmig einen von den psychotherapeutischen Abgeordneten eingebrachten Antrag, in dem der KVH-Vorstand dazu aufgefordert wird, sich auf KBV-Ebene bei der Neukalkulation der psychotherapeutischen EBM-Leistungen für eine substanzial bessere Vergütung einzusetzen.

Zu diesem Zeitpunkt hatten die meisten Besucher den Saal bereits verlassen, die gewählten Abgeordneten waren beinahe unter sich. Am Ende dieses turbulenten Abends verabschiedete die Vertreterversammlung KVH-Vizechef Dieter Bollmann, der an diesem Mittwoch seinen letzten Arbeitstag hatte. Der Vertreterversammlungsvorsitzende Dr. Dirk Heinrich hielt eine Rede, es gab Blumen und Standing Ovationen. Auch Hausärzterverbands-Vertreter Volker Lambert überreichte Bollmann noch einen Blumenstrauß – als Zeichen der Wertschätzung trotz aller in den Jahren der Zusammenarbeit bisweilen aufgetretenen inhaltlichen Differenzen.

Wieviel Glück muss
man haben, um
glücklich zu sein?

Menschen sind unser Leben.
alsterdorf

150 Jahre Evangelische Stiftung Alsterdorf // www.alsterdorf.de



Hamburger Ärzteball



*Genießen Sie einen
schönen und
festlichen Abend!*

Freitag, 14. Februar 2014
Hotel Atlantic



Zwei Bands sorgen für Unterhaltung. Die Tische sind für sechs bis zwölf Personen vorgesehen – genug Platz fürs Feiern mit Kollegen und Freunden. Eintrittskarten kosten 75 Euro, Studenten zahlen 35 Euro. Essen und Getränke sind nicht im Preis enthalten. Speisen können Sie im Restaurant des Hotels, kleinere Gerichte gibt es zwischen 19.30 und 21.30 Uhr am Platz. Einlass: 19.30 Uhr, Beginn: 20 Uhr. Karten und weitere Informationen bekommen Sie **montags, mittwochs und freitags in der Zeit von 11 bis 14 Uhr in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg** (Alstercity, Weidestraße 122b, Ebene 13) **oder telefonisch unter 040/2022 99-428**. Sie können uns auch eine **E-Mail mit Namen, Adresse und Anzahl der Personen an akademie@aekhh.de** schicken. Bei Vorlage einer ausgedruckten E-Mail mit Bestätigung der Bestellung können Kurzentschlossene ihre hinterlegten Karten an Abendkasse erwerben.

Elektronische Gesundheitskarte

Krankenkassen machen Druck bei Patienten und Ärzten. Dabei entpuppt sich der Schutz vor Missbrauch mit ungeprüften Fotos inzwischen als Farce.

Von Dr. Silke Lüder

Fiktion einer sicheren digitalen Identität

„Ab 1. Januar 2014 gilt nur noch die elektronische Gesundheitskarte, und wenn Sie sich jetzt nicht endlich sputen und Ihr Bild einreichen, dann müssen Sie ab dann Ihren Arztbesuch privat zahlen und eventuell Ihre Medikamente auch noch!“ So oder ähnlich lautete der Tenor von millionenfach versendeten Briefen der Krankenkassen an ihre widerständigen Versicherten, die sich im vergangenen Jahr keine neue elektronische Gesundheitskarte mit ihrem Foto darauf haben ausstellen lassen. Manche von Kassen beauftragte Callcenter haben ganze Familien mit multiplen Anrufen behelligt. Kritische Bürger wurden offiziell als „Verweigerer“ bei ihren Kassen geführt. Inzwischen ist nach Stellungnahmen der KBV und der KVen klar: Zwar gilt die e-Card ab 1. Januar 2014 regelhaft als Versicherungsnachweis für die ambulante Medizin, aber die alten Karten können für eine unbeschränkte Übergangszeit noch weiter als Nachweis genutzt werden.

Milliardenausgaben für einen unsicheren neuen Ausweis

Das e-Card-Projekt, einstmals als „weltgrößtes IT-Projekt“ geplant, ist inzwischen abgespeckt bis aufs Gerippe – nach zehn Jahren ist nichts Sinnvolles eingeführt. Die Einführungsorganisation Gematik hatte bis 2013 nach eigenen Angaben schon 728 Millionen Euro ausgegeben. Da die Ärzteschaft mit 20 Prozent an den Kosten beteiligt ist, haben Ärzte also hier unfreiwillig schon 150 Millionen Euro in die neuen Karten investiert. Aber diese Kosten sind nur ein Bruchteil des Problems. In vielen Ärztekammern, KVen,

Landesregierungen, Bundesbehörden und vielen der 140 Krankenkassen existieren e-Card- und Telematik-Abteilungen. Alleine im KV-System arbeiten Hunderte Mitarbeiter an e-Card und Telematik. Hatte die Vorsitzende der FDP-Bundestagsfraktion und spätere Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Ulrike Flach, 2009 noch von 1,5 Milliarden Euro gesprochen, die das Projekt bis 2009 gekostet habe, so kann man inzwischen davon ausgehen, dass mehrere Milliarden Euro in das Pleite-Projekt geflossen sind. Und wofür?

Nur ein Werbeargument: Schutz vor Missbrauch

Der Missbrauch im Gesundheitswesen beträgt nach Aussagen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen jährlichen zweistelligen Millionenbetrag. Das wären maximal 99 Millionen Euro. Was sind 99 Millionen Euro bei Ausgaben der GKV von 190 Milliarden? 0,05 Prozent. Nur ein ganz kleiner Prozentsatz der Bürger nutzt die Versichertenkarten missbräuchlich. Aber in diesem Personenkreis ist damit zu rechnen, dass auch weiterhin Karten von gesunden an kranke, nicht versicherte Familienangehörige oder Bekannte gegeben werden, mit dem richtigen Foto des kranken, aber der falschen lebenslangen Versichertennummer, dem Namen und der Adresse des gesunden Familienmitgliedes. Das geht, weil die Krankenkassen als kartenausgebende Stellen im offenen Widerspruch zu den EU-Datenschutzrichtlinien (95/46/EG), den Sicherheitskonzepten der Gematik und einer klaren Forderung

der EU-Kommissarin Viviane Reding aus 2010 bei Ausgabe dieses „Ausweises“ nicht prüfen, ob Foto, Unterschrift und Mensch übereinstimmen. Bei Missbrauch kann dies zu lebensgefährlichen Auswirkungen führen. Das Sicherheitsproblem der ungeprüften Ausweise ist allen Verantwortlichen seit Jahren bekannt, wird aber ignoriert, da man sonst zugeben müsste, für eine milliardenfache Veruntreuung von Versichertengeldern verantwortlich zu sein.

Ungeprüfte Fotos machen das Sicherheitskonzept zunichte

Sozial- und Medizindaten im Gesundheitswesen bedürfen des Schutzes durch Einhaltung von Sicherheitsstandards, die den Anspruch „hoch“ oder „sehr hoch“ erfüllen. Wenn man diesen gewährleisten will, ist ein Registrierungsprozess für den Nachweis der digitalen Identität erforderlich, welcher diese Ansprüche erfüllt. Dafür müsste gemäß e-government-Handbuch des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)* der Benutzer einer Identifikationskarte bei einer vertrauenswürdigen Stelle unter Vorlage eines amtlichen Ausweisdokumentes erscheinen, damit geprüft werden kann, ob Nutzer, Lichtbild und Daten übereinstimmen. Das geschieht aber nicht!

Da die Krankenkassen nur das ungeprüfte Papier- oder Upload-Verfahren verwenden (Versicherter schickt oder lädt ein Foto hoch,

*https://www.bsi.bund.de/SharedDocs/Downloads/EN/BSI/Egovernment/4_Authen_en_pdf.pdf?__blob=publicationFile

das nicht geprüft wird, jemand unterschreibt), haben sie meines Erachtens im Grunde in- zwischen an circa 60 Millionen Versicherte ungültige Behandlungsausweise ausgestellt, die den Sicherheitsanforderungen nicht entsprechen. Auf keinen Fall kann man damit ein Versichertenstammdatenmanagement in den Arztpraxen einführen, geschweige denn diese Karten als Zugangsschlüssel oder Träger für sensible Patientenakten verwenden. Die notwendigen Sicherheitskriterien sind nicht erfüllt worden. Aber die neuen Karten kosten pro Stück zehnmal so viel wie die bisherigen Krankenversicherungskarten.

Arztpraxen am Online-Gängelband der Kassen

Das eigentliche Ziel des Milliardenprojektes ist weiterhin der Aufbau eines großen Zwangsnetzes, an welches sich alle Teilnehmer des Gesundheitswesens anschließen müssen: Ärzte, Apotheker, Kliniken, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur, Pflegedienste. Die Liste ließe sich beliebig erweitern. Der nächste geplante Schritt ist der Zwangsanschluss aller Arztpraxen und Kliniken an die Server der Krankenkassen. Kassen und Gesundheitskonzerne hoffen, mit politischer Unterstützung in den Besitz der kostbaren Daten zu gelangen. Sachargumente von Ärzten und Patienten spielen dabei keine Rolle. Im Gegenteil. Ziel ist der abstrakte leitliniengesteuerte Patientenpfad. Der freiberufliche Arzt, der die Behandlung für seinen Patienten nach medizinischen Gesichtspunkten entscheiden kann, wird mit diesem Übergewicht der Krankenkassen irgendwann keine Chance mehr haben.

Arztpraxen als Hilfspolizei für die Kassen

Ab dem 4. Quartal 2014 werden in zwei Testregionen im Norden und Westen (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) und Südosten (Bayern und Sachsen) jeweils 500 Praxen und Kliniken mit den Tests für das sogenannte Online-Versichertenstammdatenmanagement (VSD) beauftragt. Bei jedem ersten Erscheinen eines Versicherten in einer Haus- oder Facharztpraxis im Quartal müssen die Praxen dann über eine neue Onlineleitung den Versichertenstatus überprüfen. Haben sich die Daten verändert, werden sie in der Praxis auf den Kartenchip online neu geschrieben. Dafür müssen die Praxen dann die kostenträchtige

und arbeitsaufwendige Onlineleitung vorhalten und die Angestellten bezahlen, die die Arbeit machen sollen. Nach Berechnungen der Krankenkassen tritt der Fall einer Änderung in nur 2,3 Prozent aller Onlineprüfungen auf, d. h. die Arztpraxen müssen sinnloserweise in 97,7 Prozent aller Fälle Prüfungen durchführen, bei denen die Karte nicht geändert wird. Ab diesem Moment ist durch die Hintertür die geplante bundesweite Zwangsvernetzung, genannt Telematik-Infrastruktur (TI), eingerichtet, die für alle weiteren Ziele später beliebig erweitert werden kann, wie die elektronische Patienten- oder Fallakte, den Notfalldatensatz, e-Rezepte. Da die Ärzteschaft bei Ärztetagen und KV-Vertreterversammlungen diese Verwandlung

medizinische Fachangestellte ausgesetzt werden, wenn sie am Praxistresen prüfen sollen, ob jemand mit krimineller Energie mit einer falschen Karte oder falschem Bild Missbrauch betreiben will, und sie dann die falsche Karte einziehen sollen?

Wer trägt die Verantwortung für die Gesundheitsdrohne?

Jetzt wäre es doch an der Zeit, dass eine neue Bundesregierung angesichts täglicher NSA-Datenskandale innehält und sagt: „Bevor noch mehr Schaden angerichtet wird, stoppen wir das Ganze.“ Und für die Ärzteschaft muss doch klar sein: Wir sind die Hüter des ärztlichen Geheimnisses. Wir sind dafür ver-

antwortlich, dass die ärztliche Schweigepflicht in Zeiten des Cyberspace nicht ausgehöhlt wird. Denn diese kann, einmal zerstört, niemals wieder hergestellt werden. Einmal im Netz, immer im Netz.

Moderne Technik kann uns helfen! Aber nur dezentral und datensparsam! Natürlich nutzen wir die moderne Informationstechnik. Wir sind dafür verantwortlich, dass diese verantwortungsbewusst genutzt und geschützt wird. Große Datenberge oder sensible Daten auf einer administrativen Karte, die man überall vorzeigen muss und deren Besitzer nicht mal der richtige sein muss, sind dafür

ungeeignet. Da ist ein kleiner Papierausweis in sieben Sprachen, überall in Europa nutzbar, auf Reisen mit den wichtigsten Diagnosen und Medikamenten bei chronisch Kranken zum Preis von 50 Cent doch viel sinnvoller. Ebenso wie die regionale geschützte Vernetzung als Intranet mit der Beachtung des Gebots der Datensparsamkeit zwischen Ärzten, die es brauchen (durchaus nicht alle!). In unserer Hausarztpraxis werden alle Befunde sofort gescannt, und die Patienten bekommen alle Facharztbriefe, Krankenhausberichte und Laborbefunde mit, wenn sie es wünschen. Sie gehen dann mit dieser kleinen Akte, die sich wirklich nur in ihrer Hand befindet, zu anderen Ärzten oder ins Krankenhaus. Das ist echtes „Empowerment“ der Patienten. Das staatliche Mammut-Projekt e-GK ist es nicht.

Dr. Silke Lüder

Fachärztin für Allgemeinmedizin, stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
E-Mail: silke.lueder@kvhh.de
www.stoppt-die-e-card.de



Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verschlingt Milliarden Euro. Das Sicherheitskonzept ist allerdings fraglich

in Kassenaußenbüros abgelehnt hat, werden die Testpraxen gleich von der Industrie (Telekom, CompuGroup, Booz and Co., Koco Connector) ausgewählt und von der Gematik mit einem Budget von immerhin 34 Millionen Euro ausgestattet. Völlig ignoriert wird, dass schon 2007 bis 2008 frühere Masentests mit der Gesundheitskarte in einem totalen Fiasko geendet sind. Macht sich eigentlich irgendjemand klar, welchem Risiko mehrere 100.000 medizinische und zahn-

Ihre Meinung

Was denken Sie über die Sicherheit der elektronischen Gesundheitskarte? Können Ärzte damit einen Datenschutz bei Patientenakten sicherstellen? Glauben Sie, dass die Karte vor Missbrauch schützt? Schreiben Sie uns per E-Mail an verlag@aekhh.de, Stichwort: Elektronische Gesundheitskarte

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag, 3. Februar 2014, 19.30 – 21.30 Uhr	Qualitätszirkel HNO – Aktuelle Themen –	ÄrzteNetz Hamburg e. V., Auskunft unter Telefon: 57 20 19 25	Restaurant Röperhof, Agathe-Lasch-Weg 2
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Kath. Marienkrankenhaus, Institut f. Pathologie, Anm. unter Tel.: 25 46 – 27 02, www.marienkrankenhaus.org	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. 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 Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. Stock, Seminarraum
Dienstags (7.20 Uhr) und donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Kath. Marienkrankenhaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02, www.marienkrankenhaus.org	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH Bergedorf, Anm. unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel. 18 18 86 – 23 41, E-Mail: v.maassen@asklepios.com	Konferenzraum Radiologie, Haus 8
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka und Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 3. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „Psychotherapeutische Medizin“	Anmeldung: Dr. Guterath, Tel. 46 32 75 oder Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Ärztehaus, Humboldtstraße 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Finken- staedt / Maas, Raboisen 40
Mittwoch, 12. Februar, 16 – 19 Uhr	Mittwochs im Barkhof: Update gynäkologische Endokrinologie & unerfüllter Kinderwunsch	amedes Hamburg, Auskunft: Frau Daniel, Tel. 500 35 – 12 01 oder E-Mail: veranstaltungen@amedes-group.com	Barkhofpassage, Mönckebergstr. 10
Mittwoch, 26. Februar, 16 – 19 Uhr	Rheumatologie im Barkhof: Multitalent „Vitamin D“ – Leitliniengerechtes Management – aus der Praxis für die Praxis	amedes Hamburg, Auskunft: Frau Daniel, Tel. 500 35 – 12 01 oder E-Mail: veranstaltungen@amedes-group.com	Barkhofpassage, Mönckebergstr. 10
Mittwoch, 26. Februar, 17 Uhr	Kinder - und Jugendgynäkologie in der Praxis: u.a. „Die gestörte Entwicklung der weiblichen Brust: Fehl- bildungen und ihre Therapiemöglichkeiten“	Endokrinologikum Hamburg, Veranstaltungsorganisation, Tel. 33 44 11 99 66, E-Mail: seminare@endokrinologikum.com	Haferweg 1, 1. OG
Mittwoch, 12. März, 18 Uhr	Dauerausstellung: „Die Geburt der modernen Medizin“; Vortrag: „Wahnsinn und Hafem im Kaiserreich.“ Anmerkungen zur Hamburger Psychatriegeschichte	UKE, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, www.uke.de/institute/medizinhistorisches-museum/	Medizinhistorisches Museum, Fritz Schumacher-Bau, Haus N30.b
Mittwoch, 19. März, 19 Uhr	Dinner Teaching: „Update Antikoagulation in der Kardiologie und Angio- logie“	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Kontakt: Dr. Poppele, Tel. 50 77 32 02, E-Mail: g.poppele@eka.alsterdorf.de	Elisabeth-Flügge-Str. 1, Konferenzraum
Mittwoch, 19. März, 19 Uhr	Knochen- und Weichteiltumorsymposium	Agaplesion Diakonieklinikum, Kontakt: Frau Schlemmer, Tel. 790 20 10 30, E-Mail: ute.schlemmer@d-k-h.de	Hohe Weide 17
Mittwochs, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch / gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchirurgie, Anm.: Prof. Kortmann, Tel. 18 18 81 – 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Kath. Marienkrankenhaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61, www.marienkrankenhaus.org	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anmeldung unter Tel. 644 11 – 421, Fax: -312, www.amalie.de	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. Etage
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	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauen- klinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 2 – 6
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Kath. Marienkrankenhaus Hamburg, Frauen- klinik, Kontakt: Tel. 25 46 16 02, E-Mail: wanner.frauen@marienkrankenhaus.org	Alfredstraße 9, Demoraum der Radiologie

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schmerzambulanz, Anm.: Frau Falckenberg, Tel. 5 40 40 60	Wördemannsweg 23
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Patienten m. benignen / malignen thorakalen Erkrankungen, Tel. 25 46 – 14 02)	Kath. Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med., www.marienkrankenhaus.org	Alfredstraße 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonzferenz (Anmeldung von Patienten ist über www.asklepios.com auf der Webseite der Abteilung möglich)	AK St. Georg, Klinik f. Fachübergreifende Frührehabilitation u. Physikalische Therapie, Auskunft: Dr. Peschel, Tel. 18 18 85 – 45 30	Lohmühlenstr. 5, Haus i, EG, Raum 0.26
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	AK Altona, Infos und Anmeldung: 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. Madert, Tel. 18 18 85 – 42 74	Haus CF, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“ Einladung zur öffentlichen Fallkonferenz und Vortrag zu aktuellen gefäßmedizinischen Themen	Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik f. Gefäßmedizin, Anmeldung: Fr. Hidalgo, Tel. 74 10 – 5 38 76	Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz“	Schön Klinik Hamburg Eilbek, Info und Anmeldung: Tel. 20 92 – 70 01 oder per E-Mail jseidler@Schoen-Kliniken.de	Dehnhalde 120, Haus 2, Raum 76
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 19.30 – 22 Uhr	Qualitätszirkel Psychosomatik in der Hausarztpraxis	QZ Psychosomatik / SPPH (Sektion Psycho- somatik und Psychotherapie der Hausärzte, Auskunft: Dr. Weth, Tel. 895 291	Ärztehaus, Humboldtstr. 56 (Saal 2)
Donnerstag , 20. Februar, 9 – 13 Uhr	Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzab- hängigkeit - MBRP-Infoveranstaltung / Einführung in das „Mindfulness Based Relapse Prevention“-Programm	Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS (HIDA), Info und Anmeldung: Tel. 390 40 30, E-Mail: fortbildunghida.de	HIDA-Schulungsraum, Hohenesch 17, Eingang neben der KODROBS-Altona
Donnerstag , 6. März, 14.30 – 15.30 Uhr	„Kardiale Assistenzsysteme“, PD Dr. Deuse, UHZ	UKE, Klinik für Intensivmedizin, PD Dr. Kluge, Tel. 74 10-5 70 10	Neues Klinikum, Martinistr. 52, 5. OG, Seminarraum 511
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	20.02.: NN; alternativ: UKE – Journal-Club 27.02.: „Kliniken für Geburtshilfe und Gynäkologie: Lehr- Planung 3. Trimester TB1 uns SS 2014 im MSG iMed“	Klinik und Poliklinik, Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Univ. Prof. Dr. Bernd Hüneke, Tel.: 74105-3506, E-Mail: hueneke@uke.uni-hamburg.de	Martinistraße 52
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz (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. Chirurgische Abteilung, 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 – 282	Ärztebibliothek, Liliencronstr. 130
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 1211 oder mo.weber@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie / Onkologie, Tel. 18 18 82 – 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonzferenz	Albertinen-KH, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi. 15 Uhr, Tel. 55 88 – 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Freitag, 21. Februar, 20 – 21.30 Uhr	„Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit in Krisenzeiten“, Vor- trag der Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie & Psychosomatik Hamburg e.V. (APH)	APH, Auskunft: Frau Nüdling, Tel. 38 07 – 97 77, www.aph-online.de	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Samstag, 22. Februar, 9 Uhr	XI. Symposium des Gynaekologicums Hamburg „Meine, Deine, Unsere Patientin“ Hand in Hand in Diagnostik und Therapie	Gynaekologicum Hamburg, Info und Anm., Frau Pein, Tel. 87 97 – 14 02, www.gynaekologicum-hamburg.de	SOFITEL Hamburg Alter Wall, Alter Wall 40
Auswärts			
8. – 10. Mai, 26. – 28. Juni, 11. – 13. September, 12. Dezember Anmeldeschluss: 15. März	Ärztliche Führung 2014 - Ein praxisorientiertes Intensivprogramm 4 Module: 1. Die Praxis des Führens; 2. Führen als interak- tiver Prozess; 3. Veränderungsprozesse managen / Gesund- heitspolitischer Rahmen / Betriebswirtschaftl. Steuerung; 4. Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Ärztchammer Berlin, Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung Anmeldung: Frau Andresen-Langholz, Tel. 030 / 408 06 – 13 01 oder per E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstr. 27-28, 14129 Berlin
17. März	„Neues zur Tuberkulose in Deutschland“ – Tagung zum Welttuberkulosestag 2014	Robert Koch-Institut, Informationen und Anmeldung unter: www.rki.de/tuberkulose	Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

Der besondere Fall

Schwere postpartale Blutungen

Geburtskomplikation

Ein früher Einsatz der interventionellen Radiologie bei hohem Blutverlust der Gebärenden ermöglicht nach Lokalisation der Blutungsstelle eine erfolgreiche Embolisation.

Von Prof. Dr. Christian R. Habermann, Dr. Kristina Tchatcheva, Prof. Dr. Norbert Rolf, PD Dr. Holger Maul

In der Geburtshilfe ist eine postpartale Hämorrhagie bei einer Geburt via naturalis als ein Blutverlust von mehr als 500 Milliliter, bei einer Sectio caesarea dagegen als ein Blutverlust von mehr als 1.000 Milliliter definiert. Ein übermäßiger Blutverlust (> 1.000 Milliliter) im Rahmen einer Geburt wird in der Literatur mit einer Häufigkeit zwischen fünf bis 15 Prozent angegeben. Im Rahmen der physiologischen Veränderungen während der Schwangerschaft werden etwa 1.200 bis 1.600 Milliliter Plasmavolumen zum intravasalen Volumen hinzugefügt, sodass ein Blutverlust von 1.000 Milliliter im Rahmen der Geburt bei einer unkomplizierten, risikoarmen Schwangerschaft im Allgemeinen unproblematisch ist. Darüber hinaus gehende Blutverluste werden nur schlecht toleriert, insbesondere bei Frauen mit niedrigen Eisenreserven oder einem generell niedrigen Plasmavolumen. Sie sind oft mit schweren Gerinnungsstörungen assoziiert. Die häufigsten Ursachen für eine postpartale Blutung sind die uterine Atonie, Plazentaanomalien (z. B. Placenta accreta, Placenta praevia, Placenta percreta), fixiertes Plazentagewebe, Lazerationen des Perineums, der Zervix oder der Vagina, Gefäßmalformationen oder Gerinnungsstörungen.

Die primäre konservative Therapie der postpartalen Blutung besteht üblicherweise in der Gabe uterotoner Medikamente, Kompression und Packing. Chirurgisch besteht die Möglichkeit der Kürettage, Übernähung von Lazerationen, der Ligatur blutender Gefäße oder aber notfalls der hämostatischen Hysterektomie.

Kasuistik

Wir berichten über eine 30-jährige Patientin bei der nach unkomplizierter Vakuumextraktion aus der Beckenmitte bei pathologi-

scher Kardiotokografie (CTG) – aufgrund einer vierfachen straffen Nabelschnurumschlingung – eine starke postpartale atone Nachblutung nach Geburt der Plazenta aufgetreten war. Die Vakuumextraktion konnte komplikationslos in zwei Traktionen ohne Dammverletzungen durchgeführt werden. Die Inspektion der Plazenta ergab keinen Anhalt für Plazentaresten in utero. Fünf Minuten postpartal zeigte sich eine atone Nachblutung, mit einem Blutverlust von circa 1.500 Milliliter. Die Patientin wurde daraufhin unmittelbar in den OP zur Nachkürettage gebracht. Trotz Reizkürettage, Oxytocin- und Sulprostongabe kam es nicht zu einer ausreichenden Uterustonisierung.

Als nächste Maßnahme wurde eine Uterustamponade durchgeführt. Inzwischen wurden bereits Erythrozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate, FFPs (fresh frozen plasma) und Gerinnungsersatzprodukte substituiert und eine antifibrinolytische Therapie durchgeführt. Nach einmaligem Wechsel der Tamponade und einstündiger manueller Kompression des Uterus zeigte sich weiterhin innerhalb kürzester Zeit nach Aufheben der Kompression ein massiver Koagelabgang.

Bei mangelnder Uterustonisierung, weiterhin starkem Blutverlust und zunehmender Gerinnungsstörung wurde die Indikation zur Laparotomie und Anlage von B-Lynch- und Pereira-Nähten gestellt – begleitet von erneuter Austamponierung des Uterus. Trotz dieser Maßnahmen sistierte die Blutung nicht.

Abdominelle Chirurgie

Bei klinisch gerade noch zu beherrschender Gerinnungsstörung wurde die Indikation zur Durchführung einer suprazervikalen Hysterektomie gestellt und diese durchgeführt. Allerdings trat bereits eine Stunde nach Verschluss des Abdomens eine erneute Kreislaufinstabilität auf, die durch ein sonografisch nachweisbares intraperitoneales Hämatom bedingt war.

Unter laufender Substitution von Erythrozyten, Thrombozyten und FFP erfolgte die erneute Laparotomie und Ausräumung von circa einem Liter Koagel. Dabei konnten mehrere diffuse Blutungsquellen aus der Beckenwand und dem Zervixstumpf nachgewiesen werden, die mehrfach übernäht wurden. Anschließend wurde Floseal® (bovine Gelatine-Matrix aus humanen Thrombinkomponenten; Baxter International Inc., Deerfield, Illinois, USA) zum Einsatz gebracht. Aufgrund fortbestehenden Transfusionsbedarfs, transfusionsbedingter Lungeninsuffizienz, des Verdachtes auf eine peripartale Kardiomyopathie und weiterhin blutiger Sekretion aus den Drainagen blieb die Patientin in den nachfolgenden vier Tagen beatmet und sediert. Der Bedarf an Blutersatzprodukten persistierte. Am vierten postoperativen Tag wurde aufgrund des hochgradigen Verdachts auf persistierende intraabdominale Blutung eine Kontrastmittel-unterstützte Computertomografie indiziert, in der Hoffnung die

Der besondere Fall

Sie haben in Ihrer Praxis oder im Krankenhaus auch einen medizinischen Fall behandelt, der Ihnen berichtenswert erscheint? Wenden Sie sich an die Redaktion des Hamburger Ärzteblattes. E-Mail: verlag@aekeh.de oder Tel. 20 22 99 205.

Blutungsquelle zu identifizieren und gezielt unterbinden zu können. In der veranlassten Computertomografie ließ sich in der arteriellen Phase (Abb. 1) eine aktive Blutung medial des rechten Musculus iliacus links der Mittellinie mit Nachweis des Kontrastmittelaustrittes bereits in der arteriellen Kontrastmittelphase nachweisen. Die arteriellen Gefäße des kleinen Beckens zeigten sich linksseitig auffällig weit. Bei eindeutigem Befund wurde auf eine Spätphase aus strahlenhygienischen Erwägungen verzichtet.

Interventionelle Embolisation

Basierend auf der Computertomografie wurde die sofortige Entscheidung zur interventionellen Embolisation gestellt. Über einen rechts femoralen Zugang wurde über eine 5F-Schleuse ein 5F-Pigtailkatheter in die infrarenale Bauchaorta kurz oberhalb der Aortenbifurkation platziert und hier die erste Kontrastmittelerie durchgeführt. Dabei zeigten sich deutlich torquierte arterielle Gefäße in der Strombahn der linken A. iliaca interna sowie ein Austritt des applizierten Kontrastmittels (Abb. 2).

Mittels eines 5F-Simmons-1-Katheters (Innenlumen: 38/1000 Inch) wurde sodann in Cross-over-Technik die linke A. iliaca interna selektiv sondiert und eine erneute Kontrastmittelerie zur exakten Bestimmung der zuführenden Gefäße durchgeführt (Abb. 3). Hier zeigten sich drei kleine uterine Gefäße, aus denen ein Kontrastmittelaustritt nachgewiesen werden konnte. Unter Zuhilfenahme eines 2,7-French-Mikrokatheters und eines 18/1000-Inch-Führungsdrahtes wurden die drei identifizierten Gefäße koaxial über den Führungskatheter selektiv sondiert.

Jedes der drei Gefäße wurde dann mittels dreier ablösbarer (detachable) Spiralen (Durchmesser: zwei bis vier Millimeter, Länge: 40 bis 80 Millimeter; IDC-Coil, Boston Scientific, Natick, Massachusetts, USA) embolisiert und das Ergebnis nach kurzem Zuwarten durch Anspritzen über den Mikrokatheter dokumentiert. In der durchgeführten Kontrastmittelerie über den Führungskatheter zeigte sich ein Verschluss der drei embolisierten Gefäße und ein vollständiges Sistieren der Blutung (Abb. 4). Die selektive Sondierung der rechten A. iliaca interna erbrachte keinen Nachweis einer Blutungsquelle. Der femorale Zugang wurde mittels eines Nahtsystems verschlossen (ProGlide®, Abbott, Chicago, Illinois, USA).

Unmittelbar nach der radiologischen Intervention wurde die Patientin dann relaparotomiert, um größere Mengen intraperitoneal verbliebener Koagel zu entfernen. Nach diesem Eingriff konnte die Patientin rasch stabilisiert und am Folgetag extubiert werden. Am siebten postoperativen Tag erfolgte die Ver-

lung auf die Normalstation. Einen Tag später entwickelte die Patientin eine Pneumonie, die unkompliziert auf i.v.-Antibiotika ansprach. Die im Verlauf durchgeführte Echokardiografie zeigte eine signifikante Verbesserung der kardialen Funktion und der Ejektionsfraktion. Am 20. Tag post partum konnte die Patientin bei Wohlbefinden aus der stationären Behandlung entlassen werden und ist vier Monate nach der Entlassung weiterhin beschwerdefrei. Ab dem Moment der ersten atonen Nachblutung bis zur Extubation der Patientin auf der Intensivstation wurden insgesamt 52 Erythrozytenkonzentrate, 64 FFPs, 12 Thrombozytenkonzentrate und 12 Gramm Fibrinogen transfundiert.

Unter Berücksichtigung der computertomografischen und angiografischen Befunde muss zusätzlich zur uterinen Atonie eine arterielle Gefäßmalformation als weitere Ursache der schweren und mit den üblichen Behandlungsmethoden nicht beherrschbaren Blutungen postuliert werden. Die Gefäße der A. iliaca interna linksseitig zeigten sich in beiden angewendeten radiologischen Verfahren seitendifferent ektatisch.

Stand der Therapieoptionen

Bereits 2007 wurde vom Royal College of Obstetricians and Gynaecologists die Bedeutung der interventionellen Radiologie bei postpartalen Blutungen hervorgehoben. Erst kürzlich (2013) wurde von Hwang und Kollegen eine retrospektive Arbeit veröffentlicht, in der 40 Patientinnen mit konservativ nicht beherrschbaren postpartalen Blutungen, auf dem Boden von Plazentaanomalien, mittels radiologischer Intervention erfolgreich versorgt wurden. Die primäre klinische Erfolgsrate lag bei 82,5 Prozent (33/40). Nur drei Patientinnen wurden im Verlauf mittels einer Hysterektomie und die drei verbliebenen Patientinnen mittels erneuter interventioneller Embolisation erfolgreich behandelt.

Aus Sicht der Autoren stellt die interventionelle radiologische Embolisation konservativ nicht beherrschbarer postpartaler Blutungen eine sehr erfolgversprechende Behandlungsoption dar und sollte möglichst frühzeitig und wenn möglich vor einer Hysterektomie in Erwägung gezogen werden. Hierzu müssen klar definierte und interdisziplinär abgestimmte Algorithmen im Management postpartaler Blutungskomplikationen entwickelt werden.

Literatur bei den Verfassern.

Prof. Dr. Christian R. Habermann

Leitender Arzt der Sektion Interventionelle Radiologie, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, CA Dr. H. Denkhäus, Kath. Marienkrankenhaus Hamburg
E-Mail: habermann.radio@marienkrankenhaus.org

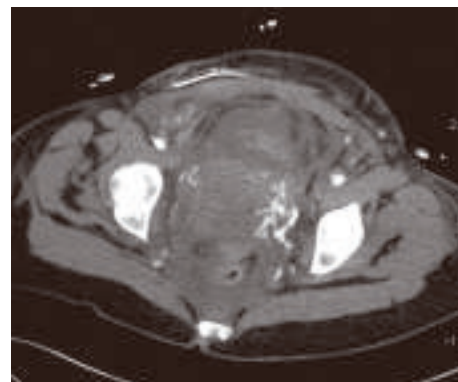


Abb. 1: Blutung medial des rechten M. iliacus links der Mittellinie mit frühem Nachweis des Kontrastmittelaustrittes. Deutlich ektatisch imponierende arterielle Gefäße

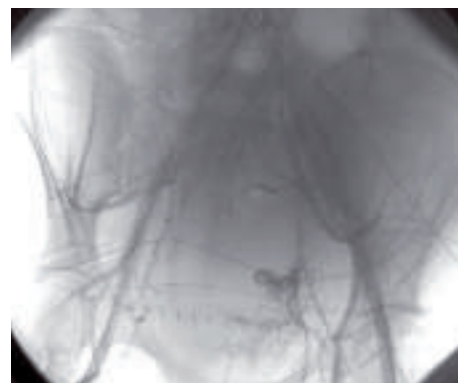


Abb. 2: Übersichtsangiografie mit Nachweis der ektatischen arteriellen Gefäße links und Nachweis eines flauen Kontrastmittelaustrittes

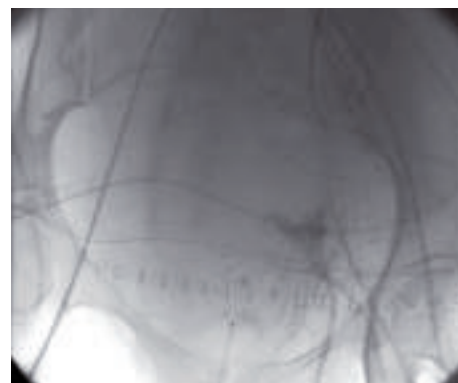


Abb. 3: Selektive Sondierung der linken A. iliaca interna mit Darstellung der pathologisch veränderten A. uterina. Zentrales Kontrastmittelextravasat

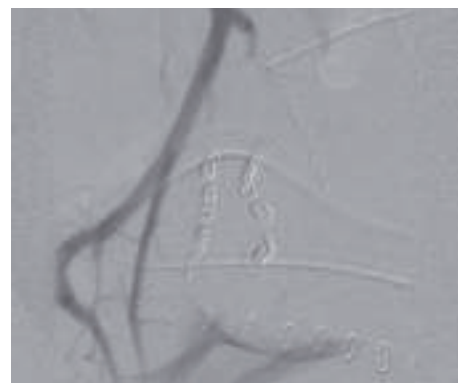


Abb. 4: Kontrollangiografie: Nachweis des Verschlusses der drei blutenden Gefäße mittels der Spiralen

Geburtstraumatische Plexusparese

Nervenschäden Eine Verletzung des Armnervengeflechts bei der Geburt kann zu permanenten Lähmungen führen. Operationen können mehr Beweglichkeit bringen.

Von Dr. Christian Hagemann

Die Inzidenz der Geburtstraumatischen Plexusparese (GPP) wird in der Literatur mit 1,5 bis 2,9 pro 1.000 Lebendgeburten angegeben. Für diese Traktionsverletzung prädisponiert sind Kinder mit Geburtsgewicht über 4000 Gramm, Schulterdystokie oder Steißlage. Bei Steißlage treten besonders häufig beidseitige Plexusparesen und Avulsionen auf. Die meisten Babys mit GPP zeigen eine Plexusparese des Typs Erb-Duchenne (85 Prozent), bei der die Nervenwurzeln C5 bis C6 oder C5 bis C7 betroffen sind. Sie fallen klinisch durch Innenrotation der Schulter bei gestrecktem Ellenbogen, „waiter's tip“-Position der Hand und Kopfwendung zur gesunden Seite hin auf (Abb. 1).

15 Prozent dieser Babys haben eine totale GPP, die die Wurzeln C5 bis T1 betrifft. Hier zeigt sich zusätzlich die paralytische Hand. Ein Horner Syndrom auf der selben Seite deutet auf die Avulsion der unteren Wurzeln hin. Kinder mit diesem Typ der GPP haben häufig zusätzlich Frakturen und/oder Paresen des N. phrenikus, N. hypoglossus oder N. facialis. Die Plexusparese Typ Klumpke, die die Wurzel C8 und T1 betrifft, liegt bei < 0,01 Prozent aller GPP. Prinzipiell können Läsionen intrathekal sowie extrathekal im gesamten Gebiet des Nervengeflechts bis zur Auftrennung der Faszikel in die Endäste auftreten, woraus sich eine Variationsbreite an Verletzungsmustern ergibt. Die verbreitete Meinung, eine GPP erhole sich immer von selbst, ist falsch.

Regeneration

Die Wahrscheinlichkeit einer Erholung bis hin zur Restitutio ad Integrum besteht, ist vom Schadenstyp und Anzahl der betroffenen Wurzeln abhängig. Nach Seddon werden die peripheren Nervenschäden in Neurapraxie, Axonotmesis und Neurotmesis ein-

geteilt. Die Regeneration einer Neurapraxie dauert Tage bis Wochen (führt fast immer zur Restitution), die einer Axonotmesis Wochen bis wenige Monate. Die Erholung einer Neurotmesis dauert mehrere Monate, wobei zunächst eine Neuombildung eintritt. Bei Neurotmesis wird häufig keine Restitutio ad Integrum erreicht. In der aktuellen S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum Thema „Versorgung peripherer Nervenverletzungen“ wird postuliert: „Neurotmesis lässt sich neurophysiologisch nicht von Axonotmesis unterscheiden. Restitution erfordert unbedingt OP.“

Im Falle einer GPP kann es im Rahmen der regenerativen Aussprossung durch ein Neuron zur Desorganisation des Plexus kommen, weil aussprossende Axone nicht ihren vorgesehenen Zielmuskel erreichen. So können Kokontraktionen von direkten Antagonisten und somit Funktionsverluste entstehen. Eine wesentliche Besonderheit stellt die intrathekale Neurotmesis einer Wurzel dar, die als Avulsion bezeichnet wird. Diese Form der Neurotmesis liegt definitionsgemäß im Zentralnervensystem und hat quasi keine Aussicht auf Erholung, da die Neuombildung intrathekal nicht abläuft und somit keine aussprossenden Axone in den distalen Nervenstumpf gelangen können. In der Phase der vermeintlichen Regeneration kommt es zur Denervierungstrophie der Zielmuskeln und zur kortikalen Umstrukturierung. Zwei Pioniere der europäischen Plexuschirurgie, Alain Gilbert (Paris) und Algimantas Narakas (Lausanne), haben bereits in den 1980er Jahren Daten zur Regeneration durch Kohortenbeobachtungen veröffentlicht. Die drei wesentlichen Schlüsse waren:

1. Ein Kind mit totaler Parese und mit Horner Syndrom auf derselben Seite hat auf-



Abb. 1: Baby mit GPP Typ Erb-Duchenne

grund der Avulsion der unteren Wurzeln keine Chance auf Regeneration der Hand und sollte im ersten Quartal exploriert werden.

2. Ein Kind ohne Regeneration im M. deltoideus und M. biceps brachii bis zum dritten Lebensmonat wird dies mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit bis zum fünften Lebensjahr nicht mehr suffizient erreichen und sollte exploriert werden.

3. Die aufgrund der Paresen entstehenden Kontrakturen und Gelenkdislokationen sollten früh und aggressiv behandelt werden.

Mit diesen Kriterien ergibt sich eine Indikation zur Plexusoperation im ersten Lebensjahr bei circa zehn Prozent aller betroffenen Kinder sowie eine 30- bis 35-prozentige Wahrscheinlichkeit einer orthopädischen „Sekundär-Operation“ von Gelenkdislokationen, Kontrakturen oder Muskeltransfers bis zum zweiten Lebensjahrzehnt. Eine gut anlaufende Regeneration kann jederzeit enden und führt nicht zwangsweise zur Restitutio ad Integrum. Regelmäßig sollte ambulant kontrolliert werden: Schreitet die Erholung wirklich voran? Bilden sich Kontrakturen und Dislokationen? Eine Jahrgangsanalyse aus England beschreibt, dass 50 Prozent der Kinder ein gutes Ergebnis erzielen, 40 Prozent eine neurologische Defektheilung mit befriedigender oder ausreichender Funktion erreichen, aber zehn Prozent einen komplett gelähmten Arm und bis zu 30 Prozent eine dislozierte Schulter ausbilden. Eine gute bis sehr gute Erfolgsaussicht auf Erholung durch Regeneration haben Kinder mit GPP-Typ Erb-Duchenne ohne Avulsionen und mit wenig Neurotmesis.

Orthopädische Folgen

Interessanterweise können sogar Kinder mit einer kompletten neurologischen Erholung innerhalb des ersten Lebensjahres erhebli-

che orthopädische Spätfolgen davontragen. Die häufigste Problematik als Folge eines Defizits der Außenrotation der Schulter ist die glenohumerale Dysplasie. Die Außenrotation wird im Wesentlichen über den N. suprascapularis gesteuert, der als Ast des Truncus superior bei betroffenen Kindern immer paretisch ist und sich häufig nicht erholt. Die somit inkomplett genutzte Funktion des Kugelgelenks führt zur Abflachung der Gelenkpfanne und Dislokation des Humerus. Weitere Folgen sind Ellenbeugekontrakturen, Radiusköpfchenluxationen sowie Pronations- und Supinationskontrakturen. Das Skelett der betroffenen Extremität ist im Vergleich zur gesunden Seite verkürzt. Neben den orthopädischen Folgen zeigen die Kinder eine höhere Rate von Verhaltensstörungen sowie Entwicklungsverzögerungen. Abb. 2 zeigt ein Mädchen, das nicht exploriert wurde, obwohl eine totale Plexusparese ohne voranschreitende Regeneration vorlag. Der erreichte Mallet Schulter Score beträgt 1, der Gilbert-Raimondi Hand Score 0! In diesem Fall wurde palliativ eine derotierende Osteotomie des Unterarms durchgeführt.

Plexusoperation

Für alle betroffenen Kinder gilt: Mit oder ohne Operation bedarf es von Anfang an der Mitarbeit von Physiotherapeuten und Eltern, die beständig die paretischen Gelenke durchbewegen sollten. Dadurch lassen sich viele Spätfolgen mildern. Zehn Prozent der Kinder können von einer mikrochirurgischen OP profitieren. Allerdings ist das Zeitfenster wegen Denervierungsatrophie und kortikaler Umstrukturierung eng und nur in Einzelfällen wird nach dem zwölften Monat exploriert. Ein Aspekt der OP ist die genaue anatomische, histologische und elektrophysiologische Dokumentation des Schadens. Im Bereich des Nervenersatzes haben sich in den letzten Jahrzehnten – neben der seit Langem eingesetzten Technik der Nerven- transplantation von Spendernerven wie dem



Abb. 2: Mädchen (Jahrgang 1999) mit totaler Plexusparese rechts. Dislozierte Schulter, Ellenbeuge- und Supinationskontraktur mit Radiusköpfchenluxation, „beggars-hand-deformity“. Einzige aktive Bewegung ist Ellenbeugung mit geringem Ausmaß, allerdings ohne den Mund zu erreichen

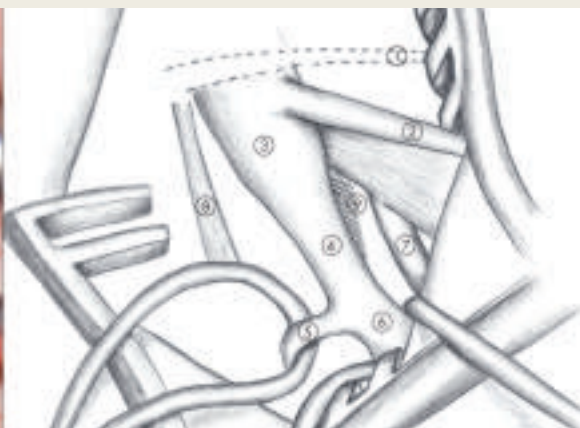
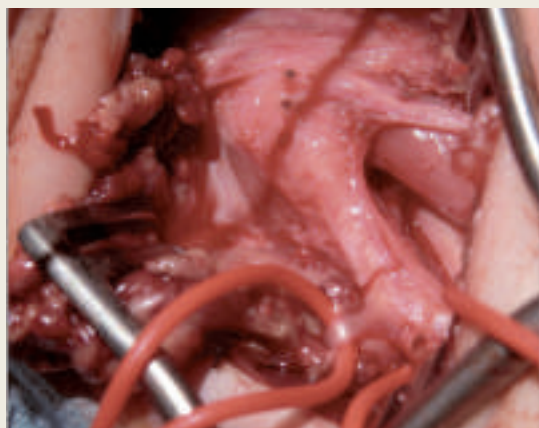
N. suralis nach Ausschneiden eines Neuroms „End-zu-End“ – neue Techniken etabliert. Zu nennen sind hier insbesondere die „Neurotisationen“, die bei Avulsionen eingesetzt werden. Hierbei werden motorische Faszikel gesunder Nerven auf die entsprechenden Zielnerven „End-zu-End“ umgeleitet. Dabei kommen intra- und extraplexische Faszikel in Betracht. Je weniger Avulsionen vorliegen und umso mehr Spendernerven zur Verfügung stehen, desto besser das Ergebnis. Mit diesen Techniken kann durch eine zeitgerechte Operation sogar bei Patienten mit Avulsionen von C5 und C6 eine Restitutio ad Integrum erreicht werden. Abb. 3 zeigt einen typischen Situs einer GPP mit Avulsion von C6 und einem sehr proximalen Neurom von C5, der durch Neurotisationen für den N. suprascapularis und N. musculocutaneus behandelt werden konnte. In diesem Fall war die Ellenbeugung ein Jahr postoperativ Kraftgrad 4, während sich die Außenrotation bis dato nicht erholte. Besonders problematisch bleiben die Fälle mit drei oder mehr Avulsionen, bei

denen nur der N. accessorius oder Interkostalnerven als Spender zur Verfügung stehen. Der N. phrenikus wird von wenigen Zentren als Spendernerv genutzt, hat allerdings die Parese des Hemidiaphragmas und bei Säuglingen möglicherweise eine Fütterstörung zur Folge. Die Neurotisationen in „Seit-zu-End“-Technik, die also den Spendernerven in seiner Kontinuität erhalten, haben nur sehr geringe Erfolgsaussichten. Die Verwendung der kontralateralen Wurzel C7 ist noch im Experimentalstadium, ebenso wie der intrathekale Anschluss von avulsierten Wurzeln an das Myelon. Betroffene Kinder haben ein schweres Los und selbst mit operativen Maßnahmen verbleibt eine erhebliche Defektheilung.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Christian Hagemann

Abteilung Pädiatrische Neurochirurgie
Altonaer Kinderkrankenhaus
E-Mail: christian.hagemann@kinderkrankenhaus.net



1. N. phrenicus
2. N. pectoralis lat.
3. C5 Neurom
4. Truncus sup.
5. N. suprascapularis
6. Divisionen
7. C7
8. C4
9. C6 fehlt, Avulsion

Abb. 3: OP-Situs einer GPP mit proximalem Neurom von C5, Avulsion von C6. Nebenfundlich irregulärer Ast ventral aus C5: atypischer N. pectoralis lateralis. Die Lösungsstrategie umfasste Neurotisationen mit Faszikeln aus N. XI und mit einem Faszikel aus dem N. ulnaris

Vereinfachte Ausleihe

Die Bibliothek des Ärztlichen Vereins bietet jetzt einen besonderen Service: Sie deponiert Bücher in der StaBi, die auch abends und am Wochenende abgeholt werden können.

Abholbox erleichtert Zugriff auf Fachbücher

Die Bibliothek der Ärztekammer geht seit einigen Wochen neue Wege. Um die Ausleihe von Büchern, CDs und DVDs außerhalb ihrer Öffnungszeiten zu ermöglichen, hat sie in der Staatsbibliothek (StaBi) eine „Abholbox“ aufgestellt. Im Gespräch mit dem Hamburger Ärzteblatt (HÄB) erklärt Maïke Piegler, die Leiterin der Bibliothek, was es damit auf sich hat und welche Idee dahinter steckt.

Wie kann man sich diese Abholbox vorstellen?

Die Abholbox ähnelt einer Packstation der Post. Es handelt sich um einen umfunktionierten Garderobenschrank mit zwölf Fächern. Diesen haben wir mit elektronischen Schlössern ausstatten lassen, welche sich mit einem vierstelligen Code verschließen und öffnen lassen. Durch ihren Standort im Hauptgebäude der StaBi ist der Zugang täglich, auch am Wochenende, bis 21 Uhr möglich.

Warum diese Abholbox? Möchten Sie Besucher aus der Bibliothek fernhalten?

Auf keinen Fall! Wir freuen uns, wenn die Leser persönlich zu uns kommen. Aufgrund unserer Öffnungszeiten ist dies jedoch vielen Kammermitgliedern nicht möglich. Aus Gesprächen mit Lesern wissen wir, dass der Wunsch besteht, Medien auszuleihen, nur stellte sich bisher häufig die Frage: Wie und vor allem wann kommen die Bücher zum Leser? Wir bieten schon länger verschiedene Alternativen zur persönlichen Ausleihe an, wie z. B. die Abholung durch Freunde, Verwandte oder Fahrdienste sowie die kosten-

pflichtige Lieferung per Bücherkurier. Auch die Nutzung der Behördenpost ist möglich. Diese Möglichkeiten bestehen natürlich weiterhin. Zusätzlich dazu wollen wir den Kammermitgliedern einen einfachen und komfortablen Weg bieten, an die gewünschten Medien zu gelangen. Die Abholbox stellt eine Erweiterung unserer Serviceleistungen dar.

Was können sich Ihre Leser alles mithilfe der Box ausleihen?

Alle aktuellen, ausleihbaren Medien können dort von uns abgelegt werden. Die Leser können uns entweder mitteilen, welche Titel sie konkret brauchen, oder sie nennen

er nicht braucht, in die Rückgabebox legen, die neben der Abholbox steht. Auch vorgeordnete Medien können aus der Box abgeholt werden. Der sogenannte Präsenzbestand, also die Zeitschriften und der Altbestand, die generell nicht entleihbar sind, können wie bisher bei uns vor Ort genutzt werden.

Ist denn die Ausleihe von Büchern heutzutage überhaupt noch relevant für Fachbibliotheken?

Für die Bibliothek der Ärztekammer Hamburg kann ich sagen, dass viele Leser die aktuellen Fachbücher durchaus zu schätzen wissen und gerne nutzen. Aufgrund der rasanten Preisentwicklung und der immer kürzeren „Halbwertszeiten“ der Fachbücher lohnt es sich immer weniger, die Bücher privat zu erwerben. Hier wird dann die Bibliotheksnutzung wieder interessant. Auch bieten Verlage zunehmend Titel für spezielle Interessengruppen an. Als Beispiel sind hier die Lehrbücher und Prüfungsfragen zur Vorbereitung auf die Facharztprüfungen zu nennen, die bei uns richtige „Ausleiherren“ sind. Ansonsten geht der Trend bei uns in den letzten Jahren ganz deutlich zur „Fernnutzung“. Das heißt, die Kammermitglieder nutzen in zunehmendem Maße diejenigen

Serviceleistungen, für die sie die Bibliothek nicht aufsuchen müssen.

Und was bieten Sie den Kammermitgliedern darüber hinaus an?

Wir bieten zum einen die Zusendung von Zeitschriftenartikeln und Buchkapiteln, zum



Diplom-Bibliothekarin Maïke Piegler legt Bücher in die neue Abholbox in der StaBi, die so unabhängig von Öffnungszeiten verfügbar sind

uns ihr Thema, und wir stellen Medien dazu zusammen. Wenn uns ein Leser z. B. nach aktuellen Titeln zur EKG-Auswertung fragt, dann legen wir mehrere Bücher zum Thema ins Fach. Der Leser kann dann entweder alle Bände mitnehmen oder auch diejenigen, die

anderen die Zusendung von Literaturrecherchen zu individuellen Fragestellungen. Hier haben wir jährlich steigende Nutzungszahlen, was uns natürlich sehr freut, weil es zeigt, dass wir damit auf dem richtigen Weg sind. Die Fernnutzung führt dazu, dass sich die Arbeit und die Kommunikation mit den Nutzern verändert: Viele Nutzer kennen wir ausschließlich durch E-Mail-Verkehr oder durch Telefonate. Die Bibliothek als ein Ort, an dem sich die Leser lange aufhalten, ist heute eher für diejenigen Leser, die historisch forschen und unseren Altbestand nutzen, interessant. Auch Kammermitglieder, die an ihrer Dissertation arbeiten, lassen sich gern persönlich von uns beraten, wenn sie vor Ort in der Bibliothek recherchieren.

Was erhoffen Sie sich von der Abholbox?

Wir wollen deutlich mehr Kammermitgliedern den Zugriff auf aktuelle Fachbücher ermöglichen als bisher. Durch die Innenstadt-Lage der StaBi sollte es, besonders am Wochenende, vielen Lesern möglich sein, sich ihre Medien quasi „im Vorbeigehen“ abzuholen. Da die StaBi plant, ihre Öffnungszeiten demnächst weiter zu verlängern, ermöglichen wir dann eine tägliche Nutzung bis 24 Uhr.

Frau Piegler, wir danken für das Gespräch.

Die Abholbox – so funktioniert sie

- Suchen Sie sich Ihre gewünschten Titel aus unserem Katalog (www.aekbibl.de/katalog) aus oder lassen Sie sich telefonisch von uns beraten. Selbstverständlich können Sie auch Ihre vorgemerkten Medien aus der Abholbox holen (siehe auch S.11).
- Teilen Sie uns per E-Mail bibliothek@ekh.de oder telefonisch unter Tel. 44 09 49 mit, dass Sie die ausgewählten Medien aus der Abholbox holen möchten.
- Wir verbuchen die Medien auf Ihrem Nutzerkonto und legen sie in die Abholbox.
- Sie erhalten von uns eine E-Mail bzw. eine SMS mit dem vierstelligen Öffnungscode und der Fachnummer.
- Holen Sie sich die Medien mittels Code aus dem Fach.
- Die Medien liegen eine Woche lang in der Abholbox bereit. Sollten sie in dieser Zeit nicht abgeholt werden, entnehmen wir sie und buchen sie vom Nutzerkonto.
- Die Leihfrist beträgt die üblichen vier Wochen mit Option zur Fristverlängerung.
- Für die Rückgabe können Sie unsere Rückgabebox nutzen. Diese finden Sie direkt neben der Abholbox. Natürlich können Sie entlehene Medien auch persönlich bei uns abgeben oder, gut verpackt, per Post zurücksenden.

Unsere Abholbox finden Sie im Hauptgebäude der StaBi, 2. Etage, gegenüber Saal 4, rechts in der Nische bei den Garderobenschränken.

Die Abholung ist während der gesamten Öffnungszeiten der StaBi möglich: Mo. bis Fr. 9 bis 21 Uhr, Sa. und So. 10 bis 21 Uhr, ab 1. April täglich bis 24 Uhr.

Ihren Leseausweis für die Bibliothek senden wir Ihnen gern per Post zu.

Broschüren und Infomaterial Arzt-Eltern-Seminare

Rat und Hilfe Unser Kind hat einen Herzfehler. Was jetzt?

Freizeit & Sport

Diese Frage stellen sich viele Eltern, denn Jahr für Jahr kommen in Deutschland rund 7 000 Kinder mit einem Herzfehler zur Welt. Für die Eltern ist das eine große Belastungsprobe. Ihr Leben ändert sich schlagartig. In dieser Situation helfen umfassende Informationen.

Sprechen Sie uns an: Telefon 069 955128-145 oder besuchen Sie uns im Forum: www.kinderherzstiftung.de/forum.php

Kinderherzstiftung

Kinder-Selbsthilfegruppen

Mehr Infos unter www.kinderherzstiftung.de

Der alte „Eppendorfer Suchtbegriff“ *bringt mehr Klarheit*

Meinung Für die Weiterentwicklung des Suchtbegriffs hält der Hamburger Suchtmediziner Dr. Bert Kellermann die bisherige Definition in der ICD-10 für ungeeignet. Er fordert eine stärkere Betonung der psychischen Abhängigkeit – so wie sie Eppendorfer Experten bereits vor Jahren beschrieben hatten.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung stellte anlässlich der Veröffentlichung des Drogen- und Suchtberichts 2013 fest: „Auch Erwachsene mit riskanten Konsummustern müssen viel früher mit präventiven Maßnahmen erreicht werden, damit sich aus riskantem Verhalten keine manifeste Abhängigkeit entwickelt. Deshalb ist die Frühintervention durch Ärzte und ärztliches Pflegepersonal besonders wichtig, sowie die gezielte Suchtprävention.“

Sucht-Frühintervention, vor allem von Krankenkassen finanzierte, erfordert einen Suchtbegriff, der auch für eine frühe Sucht-Diagnose brauchbar ist. Sucht im Sinne psychischer Abhängigkeit ist, wie alle psychopathologischen Phänomene, schwer zu definieren. Für den ICD-11-Suchtbegriff, der jetzt erarbeitet wird, könnte der frühere Eppendorfer Suchtbegriff brauchbarer sein als die Fortentwicklung des ICD-10-Suchtbegriffs, der vor allem die körperliche Abhängigkeit betont und die psychische vernachlässigt. Sie ist die eigentliche Sucht (vgl. Psychiatrie-Enquête von 1975) und somit das eigentliche Ziel der Suchttherapie, also auch der Sucht-Frühintervention. Deshalb ist für eine möglichst zielgerichtete Diagnose eine begriffliche Erfassung der psychischen Abhängigkeit notwendig.

Hauptsymptome sind bei allen Suchtformen gleich

Der frühere „Eppendorfer Suchtbegriff“ könnte für die Weiterentwicklung der Definition Grundlagen liefern. Er ergibt sich aus Äußerungen von Psychiatrie-Professoren, die in den 1960er Jahren in der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf tätig waren:

1962 nannte der Sexualwissenschaftler und Psychiater Hans Giese, Spezialist für die Psychopathologie der Sexualität, vier typische (Sex-)Sucht-Symptome: die zunehmende Zentrierung der Denk- und Vorstellungsräume in Richtung auf den angestrebten Erlebniszustand, die zunehmende Frequenz der zugehörigen Handlungsvollzüge bei abnehmender Triebbefriedigung, die dranghafte Unruhe und Unerwehrbarkeit in Richtung der Durchführung und das Auftreten körperlich-vegetativer Symptome bei Ausbleiben oder Verhinderung der abnormen Betätigung. Mutatis mutandis bestehen diese Suchtsymptome bei



Der herrschende Suchtbegriff definiert Sucht vor allem als körperliche Abhängigkeit von Substanzen

allen Suchtformen, z. B. bei der Nikotinabhängigkeit und bei der Glücksspielsucht.

Der Psychiater, Neurologe und Hirnforscher Hans-Joachim Bochnik schrieb 1980, dass „die Analyse der Suchtprobleme lange Zeit darunter gelitten hat, dass sie zu einseitig aus den Erfahrungen mit toxischen Süchten abgeleitet wurden“ und „dass das Wesen süchtiger Entwicklungen deutlicher an nicht toxischen Süchten zu studieren ist.“ Statt von „nicht toxischen Süchten“ wird jetzt von „nicht substanzgebundenen Suchtformen“ gesprochen. Die Erkenntnis, dass es auch nicht substanzge-

bundene Suchtformen gibt, ist durch die ICD-10 verlorengegangen und wird offiziell jetzt erst schrittweise wiederentdeckt (DSM-5).

Der forensische Psychiater Wilfried Rasch (1986): „Sucht ist ... eine psychopathologische Entwicklung ... Sucht ist unabhängig von ihrem Inhalt, insbesondere also auch unabhängig von einer physischen Bindung an eine bestimmte Substanz ... Entscheidende Elemente sind die Einengung auf die Sucht und Verlust anderer Erlebnisfelder, soziale Ausgliederung, verändertes Realitätserleben und schließlich Zerstörung der sozialen Person. Der Betreffende gleitet immer mehr in die Unverbindlichkeit ab, ursprünglich vorhandene ethische Maßstäbe gehen verloren. Nur noch die Befriedigung der Sucht zählt.“ Auch die Erkenntnis, dass Sucht eine psychopathologische Entwicklung ist, ging verloren. Nach der ICD-10 ist Sucht eine Substanzkonsumstörung.

Der Psychiater und Neurologe Klaus Wanke hat 1987 Sucht pragmatisch definiert „als unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen

und die sozialen Chancen eines Individuums. Das allgemein menschliche Phänomen des süchtigen Verhaltens ist nur über ein integratives ganzheitliches Konzept zu fassen.“ Diese Sichtweise, Sucht als psychopathologische Entwicklung aufzufassen und nicht zu unterscheiden zwischen substanzgebundenen und nicht substanzgebundenen Suchtformen, wurde bereits in den 1970er Jahren durch die Erkenntnisse der Lernpsychologie bestätigt. Sucht ist intensiv erlerntes Denken und Verhalten. Beim süchtig gewordenen Menschen hat sich durch den gewohnheits-

mäßigen Konsum von Suchtmitteln – stofflichen wie Kokain oder nicht stofflichen wie Glücksspielen – ein zunehmend automatisiertes dysfunktionales Denk- und Verhaltensprogramm entwickelt. „Süchtiges Verhalten wird, anders als z. B. das Lernen einer Sprache, überwiegend in phylogenetisch sehr alten Hirnsystemen gelernt.“ (Kiefer 2013)

Psychische Abhängigkeit besteht jahrzehntelang

Der ICD-10-Suchtbegriff ist für eine frühe Sucht-Diagnose nicht geeignet, da er hauptsächlich dem klinischen Bild der Alkohol- und der Opioidabhängigkeit, zudem im eher späten Stadium, entspricht. Betont wird durch ihn die körperliche Abhängigkeit, die lediglich beim Alkohol-Barbiturat-Typ und beim Opioid-Typ stärker ausgeprägt ist und nach dem körperlichen Entzug innerhalb kurzer Zeit abklingt. Die psychische Abhängigkeit hingegen besteht jahrzehntelang, sowohl bei den substanzgebundenen als auch bei den nicht substanzgebundenen Suchtformen. Doch durch das „Abhängigkeitssyndrom“ der ICD-10 wurde der Irrtum offiziell festgelegt, dass ausschließlich Substanzen in eine Suchtentwicklung führen würden.

Jahrzehnte vorher war spezialisierten Psychiatern bekannt, dass dies unrichtig ist: Bereits vor 100 Jahren wurde die Kaufsucht in den Lehrbüchern der Psychiatrie von Bleuler und Kraepelin beschrieben, war damals jedoch selten. Erst durch unsere derzeitige Konsum- und Eventkultur nahm sie in letzter Zeit erheblich zu (Scherhorn, Raab, Reisch 1988). Bereits 1936 beschrieben die Wiener Psychiater Gabriel und Kratzmann in ihrer Sucht-Monografie mehrere „Tätigkeitssüchte“ wie Glücksspielsucht („So wie wir beim Trinker und in gleicher Weise natürlich auch bei anderen Rauschgiftsüchtigen als wesentliche Äußerung der Süchtigkeit das Nichtaufhörenkönnen gefunden haben, ebenso sehen wir beim Spieler, dass er sich nicht oder nur sehr schwer vom Spieltisch losreißen kann.“).

Der Münchner Psychiatrie-Professor Feuerlein, damals der in Deutschland anerkannteste Suchtspezialist, schrieb 1975: „Es gibt auch süchtiges Verhalten ohne Drogenkonsum, z. B. Spielsucht.“

Die neueren neurobiologischen Erkenntnisse fasste der Würzburger Psychiatrie-Professor Böning (1998) zusammen: „Dem Gehirn ist es egal, ob die süchtige Erregung von einem Suchtmittel oder einer Tätigkeit erzeugt wird“. Zum Thema Esssucht gibt es zahlreiche Veröffentlichungen. Bei PubMed erscheinen beim Stichwort „food addiction“ über 1.400

Hinweise. Beispiele: 2005 wies die prominente US-Suchtforscherin Nora Volkow in ihrem Artikel „How can drug addiction help us understand obesity?“ auf zahlreiche Parallelen von Drogenabhängigkeit und Adipositas hin. 2009 schrieben Kiefer und Grosshans: „Nahrungsaufnahme ist ... auch vermittelt durch neuronale Prozesse, die durch die belohnenden, respektive positiv verstärkenden Eigenschaften von Nahrungsmitteln beeinflusst werden.“ Bereits in dem dünnen Bändchen der ICD-8 (1971) findet sich unter Nr.



Sucht ist intensiv erlernt. Der gewohnheitsmäßige Konsum von Suchtmitteln führt zu einem automatisierten dysfunktionalen Denk- und Verhaltensprogramm

306.5 die Fresssucht. Oft liest man jetzt von der Adipositas-Epidemie; die Zahl der einschneidenden bariatrischen Operationen hat erheblich zugenommen. Hierzu ein Zitat aus einer wissenschaftlichen Zeitschrift (Kenneth Blum et al. 2011): „Now after many years of successful bariatric (weight loss) surgeries directed at the obesity epidemic clinicians are reporting that some patients are replacing compulsive overeating with newly acquired compulsive disorders such as alcoholism, gambling, drugs and other addictions like compulsive shopping and exercise. This review article ... to explain the phenomenon of addiction transfer.“ Addiction transfer, das Umsteigen auf ein anderes Suchtmittel, auf eine Ersatzdroge, Polytoxikomanie, ist bekanntlich ein typisches Sucht-Symptom.

Suchtentstehung ist an Emotionen gekoppelt

Bisher ist nicht zu erwarten, dass es zu einem Paradigmenwechsel etwa durch eine Renaissance des alten „Eppendorfer Suchtbegriffs“ kommt: Die Zentrale der deutschen Psychiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), hat am 27. Februar 2013 ex cathedra festgestellt, „Pathologisches Kaufen, Exzessives Sexualverhalten und Exzessives Essverhalten“ seien nur „exzessives Verhalten, aber keine Verhaltenssüchte“.

Dies bedeutet praktisch, dass zumindest bis zur ICD-12 in vielleicht 20 Jahren diese Patientengruppen von der suchttherapeutischen Versorgung ausgeschlossen sind. Eigentlich entspricht dies nicht ärztlichem bzw. psycho- und soziotherapeutischem Berufs-Ethos. Wer in der ambulanten oder stationären Praxis Alkoholiker, Drogenabhängige, Spieler, Kaufsüchtige, Medikamentensüchtige in der therapeutischen Begegnung, insbesondere in der gemeinsamen Gruppentherapie, kennen gelernt hat, weiß, dass die DGPPN hier

irrt. Die Hauptsymptome der Suchtformen sind diagnostisch im Wesentlichen identisch, die „Wahl“ des individuellen Suchtmittels ist weitgehend von äußeren Umständen abhängig.

Sucht entsteht nicht direkt durch Konsum bestimmter Substanzen, sondern durch Emotionen („high“, „Kick“ u. a.), die durch Substanzen wie Alkohol oder Erlebnisse wie durch Glücksspielen im Gehirn bzw. in der Psyche ausgelöst werden. Sucht im Sinne von psychischer Abhängigkeit ist ein intensiv erlerntes Denken und Verhalten, das immer schwerer wieder zu verlernen ist. Durch möglichst krankenkassen-

finanzierte Sucht-Frühintervention lassen sich Sucht-Folgeschäden reduzieren oder vermeiden.

Erforderlich dafür ist ein klarer und praxistauglicher ICD-11-Suchtbegriff, eine Renaissance des alten Eppendorfer Suchtbegriffs wäre ein erheblicher Fortschritt. Denn die derzeitige Sucht-Epidemie dauert jetzt seit fast 50 Jahren an, so lange wie – soweit bekannt – noch niemals in der Geschichte.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Bert Kellermann

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Suchtpsychiater
E-Mail: bertkellermann@gmx.de

Ihre Meinung

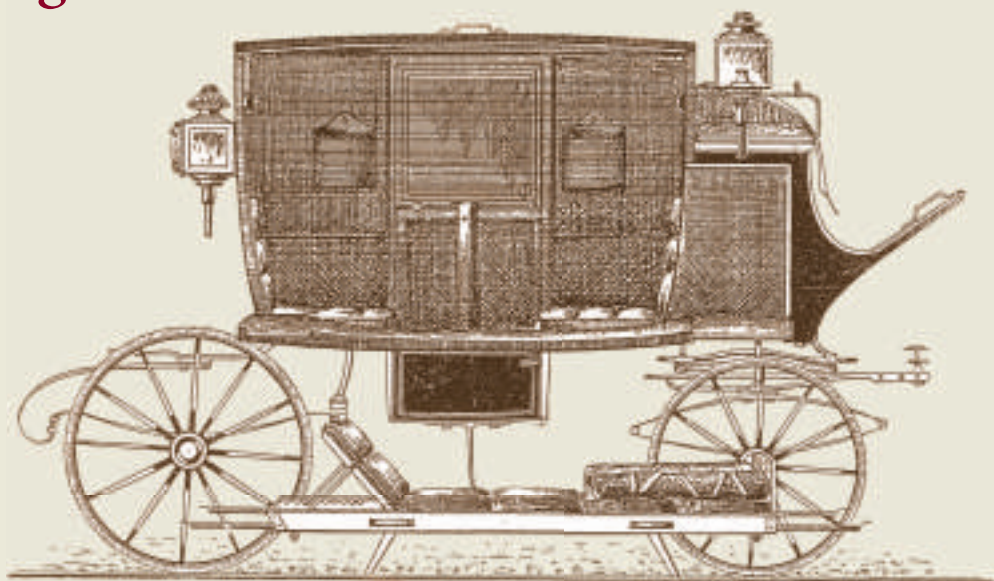
Was denken Sie über die Definition des Suchtbegriffs? Sollte der Suchtbegriff ausgeweitet werden? Führt das zur Pathologisierung bestimmter Verhaltensweisen? Schreiben Sie uns per E-Mail an verlag@aekhh.de, Stichwort: Eppendorfer Suchtbegriff

Bild und Hintergrund

Verbesserung des Systems

Der organisierte Transport von Kranken per Kutsche galt um 1900 als fortschrittlich. Die Ausstattung der Fahrzeuge war auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt.

Von Dr. Thomas Benkendorf



Landauer als Krankentransportwagen

Krankentransportwesen in Hamburg um 1900

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurde in Hamburg auf behördliche Anordnung ein erster eigener Krankenwagen zur schonenden Beförderung von kranken Bürgern in den Dienst gestellt. Im Seuchsjahr 1892 mit 16.956 Cholera-kranken wurde das über die Polizeibehörde organisierte Krankentransportwesen auf eine harte Probe gestellt. Innerhalb der Stadt standen beim Ausbruch der Seuche nur vier Krankenwagen mit acht Fahrern bzw. Trägern zur Verfügung. Möbeltransporter mussten zu Hilfe genommen werden, mit denen nachts auch die Toten nach Ohlsdorf in Massengräber verfrachtet wurden. Daraus hat man gelernt und das System in den Folgejahren verbessert.

Kutschen als Transportmittel

Bei meiner ehrenamtlichen Tätigkeit im Medizinhistorischen Museum Hamburg stieß ich auf eine umfangreiche Festschrift, die „Der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte“ im Jahre 1901 gewidmet worden ist und den Titel trägt: „Hamburg in naturwissenschaftlicher und medizinischer Beziehung“. Dort fand ich das interessante

Kapitel: „Das Krankentransportwesen in Hamburg“. Die Teilnehmer der Versammlung sollten aus der Schrift die Überzeugung gewinnen, dass in Hamburg in den Jahren zuvor nicht nur die Bevölkerungszahl gewachsen ist, sondern auch die öffentliche Gesundheitspflege weiterentwickelt wurde.

Zum Hamburger Staatsgebiet gehörte um 1900 neben der Stadt ein großes Landgebiet, auch weit vor den Toren Hamburgs. Im Stadtgebiet lebten auf einer Fläche von 7.690 Hektar 706.000 Einwohner. Das stadtnahe Landgebiet umfasste circa 26.050 Hektar mit 51.000 Einwohnern. In der Landherrenschaft Ritzebüttel nebst Cuxhaven und der Insel Neuwerk lebten auf 7.780 Hektar weitere 11.000 Einwohner.

Die Polizeibehörde unterhielt in dieser Zeit zur Ausführung von Krankentransporten in die Krankenhäuser, aber auch von Haus zu Haus, einen eigenen Fuhrpark mit insgesamt 32 Krankenwagen unterschiedlicher Ausstattung, davon 24 einfache Landauer.

Ein gewöhnlicher Landauer war eine zweispännige, vierrädrige und gummibereifte Kutsche, in der die Kranken liegend transportiert werden konnten (Abb.). Um Patienten

in der Kutsche mitsamt einem Tragebett lagern zu können, musste die Seitenwand nach oben und unten aufgeklappt werden. Neben dem Kranken nahmen im Inneren des Wagens auf dort vorhandenen Sitzplätzen die beiden Krankenträger von der anderen Wagenseite her Platz.

Das Personal des Hamburger Notfallteams bestand aus zwei Beamten und zehn ausgebildeten Krankenträgern. Ein Arzt gehörte damals nicht dazu. Der Posten hielt sich nach einem Bereitschaftsplan Tag und Nacht im Stadthaus auf und stand vom Postzimmer über eine Telefonleitung mit dem Stall in Verbindung.

Räderbahnen stehen bereit

Die Krankenwagen der Polizeibehörde konnten sowohl von der Zentrale im Stadthaus als auch bei allen Polizeiwachen, welche an den Hamburgischen Feuertelegrafen angeschlossen waren, bestellt werden. Für besonders dringende Fälle, in denen die Ankunft des Krankenwagens nicht abgewartet werden konnte, befanden sich außerdem auf den Polizeiwachen sogenannte Räderbah-

ren, die immer zum unverzüglichen Ausrücken bereitstanden. Jeweils zwei Männer bedienten sie von Hand. Dieses Transportmittel bestand aus einem Rädergestell mit Gummirädern und einer abhebbaren Trage. Bei meiner Famulatur in einer städtischen Hamburger Klinik Ende der 1960er Jahre sah ich dieses Krankentransportmittel noch immer im Einsatz, um Patienten zwischen Bettenhäusern und OP-Haus bzw. Röntgenabteilung zu transportieren.

Geistesranke oder auch sitzende Patienten wurden ebenfalls mit dem Landauer transportiert. Für Krankentransporte im Hafen diente ein besonders eingerichtetes offenes Fahrzeug, welches in der Regel im Wasser geschleppt wurde. Der Kajütenaufbau hatte sechs Sitzplätze und zwei Räume für den Transport von Liegenden, getrennt für ansteckende und nicht ansteckende Kranke.

Zur Beförderung von Personen, die an ansteckenden Krankheiten litten, hatte die Polizeibehörde an Orten, die sie öffentlich bekannt machte, besondere desinfizierbare Krankenwagen aufgestellt. Diese unterschieden sich von den bereits beschriebenen Wagen nur im Inneren. Anstelle der Polsterung waren Beschläge aus Eisenblech angebracht.

Für einen größeren Unglücksfall war ein besonderes Fahrzeug (Ambulanzwagen) vorhanden. Er hatte Platz für vier liegende Personen auf im Wagen hängenden, herausnehmbaren Liegen. Sitzbänke für zehn Personen konnten eingerichtet werden, wenn die Tragbahnen entfernt wurden.

Wie leistungsstark das Krankentransportwesen war, veranschaulichen folgende Zahlen. Im Jahre 1900 wurden 5.615 Krankentransporte ausgeführt und zwar:

- mittels Krankenwagen mit Liegevorrichtung 4.180,
- mittels Krankenwagen ohne Liegevorrichtung 702,
- mittels desinfizierbarem Krankenwagen 733.

Die Bespannungs- und Bedienkosten mussten bei Benutzung eines Krankenwagens, soweit der Nutzer zahlungsfähig war, nach einem billigen Tarif ersetzt werden. Die Ausführung des Krankentransports wurde jedoch keinesfalls von der vorherigen Bezahlung abhängig gemacht.

Hamburg war also bereits 1900 bezüglich des Krankentransportwesens gut aufgestellt, und für spezielle Erfordernisse hatten die Betreiber Lösungen parat. Dabei war diese Form der Notfallversorgung nicht nur finanzkräftigen Hamburgern vorbehalten, die Abwicklung der Krankentransportgebühren hatte eine durchaus soziale Komponente.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Thomas Benkendorf
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Wandel des Rettungsdienstes

Jubiläum Von der Räderbahre zum modernen Rettungswagen – wie sich in 150 Jahren die Arbeit des Roten Kreuzes Hamburg veränderte, zeigt eine Ausstellung im Rathaus.

Seit 150 Jahren hilft das Rote Kreuz Hamburg Menschen in Not. Ob auf dem Wasser, mit Rettungshunden, im Helikopter oder im Krankenhaus – wie vielfältig die Arbeit der Rotkreuzhelfer war und ist, zeigt die Ausstellung „Beständig im Wandel der Zeit – 150 Jahre Rotes Kreuz Hamburg“, die ab dem 10. Februar anlässlich des Jubiläums im Hamburger Rathaus gezeigt wird. Unter anderem stehen alte Fotografien wie die der Altonaer Räderbahre modernen gegenüber und verdeutlichen auch die enormen Fortschritte im Rettungswesen. Wie die Helfer des DRK heute bei ihren Einsätzen arbeiten, zeigt der Hamburger Fotograf Michael Zapf in seinen Porträts. Am 14. Februar wird die Ausstellung im Rahmen eines Senatsempfangs mit der Zweiten Bürgermeisterin Dorothee Stapelfeldt, dem DRK-Präsidenten Rudolf Seiters sowie mit dem Hamburger Rotkreuz-Präsidenten Wilhelm Rapp eröffnet und ist bis Anfang März in der Diele des Rathauses zu sehen.



Die Altonaer Räderbahre wurde vom Stabsarzt Dr. Soltsien der „Altona-Ottensener Colonne des Rothen Kreuzes“ entwickelt. Damals revolutionierte dieses Fuhrwerk den Krankentransport durch seine einfache zusammenklappbare, stabile Konstruktion, die Bedienung durch ein bis zwei Mann und einen schonenden Transport für eine längere Zeit. Soltsien präsentierte seine Innovation 1893 auf der vom italienischen Roten Kreuz organisierten internationalen Ausstellung in Rom



Moderner DRK-Rettungswagen aus dem Kreisverband Altona und Mitte

Aus der Schlichtungsstelle

Lumbago – unheilvolle Wirkung der Spritze

Spritzenhämatom Die intramuskuläre Injektion von Medikamenten führte bei einem 64-Jährigen zu einem Abszess, der eine operative Sanierung erforderte.

Von Johann Neu



Von einer intramuskulären Injektion bei einem Hexenschuss wird in den Leitlinien abgeraten. Sie führt häufig zu Komplikationen

Ein 64-jähriger Patient stellte sich am 15. Mai 2009 in einer allgemeinmedizinischen Praxis mit akuter Lumbago vor. Dort erhielt er intragluteale (i.m.) Injektionen von 50 Milligramm Prednisolon und 500 Milligramm Analgin. Zwei weitere Injektionen der gleichen Medikamente erfolgten jeweils am 18. Mai 2009 und am 19. Mai 2009. Am 4. Juni 2009 suchte der Patient erneut die Praxis auf. Es fand sich ein livides Areal im Bereich des Gesäßes, das als Spritzenhämatom diagnostiziert wurde. Lokalmaßnahmen besserten zunächst die Beschwerden. Die Wiedervorstellung am 10. Juni 2009 erfolgte wegen jetzt eindeutiger Schwellung, Rötung und subfebriler Temperaturen. Unter der Diagnose einer Infektion im linken Oberschenkel nach i.m.-Injektion verordnete der Allgemeinmediziner zwei Antibiotika. Am nächsten Tag wurde eine Computertomografie von Gesäß und Becken durchgeführt mit der Verdachtsdiagnose eines infizierten Hämatoms. Bei lokal unverändertem Befund überwies der Allgemeinmediziner den Patienten am nächsten Tag zu einem Chirurgen, der einen großen Spritzenabszess diagnostizierte und den Patienten stationär in eine chirurgische Klinik einwies. Dort wurde der Abszess eröffnet, die Wundhöhle gespült. Nach der Entlassung aus der Klinik am 15. Juni 2009 wurde die Wunde ambulant weiterbehandelt, bis sie am 28. August 2009 zugranuliert war. Der Patient vermutet, die Applikation der Spritzen sei fehlerhaft gewesen und fehlerbedingt hätte sich der Spritzenabszess entwickelt.

Der Arzt argumentiert: Als der sich erstmals in der Praxis vorstellte, gab er an, daheim ohne Erfolg Schmerzmittel eingenommen zu haben. Nach klinischer Untersuchung klärte er den Patienten über die Therapiemöglichkeiten (Erhöhung der Schmerzmitteldosis, Wärmeapplikation oder Spritzentherapie) auf. Der Patient wünschte ausdrücklich eine Injektionsbehandlung, da eine solche drei Jahre zuvor erfolgreich verlaufen war. An zwei unterschiedlichen Injektionsorten verabreichte der Arzt drei bzw. vier Tage später Prednisolon und Analgin nach Lagerung und Desinfektion intramuskulär. Bei Persistenz der Beschwerden erfolgten weitere Injektionen. Bei der Wiedervorstellung am 4. Juni 2009 klagte der Patient über Schmerzen im rechten Musculus Gluteus. Unter der Annahme eines Hämatoms wurde Kühlung verordnet und Heparinsalbe rezeptiert. Am 10. Juni 2009 berichtete der Patient über subfebrile Temperaturen. Daraufhin startete eine Antibiotikabehandlung. Als am Folgetag der Befund unverändert war, wurde am gleichen Tag eine Computertomografie veranlasst, die einen Spritzenabszess er-

gab. Der Patient wurde einem niedergelassenen Chirurgen vorgestellt. Der Arzt erkennt keinen Behandlungsfehler. Die Injektionen sind nach dem erforderlichen hygienischen Standard erfolgt. Die Überwachung und alle weitergehenden Maßnahmen nach Auftreten der Beschwerden seien zeit- und regelgerecht erfolgt.

Injektion war nicht indiziert

Das ärztliche Gutachten stellt fest: Die intramuskuläre Injektion von Steroiden und Metamizol ist nicht indiziert gewesen. Generell ist die intramuskuläre Injektion von Medikamenten eine komplikationsträchtige Maßnahme und die Indikationsstellung streng zu überprüfen. Von einer Injektionstherapie bei Lumbago wird in den Leitlinien explizit abgeraten. Die Fachinformation für Solu-Decortin, das Prednisolon entspricht, enthält zahlreiche zugelassene Anwendungsgebiete für eine parenterale Anfangsbehandlung. Lumbago ist nicht darunter aufgeführt. Das Auftreten des Glutealabszesses ist auf eine nicht indizierte und auch nicht zugelassene intramuskuläre Injektionsbehandlung mit Steroiden und Metamizol bei akuter Lumbago zurückzuführen.

Eingeschränkt werden muss allerdings, dass die i.m.-Injektion auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgte.

Zu dem Gutachten wurde ärztlicherseits eingewendet, dass vor der Konsultation am 15. Mai 2009 Wärmeapplikation, körperliche Schonung und Paracetamol in Tablettenform die Symptome nicht gebessert hatten. Die vorgeschlagene Kombinationsbehandlung mit einem Muskelrelaxans und Nichtsteroidalem Antirheumatikum (NSAR) hat der Patient wegen bekannter Magenunverträglichkeit vehement abgelehnt. Der Patient hat um die i.m.-Injektion der Medikamente gebeten. Glukokortikoide können in Kombination mit Analgetika zur Behandlung

chronischer Schmerzen eingesetzt werden, und diese Kombination ist explizit auch für die Behandlung von Lumbago/Lumbalgien in einem Lehrbuch der Schmerztherapie aufgeführt.

Heilungsverlauf unnötig verlängert

Die Schlichtungsstelle folgte den Argumenten des Gutachters und sah keine Indikation für die durchgeführte i.m.-Medikation. Es gibt keine Belege für einen therapeutischen Effekt einer derartigen Behandlung. In einer Übersicht über die therapeutischen Empfehlungen verschiedener (13 nationaler, zwei internationaler) Leitlinien zum Thema unterer Rückenschmerz inklusive Lumbago findet sich keine Nennung einer i.m.-Medikation. Übereinstimmend werden Paracetamol und als Zweitlinienmedikation NSAR genannt.

Die Entscheidung zur i.m.-Behandlung der akuten Lumbago war daher fehlerhaft. Als Fehlerfolge waren die Schmerzen, die Notwendigkeit der operativen Sanierung und der daraus resultierende längere Heilungsverlauf bis Ende August 2009 anzusehen.

Es ist im Praxisalltag nicht ungewöhnlich, dass Patienten den Wunsch nach einer parenteralen Therapie äußern, die entweder in der Vergangenheit schon einmal erfolgreich angewandt wurde, oder weil sie diese Form von vornherein für wirksamer als die enterale Applikation halten. Die Erfüllung von derartigen Wünschen von Patienten ist jedoch stets limitiert durch die Grenzen der Indikation.

Johann Neu

Rechtsanwalt und Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern
E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

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

Lösung: Seite 41

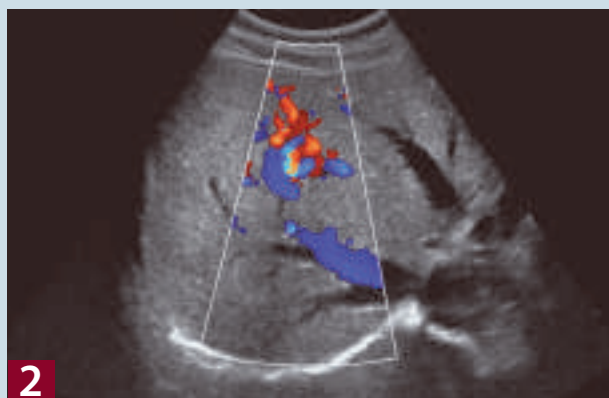
Anamnese:

Eine 48-jährige Patientin, Mutter dreier Kinder, nimmt seit Jahren wegen einer Anämie immer wieder Eisenpräparate ein. Sie berichtet von einem bekannten Gefäßleiden und häufigem Nasenbluten. An Lippe und Zunge finden sich wenige Teleangiectasien. Im Urlaub auf Mallorca habe sie bei Wanderungen vermehrt unter Belastungsdyspnoe gelitten. Die Fragen nach Fieber, Schmerzen, Beinumfangsvermehrung oder Teerstuhl werden verneint. Bei Aufnahme besteht eine mikrozytäre hypochrome Anämie (Hb 7,5g/dl), Leber- und Nierenwerte sind in der Norm. Die Abdomensonografie ist bis auf folgenden Befund unauffällig:

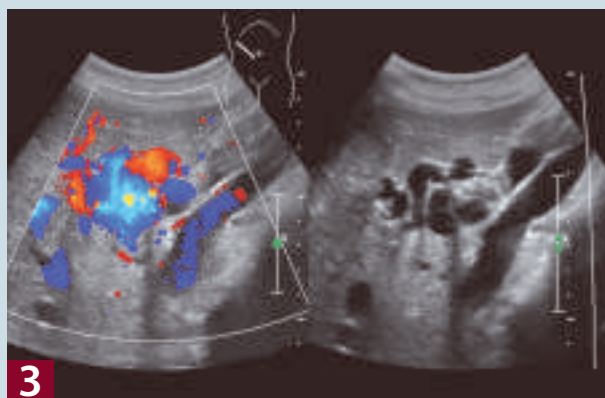
(C. Schmidt, G. Lock, 2. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)



1



2



3

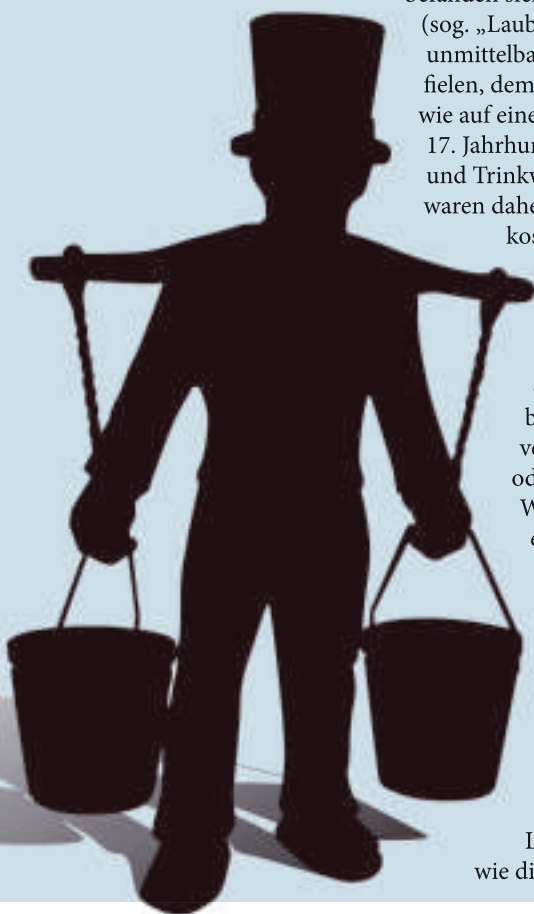
Wahrer Bazillenträger

Um zu verstehen, warum Hamburg im Gegensatz zu Altona ein endemischer Typhusherd war, in dem später die Cholera wiederholt zu verheerenden Epidemien führte, muss man die Trinkwasserversorgung und Abfallbeseitigung in diesem Gemeinwesen, das einst analog Amsterdam oder Venedig mit einem dichten Netz von Kanälen (Fleete) durchzogen war, kennen. An den flectseitigen Häuserfronten

befanden sich oft erkerartig angebaute Aborte (sog. „Lauben“), aus denen die Exkreme unmittelbar ohne Abfallrohr in das Wasser fielen, dem man übrigens ohne Bedenken, wie auf einem Hamburger Gemälde aus dem 17. Jahrhundert zu sehen ist, das Brauch- und Trinkwasser entnahm. Ganze Stadtteile waren daher auf die mehr oder weniger kostspieligen Dienste von „Wasserträgern“ angewiesen.

Wer ahnt heute noch, wie oft wohl die Eimer an der Querstange der Wasserträger, die man so häufig auf alten Hamburger Stichen sehen kann, mit verseuchtem Wasser aus der Alster oder den Fleeten gefüllt waren?!

Wie oft wurden die Juden im Falle einer Seuche vom aufgehetzten und leichtgläubigen Pöbel als Brunnenvergifter bezichtigt! Bei dem Hamburger Wasserträger, der oft mit seiner sehr gefährlichen Ware von Haus zu Haus zog, ahnte man jedoch kaum etwas Böses, obwohl er der denkbar gefährlichste Bazillenträger war! Gehörte er doch zum Lokalkolorit der alten Hansestadt wie die Fleete und die Fachwerkbauten.



Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

Tel. 040 / 31 81 25 58, Fax: -59, E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?

Tel. 040 / 20 22 99-205, E-Mail: verlag@aekhh.de

Sie sind Mitglied der Ärztekammer und möchten Ihre Lieferadresse für das Hamburger Ärzteblatt ändern?

Tel. 040 / 20 22 99-130 (Mo., Mi., Fr.), E-Mail: verzeichnis@aekhh.de

Sie sind psychologischer Psychotherapeut und haben Fragen zum Bezug des Hamburger Ärzteblatts?

Tel. 040/228 02-533, E-Mail: melanie.vollmert@kvvh.de

Sie sind kein Mitglied der Ärztekammer und möchten das HÄB abonnieren, Ihre Abo-Adresse ändern oder Ihr Abonnement kündigen?

Tel. 040 / 20 22 99-206, E-Mail: verlag-bh@aekhh.de

Sie möchten nicht, dass Ihr Geburtstag im HÄB erscheint?

Tel. 040 / 20 22 99-130 (Mo., Mi., Fr.), E-Mail: verzeichnis@aekhh.de

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Donald Horn

Redaktion

Stephanie Hopf, Nicola Timpe

Kommissarische Schriftleitung

Prof. Dr. Georg Neumann

Redaktion und Verlag

Hamburger Ärzteverlag GmbH & Co KG
Weidestraße 122 b, 22083 Hamburg
Telefon: 0 40 / 20 22 99-205
Fax: 0 40 / 20 22 99-400
E-Mail: verlag@aekhh.de

Anzeigen

elbbüro

Stefanie Hoffmann

Parkallee 25, 20144 Hamburg

Telefon: 040 / 31 81 25 58,

Fax: 040 / 31 81 25 59

E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Internet: www.elbbuero.com

Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 44
vom 1. Januar 2014

Anzeigenschluss für

Textteilanzeigen: 14. Februar

Rubrikanzeigen: 20. Februar

Abonnement

Jährlich 69,98 Euro inkl. Versandkosten

Kündigung acht Wochen

zum Halbjahresende

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Peter Haase (†), Michael von Hartz

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 17.487

Titel: Michael von Hartz

Redaktionsschluss ist
am 15. des Vormonats.
Das nächste Heft erscheint am
10. März 2014.

Hypertonie

Leitlinien mit praxisnahen Empfehlungen

In einer Übersicht werden die im Juli 2013 publizierten aktualisierten Leitlinien zweier europäischer Fachgesellschaften kommentiert. Zu begrüßen sind

- für alle Patienten unter 80 Jahren (auch mit Diabetes oder Endorganschäden) wird ein Zielblutdruck von < 140 mmHg systolisch,
- für über 80-jährige Patienten ein Zielblutdruck < 150 mmHg systolisch,
- für Nicht-Diabetiker ein diastolischer Blutdruck von < 90 mmHg und
- für Diabetiker ein Wert von < 85 mmHg diastolisch empfohlen.

Darüber hinaus wird grundsätzlich festgestellt, dass

- bei einem weit überwiegenden Teil der Hypertoniker Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker gleichwertig sind (Die Auswahl sollte im Einzelfall bestimmt werden nach zu erwartenden unerwünschten Wirkungen und zusätzlichen pathologischen Veränderungen.),
- Blutdruckselbstmessungen Organschäden besser vorhersagen können als die in der Arztpraxis erhobenen Werte,
- invasive Verfahren bei therapieresistenter Hypertonie auf Zentren mit entsprechender Erfahrung beschränkt werden sollten.

Die aktualisierten Empfehlungen sind praxisnäher, eventuell sollte die Festlegung auf höhere Werte bei über 80-Jährigen hinterfragt werden: Auch unter dieser fixen Altersangabe könnten etwas höhere systolische Werte toleriert werden.

Quelle: DMW 2013; 138:2471-3

SSRI-Einnahme in der Schwangerschaft

Folgen für Babys

In einem Kommentar zu einer neuen Studie aus nordischen Ländern wird bekräftigt, dass selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer (SSRI) weder die Totgeburt rate noch die Säuglingssterblichkeit erhöhen. Anpassungsstörungen nach der Geburt (wie bei der Einnahme aller Psychopharmaka) sind selbst limitierend, wobei eine pädiatrische Unterstützung in den ersten Lebenstagen und eine Entbindung in einer Klinik mit Perinatalzentrum von Vorteil sein kann.

Quelle: AVP 2013; 40(6): 153-4

Opioid-Pflaster

Sicher entsorgen

Analgetika-Pflaster mit Fentanyl oder Buprenorphin enthalten nach dem Abnehmen noch bis zu 50 Prozent der ursprünglichen Menge. Vergiftungen von spielenden Kleinkinder sind bekannt, auch missbräuchliche Anwendungen durch Zerschneiden und Auskochen oder Kauen der Pflaster. Verbrauchte Pflaster sollten daher nach innen gefaltet und in neutraler Verpackung dem Hausmüll untergemischt werden. Die Arzneimittelkommission der Apotheker (AMK) emp-

fehlt allen Apotheken, unbenutzte und auch gebrauchte Pflaster zurückzunehmen und fachgerecht zu entsorgen. Eine Rückfrage bei der Hausapotheke schafft Klarheit, ob sie an dieser Aktion der AMK teilnimmt.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158:89

Protonenpumpenhemmer (PPI)

Langzeithherapie

Grundsätzlich gelten Protonenpumpenhemmer in der Langzeittherapie als unbedenklich. Dennoch sollten die möglicherweise den PPI zuzuschreibenden schweren unerwünschten Wirkungen (UAW) Ärztinnen und Ärzte veranlassen, ihre Verordnungen regelmäßig zu überprüfen (zu erwägen: ein möglicher Auslassversuch, reine Bedarfstherapie, Dosisverringering). Diskutierte UAW sind erhöhtes Infektionsrisiko für Pneumonie und gastrointestinale Infekte, Vitamin-B12-Mangel, Kalziumdefizit, verminderte Knochendichte, gastrointestinale Tumore. Gesicherte UAW sind: Durchfall, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Flatulenz, Magnesiummangel, Hypergastrinämie, Säure-Rebound nach Absetzen.

Quelle: DMW 2013; 138: 2319-21

Elektronische Behandlungsinformation

Nachahmenswert

Schon seit Jahren wird über eine elektronische Patientenakte gestritten. Die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, hat eine Übersicht über Vorerkrankungen, über aktuelle und vorherige Arzneimittelverordnungen, über frühere stationäre Behandlungen und ambulant betreuende Ärzte, z. B. bei einer Krankenhausaufnahme, mehr Vorteile als Nachteile.

Nach einer neuen Information hat die Knappschaft Bahn-See für ihre Versicherten ein eigenes Modell (elektronische Behandlungsinformation, eBI) in den integrierten Versorgungssystemen der Knappschaft erstellt. Leistungserbringer erhalten eine komplette, nur beschreibende Behandlungshistorie ohne Therapieempfehlungen über eine gesicherte Internettechnologie.

Zusätzlich zu den Informationen für ein Krankenhaus können auch die ambulanten Verordnungen durchleuchtet werden. 27 Prozent der Versicherten dieser Kasse werden von mehr als einem Hausarzt und von fünf bis zehn Fachärzten betreut. Es liegt auf der Hand, dass Doppelverordnungen und die erhöhte Anzahl von verordneten Arzneimitteln (im Durchschnitt neun Wirkstoffe pro Jahr) sowohl die Rate unerwünschter Wirkungen als auch die von vermeidbaren Interaktionen erhöht.

Dies scheint eine dreifache Win-Situation zu sein: Ärzte erhalten zusätzliche behandlungsrelevante Informationen über ihre Patienten, bei Patienten können durch koordinierte Verordnungen weniger unerwünschte Wirkungen auftreten und Krankenkassen reduzieren ihre Arztkosten.

Quelle: Ärztezeitung vom 02.12.13, S. 22

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Allgemeinmedizin (BAG)	20/14 HA	01.07.2014	Hoheluft-Ost
Praktische Ärztin	21/14 HA	zum nächstmöglichen Termin	Barmbek-Nord
Kinderheilkunde	22/14 K	zum nächstmöglichen Termin	Jenfeld
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Kinderheilkunde (Spezielle Schmerztherapie)	23/14 K	01.04.2014	Alsterdorf

BAG: Berufsausübungsgemeinschaft

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum 28.02.2014 schriftlich an die:

**Kassenärztliche Vereinigung
Abteilung Arztregister
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Die Bewerbungen werden den ausscheidenden Vertragsärzten sowie bei Berufsausübungsgemeinschaften deren Praxispartnern zur Verfügung gestellt.

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erhalten Sie unter der Telefonnummer 040/ 22 802-513.

HIV-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung findet statt am

**Montag, 24. Februar 2014, 19.30 Uhr, Humboldtstraße 56,
22083 Hamburg (Ärztelhaus), Hugo-Niemeyer-Saal**

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

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden

**jeden ersten Dienstag im Monat um 20 Uhr in
der Humoldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztelhaus) statt.**

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

Beschluss der Vertreterversammlung
am 12.12.2013 „Haushalt 2014“

Verwaltungskostensätze 2014

1.1 Die Vertreterversammlung beschließt, als Beitrag zur Deckung der Verwaltungskosten 2,50 % 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. Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragssatz 3,00 %.

1.2 Für die Abrechnung der Leistungen (nichtärztliche Dialyseleistungen) nach § 126 Abs. 5 SGB V wird der Beitragssatz nach Ziffer 1 vertragsgemäß – derzeit 0,2 % – für die Abrechnung des Familienplanungszentrums auf 1,0 % festgesetzt.

1.3 Für die Abrechnung von ambulanten Not-

fallbehandlungen durch nicht nach der Notdienstordnung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst Hamburg berechnete Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen werden 2,40 % 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 Verwaltungskostenbeitragssatz 3,00 %.

1.4 Für die Finanzierung von Sicherstellungsaufgaben wird ein Verwaltungskostenbeitragssatz von 0,3 % vom Umsatz nach Nr.1.1 erhoben.

1.5 Bei einer Bereinigung der MGV wegen des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V werden gesonderte Gebühren gem. § 59 Abs. 1 Satz 3 der Satzung bei denjenigen Ärzten

und Psychotherapeuten erhoben, bei denen Versicherte eingeschrieben sind. Die Gebühr wird auf den Anteil des Arztes oder Psychotherapeuten an der quartalsbezogenen Bereinigungssumme des jeweiligen Vertrages erhoben, errechnet aus der Anzahl der beim Arzt oder Psychotherapeuten eingeschriebenen Versicherten. Für die Höhe der Gebühr findet der Verwaltungskostensatz nach Ziff. 1.1. und der Sicherstellungsbeitrag nach Ziff. 1.4 entsprechende Anwendung. Die Erhebung der Gebühr erfolgt im Wege der Verrechnung mit einem Vergütungsanspruch gegen die KVH.

1.6 Die Regelung tritt mit der Abrechnung für das IV. Quartal 2013 in Kraft.

Hamburg, den 12.12.2013

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten / Ärztinnen / Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen

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

Adresse	
Fachärzte für Allgemeinmedizin	
Hekmatulla Afzali	Friedrich-Frank-Bogen 35, 21033 Hamburg
Dr. Ahmad Djawad Ahadi (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Poppenbütteler Weg 192, 22399 Hamburg
Fachärztin für Augenheilkunde	
Valentina Kon (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Bramfelder Chaussee 371, 22175 Hamburg
Facharzt für Chirurgie	
Jan Möller	Steilshooper Straße 54, 22305 Hamburg
Fachärztin für Innere Medizin	
Dr. Marina Schaposchnikow (hausärztliche Versorgung)	Sülldorfer Kirchenweg 2 a, 22587 Hamburg

Adresse	
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
Carsten Flores	Helmut-Steidl-Platz 5, 22143 Hamburg
Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	
Dr. Jan Meiners	Alte Holstenstraße 2, 21031 Hamburg
Dr. Olaf Baack	Vogt-Wells-Straße 20, 22529 Hamburg
Dr. Gunnar Badorreck	Straßenbahnring 15, 20251 Hamburg
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie	
Dr. Thomas Hartmann	Am Wall 1, 21073 Hamburg

Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

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

Medizinisches Versorgungszentrum Ärztlicher Leiter	Anschrift	Fachrichtungen
MVZ Rheumatologie und Autoimmunmedizin Hamburg GmbH Prof. Dr. med. Hans-Hartwig Euler	Sülldorfer Kirchenweg 2 a, 22587 Hamburg Tel. 82 50 58 Fax. 82 50 22	Innere Medizin (fachärztlich), Innere Medizin (hausärztlich), Laboratoriumsmedizin

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

Lösung Quiz Seite 37

Morbus Osler

Intrahepatische arteriovenöse Malformationen mit Ausbildung korkenzieherartiger Gefäße bei bekanntem Morbus Osler-Weber-Rendu. Im Rahmen dieser hereditären Erkrankung kommt es zur Ausbildung von Angiodysplasien im Gastrointestinaltrakt. Eine pulmonale Beteiligung oder eine Herzinsuffizienz durch große Shuntvolumina konnten bei unserer Patientin bislang nicht nachgewiesen werden. Endoskopisch finden sich multiple Angiodysplasien im Magen und Kolon, die bereits mehrfach eine APC-Koagulation erforderten. Sonografisch zeigen sich eine kaliberstarke Arteria hepatica und eine Vena portae (nicht abgebildet) mit farbduplexsonografisch noch hepatoportalem Fluss. Die Beschwerdesymptomatik der Patientin sehen wir im Zusammenhang mit der ungewohnten körperlichen Belastung bei chronischer Blutungsanämie.



Die Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck. Sie verfügt über 47 stationäre Betten in Lübeck, 3 Institutsambulanzen und 28 tagesklinische Behandlungsplätze in 3 Tageskliniken in Lübeck, Büchen und Eutin.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für unsere Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie in **Lübeck** je eine/einen

Oberärztin/Oberarzt

40 Std./Woche, Teilzeit möglich

Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur/zum **Fachärztin/Facharzt** für **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

30 Std./Woche

Wir suchen zum 01.05.2014 für unsere Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie „Am Rosenweg“ in **Büchen** eine/einen

Oberärztin/Oberarzt

40 Std./Woche

Die Tagesklinik verfügt über 10 Behandlungsplätze und eine hoch frequentierte Institutsambulanz. Büchen ist von Hamburg, Lüneburg und Lübeck aus gut zu erreichen.

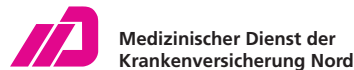
Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach AVR-DW.

Detaillierte Informationen zu den Positionen finden Sie unter: www.vorwerker-diakonie.de/jobs/stellenangebote

Für Rückfragen steht Ihnen unter Telefon 0451 4002-50434 der Chefarzt der Fachklinik Herr Oliver Soyka (Oberärztin/Oberarzt) oder die Leitende Oberärztin der Fachklinik Frau Dr. med. K. Stellermann-Strehlow (Ärztin/Arzt in Weiterbildung) gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung.

Vorwerker Diakonie | Personalabteilung | Triftstraße 139-143
23554 Lübeck | Telefon 0451 4002-0 | www.vorwerker-diakonie.de



Zur richtigen Zeit am richtigen Ort



Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berät Kranken- und Pflegekassen in allen sozialmedizinischen und pflegefachlichen Fragen. Dafür brauchen wir fachkompetente Unterstützung!

Verstärken Sie unser Ärzteteam an unseren Standorten **Hamburg, Lübeck oder Kiel** als

ärztliche Gutachterin/ ärztlicher Gutachter

Wir bieten Ihnen als Alternative zur Klinik oder Praxis eine interessante und zukunftsorientierte Begutachtungs- und Beratungstätigkeit als unabhängige/r Sachverständige/r mit der Sicherheit eines Arbeitsplatzes im öffentlichen Dienst.

Wir wünschen uns von Ihnen mehrjährige (fachärztliche) Erfahrung in Klinik und/oder Praxis sowie aktuelle und fundierte medizinische Fachkenntnisse.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Alle weiteren Informationen zu dieser Ausschreibung finden Sie auf unserer Website unter → Stellenangebote → offene Stellen.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg



Bei Fragen steht Ihnen Herr Möller (Telefon 040 25169-1171) für ein erstes vertrauliches Gespräch gern zur Verfügung.

Ihre aussagefähige Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte unter Angabe der auf unserer Website genannten Kennziffer sowie des bevorzugten Standorts in Papierform bis zum 28.02.2014 an den Fachbereich Personal und Finanzen.

www.mdk-nord.de

Hausärztliche GP in HH-NO

sucht nette Kollegin zur Verstärkung. Variabler Einstieg möglich, gerne Teilzeit.
Tel. 040 / 64860903

Kardiologe/in, Teilzeit

(auch Alters-TZ), für privatärztl. Zentrum in HH-City gesucht.
Zuschr. erb. unter D 1071 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

WB-Assistent/in für Orthopädie/Unfallchirurgie gesucht
Arthro-Clinic Hamburg
www.arthro-clinic.de



Wir sind eine orthopädisch-unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis mit operativem Schwerpunkt und 2 angeschlossenen Kliniken. Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams einen fortgeschrittenen WB-Assistenten/in für Orthopädie und Unfallchirurgie.
WBE: 1 Jahr Praxis, 3 Jahre Klinik (1 Jahr Basis WB Chirurgie und 2 Jahre WB O/UCH).

Bewerbung bitte an praxis@arthro-clinic.de oder Arthro Clinic Hamburg, z.Hd. Dr. Jensen, Rahlstedter Bahnhofstraße 7a, 22143 Hamburg

AKTIVION MVZ
Weiterbildungsassistent/in
 - gerne halbtags - gesucht
 WBE Spezielle Schmerztherapie
 Sportmedizin
 Dr. Matthias Soyka
 post@dr-soyka.de, Tel. 040 72104660

WB Assistent/in
 WB Assistent/in ab 01.06.14 gesucht,
 24 Mon. WB. Erm. für moderne
 Allgemein/Innere/Psychiatrie Praxis in
 HH-Zentrum. Tel. 0176-10555235 o.
 040-28006333

Hausarzt/in in Teilzeit
 Für die hausärztliche Versorgung
 suchen wir eine engagierte und
 freundliche Teilzeitkraft, die unsere
 Diabetologische SPP in HH/Horn
 unterstützt. Wir freuen uns auf Ihre
 Bewerbung.
 Zuschr. erb. unter M 1039 an elb-
 büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Institut für Sozialpädiatrie
 sucht ab sofort Ärztin/Arzt
 zur Verstärkung unseres Teams
 in Teilzeit, 10 - 20 Std./Woche,
 im Hamburger Osten.
 Wir freuen uns auf Ihren Anruf,
 Telefon: 0170-1859269

Kinderarztpraxis in HH sucht
FA Pädiatrie oder WB-Ass.
 zur Verstärkung unseres Teams.
 kinderpraxis-hh@web.de

Große diabetologische
Schwerpunktpraxis
 in Hamburg sucht Diabetologen/in
 oder Weiterbildungsassistenten/in
 Diabetologie in Voll- oder Teilzeit.
 Zuschr. erb. unter N 1040 an elb-
 büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

WB-Assistentin gesucht
 2/2014, Praxis f. Allg. Med., Homöo-
 pathie in Altona, Tel. 399 07 377

Diabetologe/in in Teilzeit
 Diabetologische SPP in HH/Horn
 sucht in Teilzeit
 eine/n Diabetologen/in!
 Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
 Zuschr. erb. unter L 1038 an elb-
 büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Gyn. Innenstadtpraxis
 sucht FÄ für regelm. Vertretung
 Tel. 0177-7059850

Ärztl. Psychotherapeut/-in
oder WB-Assistent/-in
 f. Psych-Som-Med und PT
 und FA/FÄin für Allg. Med
 mit Freude an Psychosomatik
 zur fachspez. WB Psycho-
 therapie in Teilzeit von Praxis
 am Hamburger Stadtrand
 gesucht 0176-78232925

Beruf und Familie – Interessen vereinbaren Die Alternative zur Klinik



Ärztinnen und Ärzte sind uns viel wert!

BG BAU
 Berufsgenossenschaft
 der Bauwirtschaft

**Bewerben Sie sich jetzt beim Arbeitsmedizinisch-
 Sicherheitstechnischen Dienst der BG BAU (ASD der BG BAU)**

Wir bieten:

- eine fundierte und strukturierte **Aus- und Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Arbeitsmedizin** unter kollegialer Anleitung erfahrener Kolleginnen/Kollegen aus der Praxis
- **geregelte Arbeitszeiten** ohne Nacht-, Bereitschafts- und Wochenenddienste
- einen **sicheren, unbefristeten Arbeitsplatz** im Öffentlichen Dienst
- gemeinsames Arbeiten im Team, Mitarbeit in Fachgremien
- die abwechslungsreiche betriebsärztliche Betreuung von Beschäftigten der Bauwirtschaft und des Dienstleistungsgewerbes nach dem Arbeitssicherheitsgesetz
- an die Tarifverträge des Marburger Bundes für kom. Kliniken angelehnte Vergütung
- großzügige Fort- und Weiterbildungsregelungen

Wir suchen für unser Zentrum in Hamburg Fachärztinnen/Fachärzte für Arbeitsmedizin oder Ärztinnen/Ärzte zur Weiterbildung

- Ärztinnen/Ärzte mit klinischer Vorbildung (Innere/Allgemeinmedizin, Chirurgie, Dermatologie, Anästhesie etc., gerne auch Wiedereinsteiger, auch in Teilzeit)
- Ärztinnen/Ärzte mit Interesse an der Präventivmedizin
- teamfähige Kolleginnen/Kollegen bei der interdisziplinären Zusammenarbeit
- engagierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für die Tätigkeit in unseren Zentren, in den Mitgliedsbetrieben und auf unseren Untersuchungsmobilen

Bewerbungen senden Sie bitte bis zum 3. März 2014

an den leitenden Arzt des Bezirks Nord des ASD der BG BAU, Herrn Dr. Solbach, Hildesheimer Straße 309, 30519 Hannover oder per E-Mail: Thomas.Solbach@bgbau.de.
Für weitere Informationen steht Ihnen Herr Dr. Solbach unter der Telefonnummer 0511 987-2562 gerne zur Verfügung.

Schwerbehinderte Bewerberinnen/Bewerber werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt. Die BG BAU hat sich die Förderung von Frauen zum Ziel gesetzt.

www.bgbau.de

Das Schmerz- u. Palliativzentrum Hamburg, MVZ, sucht für seine Standorte

Hamburg-Harburg, -Eppendorf und -Wandsbek

- erfahrene/en anästhesiologische/en Schmerztherapeutin/en mit abgeschlossener Weiterbildung
- erfahrene/en Palliativmediziner/in mit abgeschlossener Weiterbildung

Kontakt: dr.lenzen@spz-hh.de
www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de

Gut gehende Allg.med. Praxis in Hamburg-Winterhude mit rund tausend Patienten sucht zwei engagierte, achtsame und kommunikationsstarke Arzthelfer/innen, eine davon u.a. zur Übernahme von Aufgaben der Qualitätssicherung und des Praxissekretariats. Bezahlung nach Tarif, Arbeitszeit nach Abspr. Zuschr. erb. unter P 1041 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH



AOK-Nordseeklinik Fachklinik für Mutter und Kind

Wi sjúk en dochter föör jongen

Nicht verstanden? Kein Wunder, denn das ist friesisch. So spricht man auf der schönsten deutschen Nordseeinsel: AMRUM. Ein Platz, an dem die Welt so ist, wie sie sein soll. Mit einer einzigen Ausnahme, Sie fehlen dort. Denn in unserem medizinischen Team ist noch ein Platz frei für den/die

ARZT/ÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN MIT PÄDIATRISCHEM INTERESSE

In unserer Mutter-Kind-Klinik auf der schönsten deutschen Nordseeinsel behandeln wir in 3-wöchigen Vorsorge- und Rehabilitationskuren etwa 150 Familien mit Kindern im Alter von 2 bis 12 Jahren. Schwerpunktkindkationen sind neben der mütterlichen Erschöpfung Stoffwechselerkrankungen/Übergewicht, Rückenschmerzen, Asthma bronchiale und leichte bis mittelschwere psychosomatische Erkrankungen.

Wir vier ärztliche Kollegen arbeiten interdisziplinär mit verhaltenstherapeutischem Ansatz der psychologischen Kollegen, die Physiotherapie ist manualtherapeutisch orientiert. Das Tätigkeitsgebiet ist gerade am Ende der Facharztweiterbildung deshalb interessant, weil hier, bei dem längeren Aufenthalt der Familien und genügender Zeit, Erfahrung in der Familienmedizin gewonnen werden kann. Die Weiterbildungsermächtigung für das Fach Allgemeinmedizin ist für ein Jahr gegeben, sodass die Weiterbildung auch bei uns abgeschlossen werden könnte.

Wir bieten:

Die Vergütung ist über tariflich, ein angemessener Wohnraum kann bereitgestellt werden. Die Insel Amrum ist für eine junge Familie mit Kindern im Vor- oder Grundschulalter ein idealer Lebensraum.

Für einen ersten Kontakt steht Ihnen unser Leitender Arzt, Herr Dr. med. Dietmar Frerichs (dietmar.frerichs@aok-nordseeklinik.de), gern unter der Rufnummer 04682 37-494 zur Verfügung.

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an Herrn Markus D. Pinaß.

Klinikdirektor der AOK-Nordseeklinik für Mutter und Kind
Strunwai 23 - 25946 Norddorf (sekretariat@aok-nordseeklinik.de)

Das Schmerz- u. Palliativzentrum Hamburg, MVZ,

sucht für seine Standorte
Hamburg-Harburg, -Eppendorf und -Wandsbek

- Allgemeinmediziner/in mit Interesse an Schmerz- und Palliativmedizin
- Psychotherapeuten (VT) mit KV-Sitz zur Übernahme, Assoziation, Kooperation

Kontakt: dr.lenzen@spz-hh.de
www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de

Orthopädie (+ Unfallchirurgie)

selbständiger Partner für PG/GP gesucht, geeignet sowohl für operativ orientierte/n (Wirbelsäule, Hand oder Fuß) als auch konservative/n Kollegin/Kollegen.

Zuschr. erb. unter X 1056 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Erfahrener FA sucht Gyn. Praxis zur Übernahme, gerne auch Partnerschaft in Gem.-Praxis oder vakanten Sitz.

gynpraxishh@gmx.de oder Zuschrift unter Z 1059 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Prax. f. Allg. Med. (2 Sitze) mit Schwerpkt. NHV, Homöop.

in Ottensen sucht PraxispartnerIN zur baldigen Übergabe. Tel. 0170-3273333

Gynäkolog. Gemeinsch.praxis

in Hmb.-St.Pauli sucht Nachfolgerin für halben Kassenarztsitz früh. zum 1.7.2014. Vorherige Mitarbeit möglich. frauenaerztinnen.st.pauli@gmx.de

Frauenärztin mit expandierender Einzelpraxis in Hamburg-Stadtmitte (Altbau 150 m²) sucht PartnerIn bzw. 2. (auch halben) KV-Sitz. Bitte Kontakt unter 0172 7180333

FÄ Innere Medizin

Hausärztl. Versorgung, mit eigenem Sitz, sucht Assoziation in HH-West. Zuschr. erb. unter V 8936 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Allgemeinmed. Praxisgemeinschaft in HH-Altona

sucht Kollegin/en in Voll- o. Teilzeit per sofort. Tel. priv. 040 82 34 34

FA für Orthopädie/Unfallchirurgie sucht Mitarbeit

Praxis/MVZ, ggfs. Praxisvertretung in Hamburg/Umgebung
Kontakt: 0160/96230442 oder med108@web.de

FÄ für Innere Medizin sucht ab 01.01.2015 Praxispartner

in etablierter Hausärztlicher Praxis in Hamburg Nord, Internist od. Allg. Mediziner, freier Kassensitz mit überdurchschnittlichem ILB zur Übernahme vorhanden. Zuschr. erb. unter W 1053 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Kinderärztin mit Zusatzbez. Endokrinologie/Diabetologie

sucht Mitarbeit in Praxis mit späterer Assoziation/Übernahme ab 6/2015
kinderaerztin.diabetes@gmx.de

Vertretungen

Orthopädische Praxis in Hamburg Poppenbützel

sucht Vertreter (1 bis 2 x pro Woche ggf. auch für Urlaube)
Zuschr. erb. unter E 1074 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Ambulantes Operieren

Großes ambulantes OP-Zentrum in Norderstedt

sucht Operateure
Tel. 0173 / 3670240

Stelleng suche

FÄ für Inn. Medizin sucht

im Raum Hamburg eine Stelle im KH/Praxis/MVZ; irall@web.de

Junge praxiserfahrene Gyn.,

Zusatzqualifikationen, sucht Stelle in Praxis, HH und Umgebung; Späterer Einstieg nicht ausgeschlossen. eMail: hhstellenanzeige@yahoo.de

HNO-Arzt, langj. Erfahr. in

eigener Praxis, op/konserv. Trotz Ruhest. bis jetzt vollschicht. tätig. Möchte weiterh. berufl. aktiv sein. Alle Optionen mögl. Tel. 0172/4301082

Coaching



PRAXIS-COACHING

TEAMENTWICKLUNG

VISIONSARBEIT

www.anka-behrens-coaching.de

Hilfe bei der Entwicklung effizienter Organisation, leistungsförderndem Teamgeist und attraktiver, realistischer Ziele.

Anzeigenannahme:

elbbüro

Telefon:
(040) 31 81 25 58

Fax:
(040) 31 81 25 59

E-Mail:
anzeigen@elbbuero.com

Anzeigenschlusstermine Hamburger Ärzteblatt 03/2014

Textteilanzeigen: **14. Februar**
Rubrikanzeigen: **20. Februar**

KV-Sitz

FÄ Gyn. sucht ab sofort KV-Sitz oder Praxis/GP-Anteil
zur Übernahme in HH, 0173-6231983

Gynäkologin sucht KV Sitz zur Übernahme

Zuschr. erb. unter J 1032 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

MVZ sucht gynäkologischen KV-Sitz

Zuschr. erb. unter K 1033 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

KV-Sitz Augenheilkunde in Hamburg gesucht

Zuschr. erb. unter H 1081 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

KV Sitz Orthopädie und Unfallchirurgie zu verkaufen

Zuschr. erb. unter Y 1057 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Gut gehende Allg.med. Praxis in Hamburg-Winterhude sucht

dringend weiteren KV-Sitz.
Zuschr. erb. unter R 1042 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Vertragsarztsitz Anästhesie in Hamburg gesucht.

Tel. 0160 / 98679562

KV-Sitz Allgemeinmedizin
von engagierter Hausärztin für Einstieg in BAG in Hamburg gesucht
Zuschr. erb. unter A 1066 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Intern. Facharztsitz (halb oder ganz) in HH gesucht.

Zuschr. erb. unter T 1047 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

KV-Sitz Psychotherapie (halb oder ganz)

von ärztl. Psychotherapeutin gesucht.
Zuschr. erb. unter B 1067 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Gynäkologin sucht dringend halben KV-Sitz

Zuschr. erb. unter C 1068 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

KV-Sitz gesucht (VT)

Wer möchte seinen ganzen oder halben Versorgungssitz aus Alters- oder anderen Gründen in gute Hände abgeben!?

Zuschr. erb. unter V 1052 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Gynäkologischer Kassensitz abzugeben.

Gebote bitte unter Chiffre F 1078 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 Hamburg

Praxisberatung

Hanse-Klinikberatung

ISO 9001 in der ambulanten Versorgung.
Praktisch – Individuell – Verständlich

Alsterkrugchaussee 202
22297 Hamburg
Mobil 0172/967 5556
Fon 040/513 29997
info@hanse-klinikberatung.de
www.hanse-klinikberatung.de

Susanne Blinn

Wertgutachten

PraxValue

Stefan Siewert Dipl.-Kfm.
Steuerberater/Rechtsbeistand
öffentlich bestellter und vereidigter
Sachverständiger für die Bewertung
von Arzt-/Zahnarztpraxen

Christoph-Probst-Weg 4 – HBC –
20251 Hamburg
Tel. 040-61135609
Tel. 04159-8258688
Fax 04159-819002
Email: stbsiewert@praxvalue.de
www.praxvalue.de

Wertgutachten für Arzt-/Zahnarztpraxen, MVZ und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens

- Kauf/Verkauf
- Schiedsgutachten
- Gerichtsgutachten
- Scheidungsverfahren
- Erbauseinandersetzung
- andere Anlässe

Betriebsanalysen
Betriebsunterbrechungsgutachten

Praxisabgabe

Etablierte Allgem.Praxis in HH
4er ÄrztInnen-Team, gute Lage, räumlich u. technisch modern, sucht in 2014 NachfolgerIn für Senior
Zuschr. erb. unter S 1046 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Gutgehende ausbaufähige hausärztliche Gemeinschaftspraxis

mit 3 Partnern in HH-Hoheluft sucht für 2014 ausscheidend. Seniorpartner Nachf. in Teil- oder Vollzeit. Überdurchschn. Priv.-Ant. / Günst. Miete
Zuschr. erb. unter G 1080 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Praxisübernahme

Kardiologe sucht Praxis zur Übernahme.

Zuschr. erb. unter U 1048 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Dynamische GP im Alstertal
sucht hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner/Internisten zur Übernahme eines Praxisanteils (Vollzeit). Fester Patientenstamm, freundliche Atmosphäre, beste Lage. newdoc2014@web.de od. 0170-9068029

Bücher

HANDBUCH FÜR DAS HAMBURGER GESUNDHEITSWESEN

Seit über 60 Jahren das unentbehrliche Nachschlagewerk für alle, die in Hamburgs Gesundheitswesen tätig sind!

Es enthält auf über 700 Seiten Informationen von über ca. 3.800 niedergelassenen Ärzten, 1.500 Zahnärzten und Kieferorthopäden, 1.000 Psychologischen Psychotherapeuten, rund 500 Apotheken, mehr als 50 Krankenhäusern, Kliniken und Sanatorien, sowie Behörden, Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, zahlreiche Organisationen und Verbänden der medizinischen Hilfsdienste aus dem Hamburger Gesundheitswesen.

www.handbuch-gesundheitswesen-hamburg.de

Medizintechnik/Medizinische Geräte

Ultraschall

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

AMT
Abken Medizintechnik

Abken Medizintechnik GmbH
Langenharmer Weg 219
22844 Norderstedt
Tel.: 040 - 180 10 282
Fax: 040 - 180 10 283

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

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

Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxiseinrichtungen

- 3D-Praxisplanung
- objektbezogene Einrichtung
- medizinisches Mobiliar
- Um- und Ausbau

Klaus Jerosch GmbH
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
Mo - Fr von 07.00 - 18.00 Uhr
www.jerosch.com



Praxisräume

roomsharing Osteoporose

für DXA-Gerät von erfahrenem DVO-zertifiziertem Osteologen gesucht. idealerweise bei Gyn, alsternah osteojos@hotmail.com

Praxisraum in Eimsbüttel

14 m², hell, möbliert, inkl. Tel. und Internet, in psychoth. Praxisgemeinschaft, tageweise, ab sofort; Osterstraße 79
Tel.: 040/ 244241570

Praxisraum für Gutachten

für 2 Tage/Woche zu mieten gesucht.
gutachtenpraxis-hamburg@web.de

Nachmieter gesucht!

HNO-Praxis, Grindelberg 3
157 m² Tel. 040 - 44809900

Zwei PT-Praxisräume

(15 und 22 m²) in Groß Borstel
ab April 2014 – auch einzeln – zu vermieten.
Kontakt: PT-Raum@online.de

Praxis-Homepage

Praxis-Homepage von Profis

- Agentur mit 15 Jahren Erfahrung
- Erstellung, Pflege und Wartung
- Preise-Logos, Visitenkarten usw.
- professionell & vertrauensvoll
- zahlreiche Referenzen unter:



www.Arztpraxis-Heute.de
Tel. 040 - 22 69 32 47

**Anzeigenbuchung
per Fax unter
040/31 81 25 59**

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

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

**Anzeigenbuchung
telefonisch unter
040/31 81 25 58**

Fortbildung/Seminare

www.westerland-seminar.de

Zur Erweiterung des Ärztehauses (6 Praxen) Langelohstraße im Hamburger Westen

suchen wir ärztliche(n) Kollegin(en)

Die ca. 105 m² große Fläche zur
Eröffnung einer Praxis oder Zweigpraxis
kann neu und frei gestaltet werden.

Courtagefrei für den Mieter!

Bernd Schulz Immobilien GmbH
Luruper Hauptstraße 145
Tel. 040/84 07 13-0, Fax 040/84 07 13-13
E-Mail: diel@bschulz-immo.de

Infoabend Niederlassung.

Alles, was Sie für Ihre Niederlassung wissen sollten.

Termin: Mi. 19.02.2014, um 19.30 Uhr
Ort: MLP-Geschäftsstellen Hamburg I + IV
Weidestr. 120 b, 22083 Hamburg
Referenten: Julia Thormählen MBA
Uland Grawe, Certified Financial Planner (CFP)
Jens Teipelke, Sparkassenbetriebswirt

Anmeldung erbeten unter:
Tel 040 • 414016 • 0
hamburg4@mlp.de



MLP

Finanzberatung, so individuell wie Sie.

Anzeigencoupon

Hamburger Ärzteblatt

Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen und das Textfeld deutlich lesbar ausfüllen. Veröffentlichung in der nächstmöglichen Ausgabe.

Chiffre-Anzeige

Der Rechnungsbetrag wird von Ihrem deutschen Konto per Lastschrift eingezogen.

- | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stellenangebote | <input type="checkbox"/> Mitarbeit/
Praxisgemeinschaft/
Assoziation | <input type="checkbox"/> Praxisabgabe | <input type="checkbox"/> KV-Sitz | <input type="checkbox"/> Vertretungen | <input type="checkbox"/> Balint-Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Stellengesuche | | <input type="checkbox"/> Praxisübernahme | <input type="checkbox"/> Praxisräume | <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Verschiedenes |

Anzeigen im Fließtext: € 15,- je Zeile (Mindestanzeigenpreis € 50,-); erste Zeile (Fettdruck): 26 Zeichen inkl. Leerzeichen; folgende Zeilen: 30 Zeichen inkl. Leerzeichen;
Chiffre-Anzeigen: zzgl. € 35,- [Hinzufügung des Chiffre-Hinweises („Zuschriften erbeten unter ...“) und Weiterleitung der Zuschriften]; **alle Preise zzgl. MwSt.**

Bank _____
IBAN _____
BIC _____

Vorname _____
Straße/Nr. _____
Datum/Unterschrift _____

Name _____
PLZ/Wohnort _____
Telefonnummer tagsüber _____

Coupon an: elbbüro, Lerchenstraße 28, 22767 Hamburg, Fax 040/31812559



**Böttcher
Khan
Herzog**

Steuerberatung für Ärzte
· vertrauensvoll und fair
· langjährige Expertise



Arno Böttcher
Dipl. Kaufmann /
Steuerberater

Schwerpunkte:

- Steuerliche Beratung von niedergelassenen und angestellten Ärzten
- Steuerliche Beratung bei Praxisübernahmen / Hilfestellung bei Wertfindung
- Steuerliche Gestaltung und Optimierung von Abschreibungspotential bei Praxiserwerb
- Steuerliche Besserstellung bei angestellten Ärzten durch Ansatz Arbeitszimmer

Hoheluftchaussee 52 · 20253 Hamburg
Tel.: 040 28 417 88 – 88
steuerberatung@boettcherkhanherzog.de
www.boettcherkhanherzog.de




KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuer+Unternehmensberatung

**„Mehr Zeit
für Heilberufe“**



Jutta Fentner,
Finanzbuchhaltung

ausgezeichnet
beraten seit 1976

Tibarg 54 | 22459 Hamburg | www.berater-heilberufe.de | Tel.: 040 554 994 0

Der Erfolg - unser Ziel



AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

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

DELTA Steuerberatung
Bad Segeberg | Heide | Hamburg



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

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



ETL | ADVIMED
Steuerberatung für Heilberufler

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

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

**Anzeigenbuchung per E-Mail unter
anzeigen@elbbuero.com**

Rechtsanwälte

**Anzeigenschaltung im Hamburger Ärzteblatt:
Informationen unter
elbbuero.com**



Raffelsieper & Partner GbR
Hamburg - Berlin - Heidelberg

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

Beratung für

- niedergelassene Ärzte
- angestellte Ärzte
- Krankenhaussträger

· sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen

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

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

Ertel
Beerdigungs-Institut

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

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Freitag, 14. Februar 2014, 16:00 bis 19:15,
Samstag, 15. Februar 2014, 9:00 bis 13:00 Uhr

► Radialistutorial – Prakt. Anwendung u. Umsetzung ¹⁰*

Untersuchungsablauf, Live-Demo, eigene Fälle.
Asklepios Klinik Barmbek, Abteilung Kardiologie

Teilnahmegebühr: 80,- €

Ort: 14.02. Unilevergebäude, Raum Dowe, Strandkai 1,
20457 Hamburg; 15.02. Asklepios Klinik Barmbek, Raum 4309,
Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

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

E-Mail: info.aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 19. Februar 2014, 17:00 bis 19:30 Uhr

► Inhaler und Inhalationstechnik ³*

Welches Gerät wie anwenden? Auch für Pflege und MTA.
Asklepios Klinik Altona, III. Med. Abteilung – Kardiologie,
Pneumologie, Internistische Intensivmedizin

Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal (2. OG),
Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 05;

E-Mail: i.bartel@asklepios.com

Mittwoch, 26. Februar 2014, ab 17:00 Uhr

► Neue Trends und Innovationen in der Kniechirurgie ⁴*

Wissenschaftlicher Abend der Paul-Sudeck-Gesellschaft mit
Vorträgen und Diskussion.

Asklepios Klinik St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches
Zentrum, Paul-Sudeck-Gesellschaft e. V.

Ort: Georgie Kongresse & Events, Asklepios Klinik St. Georg,
Haus W, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg

Anmeldung nicht erforderlich.

Samstag, 8. März 2014, 9:00 bis 14:00 Uhr

► 1. Symposium des Arbeitskreises Harnsteine ⁶*

Vorstellung technischer und therapeutischer Neuentwicklungen.

Asklepios Klinik Harburg, Urologisches Zentrum Harburg

Teilnahmegebühr: 30,-

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

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

E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Freitag, 14. März 2014, 16:00 bis 21:00 Uhr,

Samstag, 15. März 2014, 9:00 bis 16:00 Uhr

► Echokardiografie Grundkurs ²⁰*

Techn. Grundlagen, häufige Krankheitsbilder u. prakt. Übungen.

Asklepios Westklinikum Hamburg GmbH, Abt. für Kardiologie

Teilnahmegebühr: 449,- (inkl. Verpfleg.); Assistenzärzte, ÄiW 399,-
Ort: Asklepios Westklinikum Hamburg, Tagungsraum Hs. 4, UG,
Suurheid 20, 22599 Hamburg

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

E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 19. März 2014, 15:30 bis 20:00 Uhr

► 14. interdisziplinäre Jahrestagung des Netzwerkes diabetischer Fuß Hamburg ⁵*

Wiss. Ltg.: Dr. W. Tigges, Chirurg, Klinik, Asklepios Westklinikum
Hamburg, Veranstalter: Netzwerk Diabetischer Fuß Hamburg

Ort: Hotel Hafen Hamburg, Kuppelsaal, Seewartenstr. 9,
20459 Hamburg

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

Mittwoch, 19. März 2014, 18:00 bis 20:00 Uhr

► Interventionelle Kardiologie 2014 ³*

Update Klappentherapie, resorbierbare Stents, renale Denervation,
Schlaganfall-Prophylaxe. Vorträge und Live-Demonstrationen.

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

Ort: East Hotel Hamburg, Simon-von-Utrecht-Str. 31,
20359 Hamburg

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

E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Freitag, 28. März 2014, 15:00 bis 19:00 Uhr,

Samstag, 29. März 2014, 9:00 bis 16:30 Uhr

► 7. Workshop Airway-Management ¹⁴*

Der schwierige Atemweg: Überblick und prakt. Anwendung.

Asklepios Klinik Barmbek, Abt. für Anästhesiologie und operat.
Intensivmed., Inst. f. Notfallmed. der Asklepios Kliniken Hamburg,
Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e. V.

Teilnahmegebühr: 85,- € (inkl. Verpflegung)

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

Begrenzte Teilnehmerzahl, Anmeldung bis 15.03. erforderlich.

Fax: (0 40) 18 18-82 98 09

Samstag, 29. März 2014, 9:00 bis 16:00 Uhr

► 4. Harburger Symposium Thoraxanästhesie ⁸*

Grundkenntnisse u. prakt. Übungen im perioperat. Management.

Asklepios Klinik Harburg, Abteilung für Anästhesiologie,
Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie

Teilnahmegebühr: 60,- € (inkl. Verpflegung)

Ort: KAI 10 – THE FLOATING EXPERIENCE, c/o Mercure Hotel
Hamburg City, Amsinckstr. 53, 20097 Hamburg

Begrenzte Teilnehmerzahl, Anmeldung erforderlich.

Fax: (0 40) 18 18-86 30 73; E-Mail: mel.schmidt@asklepios.com

Mittwoch, 2. April 2014, 18:00 bis 20:30 Uhr

► 3. Pneumologie-Forum Altona ³*

Wichtige pneumologische Probleme in der täglichen Praxis.

Asklepios Klinik Altona, III. Med. Abteilung – Kardiologie,
Pneumologie, Internistische Intensivmedizin

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 05;

E-Mail: i.bartel@asklepios.com

*Fortbildungspunkte

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie