

12·17

11. Dezember · 71. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Videodolmetschen

Für den Einsatz in der
Praxis geeignet?

Gesundheitspolitik | 22

Überfüllte Notaufnahmen

Ambulanter Notfalldienst
ist Sache der KVH

Forum Medizin | 30

*Nicht-spezifische
Rückenschmerzen*

Injektionstherapien: Nutzen
ist nicht nachgewiesen

Das Thema | 12

Nach Krebsbehandlung

Eigengewebe- Rekonstruktion der Brust

Weniger Komplikationen, geringere Infektions-
raten und dauerhaftere Ergebnisse im
Vergleich zu Implantat-Rekonstruktionen



SCHON GEWUSST ...

... dass im November der erste „Doc Slam“ Deutschlands im Asklepios Klinikum Harburg stattfand?

Unter dem Motto „Herz vs. Hirn“ hatten leitende Ärzte aus der Herzchirurgie (Prof. Dr. Thorsten Hanke), der Notfallmedizin (Dr. Sara Sheikhzadeh), der Neurologie (Dr. Christian Saß) und der Psychiatrie (Dr. Markus Preiter) jeweils zehn Minuten

Zeit, ihr Publikum mit einem Kurzvortrag (Slam) für ihr Fachgebiet zu begeistern. Raus aus dem OP und rauf auf die Bühne, statt Kongressvortrag spannende, anschauliche Medizin persönlich erklärt. Das Publikum war begeistert. **Fortsetzung folgt.**



Das Hanseatische Cardiac Arrest Center (HaCAC)

Seit Anfang des Jahres gibt es in der Asklepios Klinik St. Georg das Hanseatische Cardiac Arrest Center (HaCAC). In diesem fachübergreifenden Zentrum für wiederbelebte Patienten arbeiten Kardiologen, Intensivmediziner und Neurologen eng zusammen, um die Überlebenschancen der Betroffenen zu verbessern. Dazu stehen u. a. mobile Herz-Lungen-Maschinen zur Verfügung. Eine erste Publikation mit den Daten von 35 Patienten, die im HaCAC behandelt wurden, ergab, dass etwa ein Drittel den Herzstillstand ohne wesentliche Beeinträchtigung der Hirnfunktion übersteht.

Kurzes Infovideo über das Hanseatische Cardiac Arrest Center:
<https://youtu.be/slegLovSI2c>

Ausführliches Videointerview mit Prof. Ghanem (Kardiologie) und Prof. Bein (AINS):
https://youtu.be/R6xvAnL7_SE

Kontakt
Prof. Dr. med. Alexander Ghanem
Leitender Oberarzt der Kardiologie
Tel.: 040 181885-2033

Fröhliche Weihnachten!

Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien eine besinnliche Weihnachtszeit, einen guten Rutsch und ein gesundes Jahr 2018. Für die wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit im letzten Jahr bedanken wir uns herzlich.

Ihre Asklepios Kliniken



Sie wollen mehr über uns erfahren?

www.facebook.com/asklepioskliniken
www.youtube.com/asklepioskliniken
www.twitter.com/asklepiosgruppe

www.asklepios.com

Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing, Rübenkamp 226, 22307 Hamburg

Offizieller Hauptsponsor

OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



ASKLEPIOS

Gesund werden. Gesund leben.



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

„Um uns herum stehen
die Zeichen auf Sturm.“

Wir brauchen stabile *politische Verhältnisse*

Eigentlich wollte ich Ihnen in diesem Editorial die Ergebnisse der Sondierungsverhandlungen der jamaikanischen Koalitionäre vorstellen. Eigentlich wollte ich sodann auf die noch ausstehenden Koalitionsverhandlungen zu den Details der Regierungsbildung kommen und Ihnen die Grundforderungen der Ärzteschaft an die karibischen Verhandler erläutern.

Eigentlich ... Nun ist alles anders gekommen, und ich stehe Ende November, genau wie Sie, etwas ratlos vor der Situation, wie es weitergehen soll.

Eigentlich war der Verhandlungsstand der Sondierer zu den uns vorrangig bewegenden Fragen der Gesundheitspolitik gar nicht so schlecht: Die Bedarfsplanung sollte verbessert werden, die Notfallversorgung weiterentwickelt und eine nutzbringende Digitalisierung endlich flächendeckend vorangetrieben werden. Das Medizinstudium sollte ebenfalls weiterentwickelt, Patientenrechte sollten gestärkt und die Bedingungen der Pflege spürbar verbessert werden. Alles hehre Ziele, die man unterschreiben kann.

Und eigentlich nahmen die Sondierer auch Abstand von ideologischen Versuchen, die Bürgerversicherung einzuführen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschaffen. Wir hätten mit dem Sondierungsstand, soweit er uns bekannt war, gut arbeiten und leben können.

Was dann aber geschah, war unverantwortlich. Wer auch immer den Stecker am Ende aus der Dose gezogen hat, er hat den Wählerwillen unverantwortlich gebeugt und sich der Verantwortung nicht gestellt. Wer auf Neuwahlen spekuliert, spielt ein gefährliches Spiel. Der Glaube, die eigene Partei könne dabei ein paar Prozentchen zugewinnen, steht dem Risiko gegenüber, dass extreme Kräfte der Politikverweigerung, des dumpfen Protests dabei gestärkt werden und die Regierungsbildung noch schwieriger wird. Das gilt übrigens genauso für trotzig Realitätsverweigerer, die sich möglichen Regierungsbildungen nicht inhaltlich, sondern allein prozessual mit dem Argument verweigern, ihnen habe ja die letzte Koalition mehr geschadet als genutzt. Dann sollen sie es eben in Zukunft besser machen!

Jetzt zieren sie sich und wollen ihre Mitarbeit in einer Regierung für Deutschland möglichst teuer verkaufen. Dabei werden die alten Ladenhüter, die gerade im letzten Wahlkampf überhaupt nicht verfangen hatten, wieder hervorgezerrt. Offensichtlich hat man aus dem verquastenen, verlorenen Wahlkampf zu einer vermeintlichen Gerechtigkeitsfrage nichts gelernt.

Sehen wir es doch realistisch: Im Moment geht es Deutschland sehr gut. Insofern ist das Wahlergebnis vom 24. September schon schwer verständlich. Unsere Wirtschaft boomt und erträgt manchen politischen Firlefanz. Noch. Brauchen wir da so etwas Überflüssiges wie eine „Bürgerversicherung“? Mit ihr wird nichts besser, nur vieles schlechter. Außer dem Namen ist nichts Gutes an dieser Gleichmacherei.

Deutschland hat ganz andere Zukunftsfragen zu lösen, denn um uns herum stehen die Zeichen durchaus auf Sturm: Der Brexit ist noch nicht gegessen, geschweige denn verdaut. Und in einigen europäischen Nachbarstaaten machen sich gefährliche secessionistische Strömungen breit, die Europa insgesamt gefährden. Bisher hat die Europäische Kommission ihre Lektionen nicht gelernt. Weniger Bürokratie, weniger Gängelung durch Brüssel, weniger Gleichmacherei und – z. B. in den sozialen Fragen – mehr Akzeptanz von nationalen und kulturellen Eigenarten.

Eigentlich können wir also Neuwahlen oder Minderheitsregierungen, die vermutlich nichts anderes bedeuten als Neuwahlen in einem Jahr, überhaupt nicht gebrauchen.

Denn wir brauchen in Europa und Deutschland eine von sicheren Mehrheiten breit getragene Regierung ohne ideologischen Firlefanz, die uns wie in den vergangenen Jahren sicher durch politische Untiefen bringt.



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

12·17

Hamburger Ärzteblatt



PD Dr. Jörn A. Lohmeyer, Agaplesion Diakonieklinikum, beschreibt die Möglichkeiten, die weibliche Brust nach einer Krebserkrankung mit Eigengewebe wieder aufzubauen (*Seite 12*). **Claudia Mews**, UKE, befragte Hamburger Ärzte, ob sie Videodolmetschen bei der Behandlung von Flüchtlingen für sinnvoll halten (*Seite 18*). **Dr. Daniel Rückner**, Asklepios Klinikum Harburg, behandelte einen 49-Jährigen mit pulmonaler Raumforderung und drastischem Gewichtsverlust. Der Patient litt unter einer sehr seltenen Aktinomykose (*Seite 28*).



Das Thema

- 12 **Nach Krebsbehandlung**
Eigengewebe-Rekonstruktion
der Brust.
Von PD. Dr. Jörn A. Lohmeyer,
Dr. Klaus Wittig

Service

- 6 Gratulation
8 In memoriam
9 Verloren
9 Gefunden
17 Neues aus der Wissenschaft
21 Rezension
26 Terminkalender
32 Bilder aus
der klinischen Medizin
38 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6-10 **Personalien** · Forschungspreis geht an UKE-Wissenschaftler · PD Dr. Stefan Maisch ist neuer Chefarzt im Albertinen · Marienkrankenhaus und Groß-Sand schließen Notaufnahmen zusammen · Prof. Dr. Christian Arning erhält DEGUM-Auszeichnung
News · Ärztekammer wirbt an Schulen für MFA-Ausbildung · Neues Kompetenzzentrum stärkt Weiterbildung von Hausärzten · Kammern bieten Weiterbildung Arbeitsmedizin gemeinsam an · BADO: Suchthilfe-Bericht liegt vor · Neu: TCM-Studium in Hamburg und Shanghai · Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen
11 **MRE-Netzwerk** · Gemeinsam gegen resistente Erreger. Von Natali Kreckow

Gesundheitspolitik

- 18 **Bedarfsanalyse** · Videodolmetschen – für den Einsatz in der Praxis geeignet?
Von Claudia Mews, Dr. Susanne Pruskil, Thomas Kloppe, Sandra Wilsdorf, Prof. Dr. Martin Scherer
22 **Ressourcenverschwendung** · Ambulanter Notfalldienst ist KV-Sache. Von Dr. Dirk Heinrich

Forum Medizin

- 24 **Wohl dosiert** · Mit Humor geht alles leichter. Von Jan-Rüdiger Vogler
28 **Der besondere Fall** · Aktinomykose der Lunge, Leber und Gallenblase. Von Dr. Daniel Rückner, Dr. Gotthard von Klinggräff, Dr. Hanns-Olof Wintzer, Dr. Daniel Niemeyer, Prof. Dr. Walter Gross-Fengels
30 **Tablette oder Spritze?** · Injektionstherapien bei nicht-spezifischen Rückenschmerzen.
Von Prof. Dr. Jean-François Chenot, Dr. Aniela Angelow, Dr. Gesine Weckmann
33 **Schlichtungsstelle** · Schilddrüsen-OP – Operationsergebnis kritisch überprüfen.
Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Markward von Bülow
36 **Bild und Hintergrund** · Vereinigung Norddeutscher Chirurgen – Kongresse wie Familientreffen. Von Dr. Jutta von Campenhausen
38 **Der blaue Heinrich** · Rückwärts in der Zeit leben. Ausgewählt von Katja Evers

Mitteilungen

- 40 **Ärztekammer Hamburg** · Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte
40 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Arbeitskreise · Ermächtigungen

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH; Teilbeilage (niedergelassene Ärzte): AOS Ambulantes Operationszentrum Süderelbe GmbH

Gratulation

zum 90. Geburtstag

13.01. **Dr. med. Günther Maywald**
Facharzt für Innere Medizin

zum 80. Geburtstag

10.01. **Dr. med. Dieter Roos**
Facharzt für Transfusionsmedizin

17.12. **Dr. med. Jürgen Zippel**
Facharzt für Orthopädie

21.12. **Prof. Dr. med. Reinhard Kölbl**
Facharzt für Orthopädie

22.12. **Dr. med. Athanasios Bentas**
Facharzt für Orthopädie

24.12. **Dr. med. Helmut Brandes**
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

30.12. **Dr. med. Brigitte Dombrowski**
Fachärztin für Anästhesiologie

zum 75. Geburtstag

01.01. **Dr. med. Gudrun Schäfer**, Ärztin

13.01. **Dr. med. Klaus-Jürgen Winkelmann**
Facharzt für Innere Medizin

17.12. **Dr. med. Karl Vogel**
Facharzt für Nervenheilkunde

17.12. **Dr. med. Claudia von Metzler**
Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie
Fachärztin für Nervenheilkunde

19.12. **Dr. med. Heide-Rose Bartsch**
Fachärztin für Innere Medizin

19.12. **Dr. med. Wolfgang Ewert**
Facharzt für Allgemeinmedizin

24.12. **Dr. med. Christa Faulbaum**
Fachärztin für Anästhesiologie

31.12. **Dr. med. Jürgen Steidinger**
Facharzt für Kinder- und Jugend-
medizin

zum 70. Geburtstag

01.01. **Dr. med. Thomas Benkendorf**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde

03.01. **Dr. med. Götz Bendler**, Arzt

06.01. **Sigrun Schulze-Stadler**
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

07.01. **Dr. med. Peder-Lars Stahnke**
Facharzt für Innere Medizin

08.01. **Hans-Rüdiger Franz**, Arzt

10.01. **Hans-Jörg Friehof**
Facharzt für Orthopädie

11.01. **Dr. med. Arno Schliffke**
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin

13.01. **Dr. med. Dagmar Brandi**
Fachärztin für Kinder- und Jugend-
medizin

14.01. **Dr. med. Manfred Hagemann**
Facharzt für Allgemeinmedizin

16.12. **Dr. med. Brigitte Heide-Bode**
Fachärztin für Innere Medizin



Von links: Prof. Dr. Carsten Bokemeyer, stellvertretender Vorsitzender der Hamburger Krebsgesellschaft, Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Prof. Dr. Koch-Gromus, Preisträger Dr. rer. nat. Cenap Güngör, Prof. Dr. Ulrich R. Kleeberg, Vorsitzender der Hamburger Krebsgesellschaft. Die Forscher Dr. Martin Mynarek, Dr. Katja von Hoff und Prof. Dr. Stefan Rutkowski sind ebenfalls Preisträger

Ehrung Die Hamburger Krebsgesellschaft hat im November Hamburger Forscher für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten zur Bekämpfung von Krebserkrankungen ausgezeichnet.

Forschungspreis geht an UKE-Wissenschaftler

Die Hamburger Krebsgesellschaft hat im November ihren mit 10.000 Euro dotierten Forschungspreis 2017 an sechs Hamburger Wissenschaftler im Haus der Hamburger Krebsgesellschaft verliehen. Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), und Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks waren bei der Ehrung der UKE-Forscher anwesend. In diesem Jahr wurde der Preis für zwei Forschungsprojekte vergeben:

Für ihre Arbeit zum häufigsten bösartigen Hirntumor des Kindes- und Jugendalters „Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit metastasiertem Medulloblastom und prognostische Bedeutung von klinischen und biologischen Risikofaktoren“ wird eine Gruppe von Wissenschaftlern aus der Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie ausgezeichnet: PD Dr. Dr. André von Bueren, Dr. Martin Mynarek, Dr. Katja von Hoff, Dr. Carsten Friedrich und Prof. Dr. Stefan Rutkowski (Leitung). Zwei davon sind zurzeit an anderen Universitäten tätig. Dr. rer. nat. Cenap Güngör, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, erhielt den Preis für sein jüngstes Forschungsprojekt zur Entstehung von Darmkrebs, in dem er Signalübertragungen in Tumorzellen des Dick- und Mastdarms auf molekularer Ebene identifizieren konnte. Mit dem Forschungspreis würdigt die Hamburger Krebsgesellschaft jedes Jahr hervorragende wissenschaftliche Arbeiten von Hamburger Forschern zur Bekämpfung und Erforschung von Krebskrankheiten. | *hüb*

Die Ärztekammer Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wünschen allen Hamburger Ärztinnen und Ärzten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein fröhliches Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr!



PD Dr. Stefan Maisch ist neuer Chefarzt im Albertinen

PD Dr. Stefan Maisch ist neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin im Albertinen-Krankenhaus. Er folgt damit auf Prof. Dr. Jörg Rathgeber, der die Klinik seit 1999 geführt hatte und im Frühjahr aus Altersgründen ausgeschieden war. Dr. Ole Riemenschneider hatte zuletzt die kommissarische ärztliche Leitung der Klinik inne. Maisch war zuvor Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Notfallmedizin in der Asklepios Klinik Wandsbek. Er hat in Hamburg studiert und war lange Zeit am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in einer der größten anästhesiologischen Kliniken Deutschlands tätig, zuletzt als Oberarzt. Maisch verfügt in der Anästhesie sowie in der Intensiv- und Notfallmedizin über eine hohe fachliche Expertise. | *háb*



PD Dr. Stefan Maisch

Marienkrankenhaus und Groß-Sand schließen Notaufnahmen zusammen

Die Notaufnahmen im Kath. Marienkrankenhaus und im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand bilden seit November gemeinsam das Zentrum für Notfall- und Akutmedizin. Geleitet wird der Zusammenschluss von Chefarzt Dr. Michael Wüning. In beide Notaufnahmen ist eine sogenannte Portalpraxis integriert, in der weniger dringliche Notfälle wie in einer Hausarztpraxis behandelt werden können. Künftig kann auf die Spezialisten von zwei Kliniken zugegriffen werden. Das Marienkrankenhaus verfügt über eine zertifizierte Chest Pain Unit, eine Stroke Unit und ein Traumazentrum. Im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand ist unter anderem das Herzkatheterlabor direkt in der Notaufnahme verortet. An beiden Standorten werden derzeit ca. 58.000 Patienten pro Jahr behandelt. So entsteht eine der größten Notaufnahmen in Hamburg und die größte in freigemeinnütziger Trägerschaft. | *háb*



Dr. Michael Wüning

Prof. Dr. Christian Arning erhält DEGUM-Auszeichnung

Prof. Dr. Christian Arning wurde für langjährige Verdienste um die Ultraschalldiagnostik mit der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) ausgezeichnet. Die DEGUM ist mit mehr als 10.000 Mitgliedern eine der größten medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften in Deutschland, Arning war von 2004 bis 2006 ihr Präsident. Ein besonders wichtiges Ergebnis seiner Arbeit auf dem Ultraschallgebiet, so Prof. Dr. Max Nedelmann in der Laudatio, war die Standardisierung der Sonografie bei Karotisstenosen: Die Ultraschallkriterien, die in einer von Arning geleiteten Arbeitsgruppe erstellt wurden, sind diagnostischer Standard im deutschsprachigen Raum und gemäß S3-Leitlinie die Methode der ersten Wahl bei Karotisstenosen, vor MR- und CT-Angio. Die DEGUM dankte Arning auch für sein Engagement in der Ultraschall-Fortbildung, die von ihm gegründeten Hamburger Neuro-Ultraschall-Tage sind die mit Abstand größte deutsche Fortbildung auf diesem Sektor. | *háb*



Prof. Dr. Christian Arning

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 18.12. Dr. med. Hans-Joachim Meister
Facharzt für Augenheilkunde
- 30.12. Dr. med. Joachim Weidner
Facharzt für Urologie
- 31.12. Prof. Dr. med. Kurt Ullrich
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

zum 65. Geburtstag

- 01.01. Dr. med. Bernhard Nast
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 02.01. Dr. med. Doris Börger
Fachärztin für Humangenetik
- 03.01. Dr. med. Doris Hollnagel-Malik
Fachärztin für Anästhesiologie
- 04.01. Dr. med. Ursula Wiechel
Fachärztin für Anästhesiologie
- 06.01. Dr. med. Susanne Niemann
Fachärztin für Arbeitsmedizin
- 07.01. Reinhard Fenchel, Facharzt für Chirurgie
- 07.01. Dr. med. /Karls-Univ. Prag Marian Sochor
Facharzt für Anästhesiologie
- 13.01. Dr. med. Roda Dietrich
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 13.01. Dr. med. Frauke von Bodelschwingh
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 14.01. Dr. med. Eberhard Hampel
Facharzt für Nervenheilkunde
- 15.01. Dr. med. Carin Merget
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 15.01. Prof. Dr. med. Helmut Peter
Facharzt für Psychiatrie / Neurologie
Facharzt für Psychotherapeut. Medizin
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- 16.12. Dr. med. Klaus Rodenbusch
Facharzt für Anästhesiologie
- 17.12. Dr. med. Enja-Christiane Angermann
Praktische Ärztin
- 17.12. Dr. med. Albrecht Scholz
Facharzt für Anästhesiologie
- 17.12. Peter Zamory
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 20.12. Dr. med. Christian-Michael Seel
Facharzt für Radiologie
- 21.12. Dr. med. Georg Poppele
Facharzt für Innere Medizin
- 22.12. Dr. med. Hauke Heihn
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- 24.12. Monika Hilgert, Ärztin
- 25.12. Dr. med. Michael Strauch
Facharzt für Anästhesiologie
- 25.12. Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse
Facharzt für Innere Medizin
- 26.12. Christa Hassler, Ärztin
- 26.12. Lydia May
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 28.12. Anke Rohloff**
 Fachärztin für Psychotherapeutische
 Medizin
- 29.12. Stanislaw Kijak,**
 Fachärztin für Anästhesiologie
- 30.12. Dr. med. Susanne Huggett**
 Fachärztin für Arbeitsmedizin,
 für Lungen- und Bronchialheilkunde

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

In memoriam

Dr. med. Marianne Stoeckenius, Ärztin
 *28.07.1928 † 29.09.2017

Dr. med. Elisabeth Pape
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 *11.01.1926 † 03.10.2017

Dr. med. Hildegard Meesenburg, Ärztin
 *19.07.1926 † 11.10.2017

Dr. med. Brigitte Bovenschulte
 Fachärztin für Anästhesiologie
 *11.11.1944 † 24.10.2017

Dr. med. Erika Lückert
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 20.09.1922 † 27.10.2017

HAG-Vorstand ist bestätigt

Die Mitglieder der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) haben Mitte November ihren Vorstand im Amt bestätigt. Vorsitzende bleibt Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewer, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, ihre Stellvertreter sind nach wie vor Anette Borkel, Hamburger Volkshochschule, und Dr. Matthias Gruhl, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Schatzmeisterin ist Kathrin Herbst, vom Verband der Ersatzkassen, LV Hamburg. Die HAG hat 16 Mitglieder, zwölf werden von ihren Institutionen entsandt, vier werden gewählt. Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg, vertritt die Kammer in der HAG. | *háb*

Ärztekammer wirbt an Schulen für MFA-Ausbildung



Regina Schwiager-Weinreis stellt Schülerinnen den Beruf der Medizinischen Fachangestellten vor

Mit einem Koffer voller Informationsmaterial waren Regina Schwiager-Weinreis und Marina Stech angereist. Die beiden Mitarbeiterinnen der Abteilung Medizinische Fachangestellte (MFA) der Ärztekammer Hamburg absolvierten Mitte November eine kleine Tournee durch vier Hamburger Stadtteilschulen – in Kirchdorf, Volksdorf, Horn und Harburg –, um Schülerinnen und Schülern den Beruf der MFA im Rahmen der Berufsinformationstage vorzustellen. Durch Vorträge und an einem Stand konnten sie zahlreichen Interessierten Inhalte, Ausbildungsweg und Arbeitsweise der MFA näherbringen. Besonders groß war die Nachfrage nach Praktikumsplätzen. Um erste Erfahrungen in dem Beruf zu sammeln und sich für eine Ausbildung zu entscheiden, werden für die potenziellen künftigen MFA noch Praktikumsplätze gesucht. Interessierte Ärzte erhalten in der Abteilung MFA der Ärztekammer unter E-Mail: med.fa@aekhh.de Informationen dazu. | *háb*

Neues Kompetenzzentrum stärkt Weiterbildung von Hausärzten

In ihrem Bestreben, das hohe Niveau der hausärztlichen Versorgung in Hamburg langfristig zu sichern, haben das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), die Ärztekammer Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Darin verpflichten sie sich, ein „Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hamburg“ (KWHH) einzurichten und zu betreiben. Ziel ist, Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in der ambulanten Versorgung in Hamburg zu fördern. Das Institut für Allgemeinmedizin trägt die inhaltliche Verantwortung für das KWHH. Es soll Train-the-Trainer-Fortbildungsangebote für Weiterbilder, Seminare für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Mentoring-Programme anbieten. Auch für Studierende, Studienabsolventen, Quereinsteiger und Weiterbilder soll es Informationsveranstaltungen geben.

Vorhandene Strukturen, wie die bei der Ärztekammer angesiedelte Koordinierungsstelle zur Förderung der Allgemeinmedizin, kooperieren mit dem KWHH. So wird auch die Hausärztliche Fortbildung (HFH) in ihrer bisherigen Form fortgeführt. Grundlage für die Kooperation ist eine Vorgabe der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) abgeschlossen haben und die unter anderem die Förderung entsprechender „Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz“ ermöglicht. Die Förderung ist zunächst auf fünf Jahre angelegt. | *san*

Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin und Weiterbilder sind herzlich beim „Kickoff“ am Mittwoch, 13. Dezember 2017, von 16 bis 19 Uhr in den Räumen der KVH, Humboldtstr. 56, eingeladen, die Angebote des KWHH mitzugestalten. Schicken Sie eine kurze formlose Anmeldung an kwhh@uke.de. Der erste „Tag der Weiterbildung“ findet dann am Samstag, den 27. Januar 2018, statt. Weitere Infos finden Sie unter www.uke.de/kwhh.

Kammern bieten Weiterbildung

Arbeitsmedizin gemeinsam an

In der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg startet im Februar 2018 ein neuer 360-stündiger Kurs zur Facharztweiterbildung „Arbeitsmedizin“ und zur Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“. Der Kurs wird in Kooperation der Ärztekammern Hamburg und Schleswig-Holstein gestaltet. Prof. Dr. Volker Harth übernimmt die Leitung der Weiterbildungskurse in Hamburg, die Kurse in Lübeck leitet bei Prof. Dr. Elke Ochsmann. Die Weiterbildung gliedert sich in drei Kursblöcke (A, B, C) mit jeweils zwei Teilblöcken. Von den 60 Unterrichtseinheiten werden acht Einheiten als E-Learning-Modul gestaltet. Die Inhalte orientieren sich am Kursbuch „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ der Bundesärztekammer. Schwerpunkte sind unter anderem Aufgaben und Konzepte der Arbeitsmedizin, Gesundheitsschutz und Sicherheit, Arbeitshygiene und Arbeitstoxikologie, arbeitsbedingte Erkrankungen, arbeitsmedizinische Profession und Arbeitsmedizin im Gefüge des sozialen Rechtsstaats. Die Kursblöcke A und B finden von Februar 2018 bis zum Spätherbst in Hamburg statt, der Kursblock C von August bis Oktober in Lübeck. Interessenten wenden sich zur Anmeldung für die Kursteile A und B und für weitere Informationen bitte an die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Tel. 20 22 99-302 und unter www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html. | *háb*

BADO: Suchthilfe-Bericht liegt vor

BADO, die Basisdokumentation im Suchtbereich, hat Anfang November ihren Bericht 2016 über die Suchthilfe in Hamburg veröffentlicht. Danach wurden 15.473 Personen in einer der Hamburger Alkohol- oder Drogenberatungsstellen beraten und betreut. Unverändert gegenüber dem Vorjahr nannten zwei Drittel der Klienten Alkohol als Hauptdroge, fast die Hälfte Cannabis, jeweils ein Drittel Opiate/Heroin bzw. Kokain, 17 Prozent Sedativa, 15 Prozent Amphetamine, 15 Prozent Crack, 7 Prozent Halluzinogene und 11 Prozent hatten eine Glücksspielproblematik. Die Hälfte berichtete über polyvalente Konsummuster. Der Trend der letzten Jahre zu Kokain bzw. Amphetaminen setzte sich auch 2016 fort.

Insgesamt wies die Hamburger Suchthilfe auch 2016 gute Ergebnisse auf: 64 Prozent der Alkoholabhängigen lebten am Betreuungsende alkoholabstinent, 55 Prozent der Opiatabhängigen ohne Heroinkonsum. Mehr als drei Viertel der Alkoholabhängigen und zwei Drittel der Opiatabhängigen waren am Ende der Betreuung in hohem Maße abstinentmotiviert. Alle Ergebnisse unter www.bado.de. | *háb*



Verloren

- B 6776 Prof. Dr. med. Hanswerner Bause
16.04.2003
- 010-31681 Anja Biehler 13.12.2012
ÄK Schleswig-Holstein
- C 5057 Mashishane Constantinescu
12.10.2011
- B 4135 Dr. med. Horst Danner
24.05.2000
- C 4175 Dr. med. Friederike Engel
05.01.2011
- B 6535 Dr. med. Astrid Engelbrecht
09.01.2003
- B 6677 Dr. med. Erwin Fath
24.02.2003
- 102321 Dr. med. Kaspar Ole Gundlach
04.05.2012 ÄK Niedersachsen
- B 7289 Dr. med. Lothar Jabusch
30.10.2003
- D 2056 Süleyman Lal
11.04.2017
- C 2467 John Andreas Meister
07.07.2009
- C 4214 Prof. Dr. med. Dieter Naber
13.01.2011
- C 8970 Dr. med. Linda Ruhde
15.10.2014
- 34083 Dr. med. Bernd Saugel
04.07.2011 ÄKBV München
- D 1036 Andreas Seibel
28.07.2016
- D 2249 Christian Willig
21.06.2017

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

Gefunden

Die petzende Pille

Ein Pharmaunternehmen hat sich etwas ganz Besonderes ausgedacht, um schizophrene Patienten zu überlisten und sie dazu zu bringen, ihre Medikamente einzunehmen. Die erste digitale Pille mit dem Namen Abilify MyCite soll dem Arzt – und gegebenenfalls auch fürsorglichen Freunden und Verwandten – künftig signalisieren, ob und wann sie geschluckt wurde. Das Medikament wird durch Magensäure zersetzt und sendet dabei Signale an ein Smartphone. Nun ist eine aus dem Bauch funkende Pille nicht gerade das, worauf ein Mensch, der an Wahnvorstellungen leidet, gewartet hat. Deshalb werden künftig wohl eher Haustiere und saure, ebenfalls die Pille zersetzende Fruchtsäfte weniger an Wahnvorstellungen leiden ... | *ti*

3. Gedächtnis- veranstaltung für das Mädchen Yagmur

Unter dem Titel „Kinderschutz und Kinderrechte weiter stärken“ laden die Yagmur Gedächtnisstiftung und die Bürgerschaftsfraktionen von SPD, CDU, FDP und Bündnis 90 / Die Grünen zur 3. Gedenkveranstaltung für Yagmur und der Verleihung des Yagmur-Erinnerungspreises „Zivilcourage im Kinderschutz“ ein. Am 18. Dezember 2017 um 19 Uhr (Infostände sind bereits ab 17.30 Uhr geöffnet) begrüßen Michael Lezius, der Gründer der Stiftung, und Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard die Teilnehmer. Danach diskutieren Betroffene, Vertreter aus Wissenschaft, Polizei und Behörde, wie Kinder nach einer Kindeswohlgefährdung besser zu schützen sind. Im Anschluss verleiht der ehemalige Michel-Hauptpastor Helge Adolphsen den Yagmur-Erinnerungspreis. Den musikalischen Rahmen bietet das Ligatura Quartett. Das Mädchen Yagmur ist 2013 im Alter von drei Jahren aufgrund von Misshandlungen gestorben. | *hüb*

Lohfert-Preis 2018 ist ausgeschrieben

„Kulturwandel im Krankenhaus: Multidimensionale Konzepte zur Verbesserung der (Patienten-)Sicherheitskultur“ lautet das Ausschreibungsthema für den Lohfert-Preis 2018, der mit 20.000 Euro dotiert ist. Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hat erneut die Schirmherrschaft übernommen. Prämiert werden praxiserprobte, grundlegend neue Konzepte, die den Patienten im Krankenhaus, seine Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt rücken. Sie sollen zur Qualitätsverbesserung und einem Kulturwandel in den Fachabteilungen und im Gesamtbetrieb beitragen. Bewerben können sich Teilnehmer an der stationären Krankenversorgung sowie Management- und Beratungsgesellschaften, Krankenkassen oder sonstige Experten. Bewerbungen erfolgen über das Online-Bewerbungsformular unter www.christophlohfert-stiftung.de. Bewerbungsschluss: 28. Februar 2018. Der Lohfert-Preis 2018 wird am 19. September 2018 auf dem 14. Gesundheitswirtschaftskongress in Hamburg verliehen. Kontakt: Julia Hauck, Christoph Lohfert Stiftung, Tel. 79 69 23 25, E-Mail: jh@christophlohfert-stiftung.de. | *hüb*

Neu: TCM-Studium in Hamburg und Shanghai



Meistangewandte Therapieform der TCM: Akupunktur

Eine Postgraduierten-Ausbildung für Ärzte in Chinesischer Medizin mit Master-Abschluss der TCM-Universität Shanghai bieten das HanseMercur Zentrum für Traditionelle Chinesische Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), die TCM-Universität Shanghai (SHUTCM) und die UKE-Akademie für Bildung und Karriere ab dem Wintersemester 2018/2019 an. Mediziner aller Fachrichtungen können mit dem dreijährigen Studiengang berufsbegeleitend den Abschluss „Master of Medicine – Major TCM“ der chinesischen Hochschule erwerben. Neben der Teilnahme an Blockseminaren in Hamburg kommt jährlich ein Kurzaufenthalt in Shanghai dazu. Zwischen 10 und 30 Studienplätze stehen zur Verfügung, den Unterricht mit den Schwerpunkten Pharmakologie und Akupunktur führen deutsche und chinesische Dozenten in Hamburg und Shanghai durch. Ergänzend können Praktika im Longhua Lehrkrankenhaus der SHUTCM absolviert werden. Seit der Gründung des HanseMercur Zentrums für TCM am UKE 2010 arbeiten die Hamburger Ärzte intensiv mit der TCM-Universität Shanghai in Forschung und Lehre zusammen. Kontakt unter E-Mail: forschung@tcm-am-uke.de, mehr Informationen unter www.tcm-am-uke.de. | *hüb*

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Den Kurs „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ bietet die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg 2018 an zwei Terminen an. In den Modulen A und B werden unter Leitung von Dr. Georg Poppele, Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, und Susanne Bartsch-Zwemke, Fachärztin für Innere Medizin, Asklepios Klinik Barmbek, grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten zur medizinischen Betreuung von Menschen mit Behinderung vermittelt. Zusammen mit dem Kursmodul C, das 2019 angeboten wird, kann so das gesamte geforderte Kursprogramm der strukturierten curricularen Fortbildung der Bundesärztekammer erworben werden. Die Kurse richten sich an Ärztinnen und Ärzte, die mit Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung arbeiten oder arbeiten möchten. Modul A findet am 16. und 17. Februar 2018 (Fr. und Sa.) von 13 bis 19.45 Uhr und von 9 bis 17.45 Uhr statt, Modul B am 19. und 20. Oktober 2018 (Fr. und Sa.) von 14 bis 19.30 Uhr und von 9 bis 18.15 Uhr. Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Weidestr. 122 b, Ebene 13. Weitere Informationen und Anmeldung unter Tel. 202299-300 und unter www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html. | *hüb*

ICAN erhält Friedensnobelpreis

Die Hamburger Mitglieder von ICAN, der „International Campaign to Abolish Nuclear Weapons“, freuen sich über den Friedensnobelpreis, der am 10. Dezember 2017 in Oslo an die Organisation verliehen wurde. Die Kampagne, zu der 468 Partnerorganisationen in mehr als 100 Ländern gehören, initiierten zwei australische Ärzte der Internationalen Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs (IPPNW) im Jahr 2007. Verdienst der Kampagne ist, den Weg zum Verbot von Atomwaffen bereitet zu haben, das vor wenigen Monaten mit großer Mehrheit von der Uno beschlossen wurde. Die Hamburger Gruppe hatte zu einer Live-Übertragung der Verleihungszeremonie an die Universität Hamburg eingeladen.

Dr. Inga Blum und Ute Rippel-Lau für ICAN und IPPNW

MRE-Netzwerk Wie lassen sich multiresistente Keime in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und beim Krankentransport wirkungsvoll eindämmen? Darüber diskutierten Experten und Interessierte im November. *Von Natali Kreckow*

Gemeinsam gegen *resistente Erreger*

Multiresistente Erreger (MRE) wie MRSA und MRGN bereiten auch Hamburger Ärzten, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung und der Pflege zunehmend Sorgen. Unter dem Motto „Gemeinsam gegen resistente Erreger“ trafen sich 180 Teilnehmer – Fachleute und Interessierte – in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, um Strategien zu besprechen, wie durch ein abgestimmtes Vorgehen das Problem in den Griff zu bekommen ist. Organisiert hatte die Veranstaltung das MRE-Netzwerk Hamburg, ein Zusammenschluss von Akteuren des Hamburger Gesundheitswesens, das sich seit 2011 dem Thema widmet und auch überregional vernetzt ist. Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks betonte in ihrem Grußwort: „Wir brauchen einrichtungsübergreifende Netzwerksarbeit, denn die Keime kennen auch keine Grenzen.“

Zwar ist die MRSA-Statistik rückläufig, sie hat sich aber auf einem zu hohen Niveau eingependelt, und Infektionen mit MRE steigen insgesamt. Das betrifft vor allem gramnegative Keime.

MRE-Netzwerk entwirft wirksame Strategien

Von Krankenhauskeimen zu sprechen, spiegelt lange nicht mehr die Realität im Gesundheitswesen wider. Die Prävalenz ist inzwischen besonders hoch in Alten- und Pflegeheimen. Dr. Kirsten Bollongino, Leiterin des Gesundheitsamts Nord, erklärte die Struktur des MRE-Netzwerks, das in vier Arbeitsgruppen – Krankenhäuser, Wohn-Pflege-Einrichtungen, Krankentransport und Rettungsdienst sowie Niedergelassene Ärzte – aktiv ist, und bedauerte, dass es mangels Mitgliedern keine Arbeitsgruppe Ambulante Pflege gibt. Auch in der häuslichen Pflege sind die Maßnahmen, um eine Übertragung von Keimen zu verhindern, nicht ausreichend.

Das MRE-Netzwerk hat Rahmenhygienepläne für den Umgang mit MRE entwickelt und möchte Ärzte und Pflegekräfte mit Informationen versorgen. Außerdem sollen Ärzte für einen kritischen Umgang mit Antibiotika sensibilisiert werden. Denn: Noch geben zu viele Ärzte zu schnell Antibiotika, oft auch, weil Patienten es wünschten, sagte Referent Dr. Johannes Wimmer. 95 Prozent der Antibiotika würden erst einmal blind verschrieben, was zum Teil auch leitliniengerecht sei. Einige Beteiligte wünschten sich mehr Aufklärung:

mehr Gesundheitsunterricht an Schulen und mehr Informationen über die Gefahren einer ungezielten Antibiotikagabe für die Bevölkerung. Studien zeigten, dass mangelnde Kenntnisse über Antibiotika alle Bildungsschichten durchziehen, so Wimmer. Ein weiteres Problem verortet er im ständigen Wechsel des Klinikpersonals aufgrund befristeter Verträge. Dadurch sei es sehr schwierig, jederzeit auf geschultes Hygienepersonal in beständigen Teams zurückzugreifen.

Prof. Dr. Albert Nienhaus vom Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) stellte eine Studie des UKE zur MRSA-Besiedlung von Beschäftigten in der Altenpflege und beim Krankentransport vor: Die Prävalenz von MRSA unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland betrage 3,1 Prozent, in den Niederlanden seien es 0,02 Prozent; die Rate bei Pflegekräften sei hierzulande weit höher als in der Gesamtbevölkerung. In der Hamburger Studie sei die höchste Rate unter Mitarbeitern der Krankentransportunternehmen und der Rettungsdienste zu finden.

Ein Problem ist laut Nienhaus, dass MRSA-Träger, die selbst keine Infektion haben, dauerhaft von Keimen besiedelt sein können, die sie an Patienten und Pflegebedürftige weitergeben. Aber auch die Beschäftigten selbst sind der Infektionsgefahr ausgesetzt. Die Besiedlung mit MRE ist nicht als Berufskrankheit anerkannt, im Gegensatz zur Infektion. Deshalb bestehen Bedenken, sich testen zu lassen, obwohl die Besiedlung meist gut sanierbar ist. Es sind aber auch Regelungen notwendig für Beschäftigte, bei denen die Sanierung nicht auf Anhieb gelingt.

Am Ende wurden mit einer Gegenüberstellung von Worst-Case- und Best-Case-Szenario in einem Rollenspiel deutlich gemacht, wie eine angemessene Bekämpfung von Keimen aussehen könnte. Klar wurde dabei: Sobald ein einziges Glied der Informationskette nicht funktioniert, ist das System Hygienemanagement gefährdet. Um die Zusammenarbeit weiter zu verbessern, rufen die Netzwerkakteure zur Mitarbeit auf. Jeder habe die Möglichkeit, sich aktiv an Lösungen zu beteiligen und im vertrauensvollen Umfeld problematische Themen anzusprechen.

Mehr über das MRE-Netzwerk unter www.mre-netzwerk.hamburg.de

Natali Kreckow ist Ärztin und arbeitet in der Patientenberatung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



exivo
**Ganz einfach Zutrittskontrolle.
Für Arztpraxen und Ärztehäuser**

«Neben Medikamenten, chemischen und biologischen Substanzen sowie Strahlenquellen für medizinische Anwendungen müssen wir teure Maschinen und vertrauliche Patienteninformationen hinter verschlossenen Türen behalten. Das verlangt nicht zuletzt auch der Gesetzgeber. Gar keine so leichte Aufgabe bei all den Patienten und Lieferanten, die hier täglich ein- und ausgehen. **Mit exivo können wir Schließberechtigungen nun schnell und einfach ändern.**»

dormakaba
Selected Solution Partner
Türtechnik
Sicherheit- und Zutrittslösungen

Ihr dormakaba exivo Partner:
BOFFERDING GmbH
Bahrenfelder Ch. 98
22761 Hamburg
T: 040 899646-0
www.bofferding.de

BOFFERDING
Sicherheit • Türautomatik



Rekonstruktionstechniken Der Verlust der Brust bei Krebserkrankungen oder durch eine vorbeugende Behandlung bei genetischer Prädisposition ist für viele Frauen sehr belastend. Ein Wiederaufbau mit Eigengewebe bildet einen natürlichen Ersatz des Drüsenkörpers und fehlender Haut und liefert im Vergleich zur Implantat-Rekonstruktion dauerhaftere Ergebnisse.

Von PD. Dr. Jörn A. Lohmeyer, Dr. Klaus Wittig

Eigengewebe-Rekonstruktion der Brust

Mit zuletzt rund 70.000 Neuerkrankungen jährlich in Deutschland ist der Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Hinzu kommen noch mindestens 5.500 In-situ-Tumoren. Auf Basis der aktuellen Inzidenzraten erkrankt etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Fast drei von zehn betroffenen Frauen sind bei Diagnosestellung jünger als 55 Jahre (1). Die Mortalität ist aufgrund der Therapiefortschritte in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich rückläufig. Neben der Heilung ist daher zunehmend auch der Erhalt oder die Wiederherstellung der betroffenen Brust und damit der Lebensqualität ein wesentliches Ziel der medizinischen Behandlung.

Die Entfernung einer oder beider Brüste kann entweder kurativ durchgeführt werden, z. B. bei der Behandlung von Brustkrebs oder Ductal Carcinoma in situ (DCIS), oder auch prophylaktisch bei genetischer Prädisposition, z. B. bei Vorliegen einer BRCA1- oder BRCA2-Mutation.

Gemäß aktueller S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sind alle Patientinnen, bei denen eine Mastektomie (Entfernung der Brustdrüse) erforderlich ist, sowohl über autologe als auch heterologe Verfahren (Expander / Implantat) aufzuklären.

Implantat- oder Eigengewebe-Rekonstruktion

Zum Wiederaufbau der Brust stehen verschiedene Verfahren der Implantat- und Eigengewebe-Rekonstruktion zur Verfügung. Expander-/ Implantat-Rekonstruktionen sind nicht zuletzt auch wegen der einfacheren und schnelleren Operationstechnik in vielen Zentren das häufiger gewählte Verfahren. Alternativ ist eine Rekonstruktion mit körpereigenem Gewebe meistens möglich und hat wesentliche Vorteile. Brustimplantate müssen aufgrund von Formveränderungen der Brust, Kapsel fibrosen oder Implantatversagen oft ein- bis mehrmalig ausgetauscht oder abschließend entfernt werden, während die mit Eigengewebe rekonstruierte Brust an sich keiner Korrekturen bedarf. Gerade im Kontext einer adjuvanten Bestrahlung besteht bei Expander-/ Implantat-Rekonstruktion ein erhöhtes Risiko des Rekonstruktionsversagens und ein gesteigertes Risiko zur Entwicklung einer frühzeitigen Kapsel fibrose. Der Anteil hochgradiger Kapsel fibrosen (Baker III/IV) ist bei Bestrahlung des endgültigen Implantats nochmals höher (46,6 – 57,7 Prozent) als bei Bestrahlung des Gewebeexpanders (12,5 – 53,3 Prozent) (2). Die autologe Rekonstruktion nach Radiatio ist gegenüber der Expander-/ Implantat-Rekonstruktion mit einer signifikant geringeren postoperativen Komplikationsrate

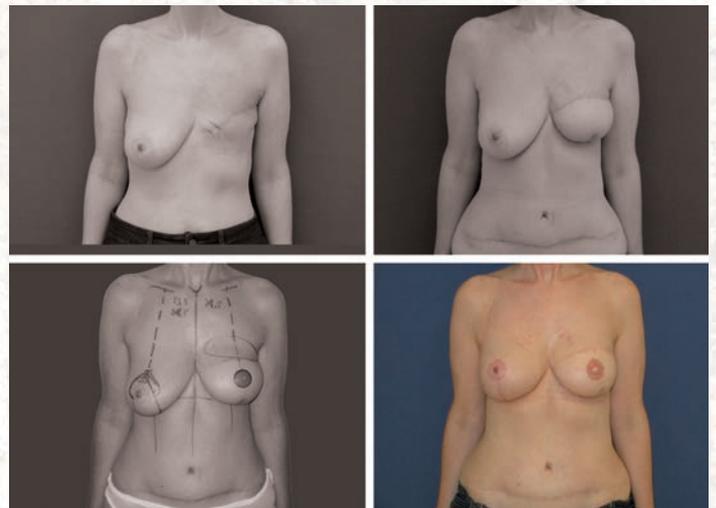


Abb.1: Vorstellung einer 49-jährigen Patientin zur DIEP-Rekonstruktion 2 Jahre nach modifiziert radikaler Mastektomie bei Mamma-Ca der linken Brust. In einem ersten Schritt erfolgte der linksseitige Brustaufbau mit sekundärer angleichender Brustverkleinerung rechts. Abschlusskontrolle vier Monate nach abschließender Brustwarzenrekonstruktion links

(30,9 Prozent vs. 41,3 Prozent), weniger Infektionen (5,8 Prozent vs. 13,8 Prozent) und Rekonstruktionsversagen (1,6 Prozent vs. 16,8 Prozent) verbunden. Die Mehrzahl der Studien bescheinigt der Eigengewebe-Rekonstruktion in diesem Zusammenhang zudem ein besseres ästhetisches Outcome (3).

Bei dünnem Hautmantel nach einer Mastektomie lässt sich zudem oftmals eine tastbare und sichtbare Wellenbildung (Rippling) der Implantate nicht vermeiden. Im Verlauf sind bei der Mehrheit der Fälle Implantatwechsel und Korrekturoperationen bei höhergradiger Kapsel fibrose oder Formveränderung und Asymmetrien der Brüste erforderlich. Anders als die autologe Rekonstruktion fügt sich das Implantat nicht als körpereigenes Gewebe ein und altert nicht entsprechend mit, während sich das umliegende Gewebe und auch die gegenseitige Brust kontinuierlich verändern. Erheblich verstärkt wird dieser Effekt, wenn eine Bestrahlung der Brust vorgenommen werden musste. Eine Progression der mikro- und makrovaskulären Veränderungen ist noch über 2 bis 3 Jahrzehnte nach Bestrahlungsende zu beobachten, eine Zunahme der Gewebe fibrose über mehr als 3 Jahre (4, 5).

Bei Eigengewebe-Rekonstruktion kann neben dem Brustvolumen auch der Hautmantel der Brust neu aufgebaut oder ersetzt wer-

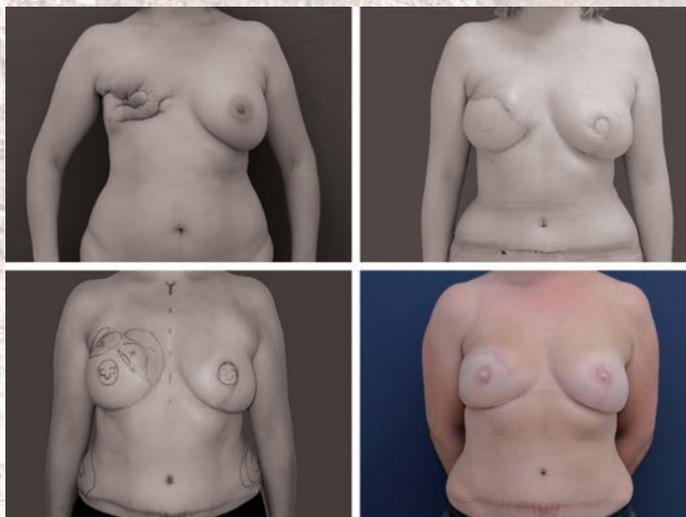


Abb. 2: Zuweisung der 33-jährigen Patientin nach mamillenerhaltender Mastektomie, Implantat-Rekonstruktion und Radiatio der rechten Brust bei Mamma-Ca und konsekutivem infektiertem Implantatverlust. Die weitere Diagnostik ergab das Vorliegen einer BRCA2-Mutation, so dass wir 6 Monate nach Implantatentfernung eine linksseitige prophylaktische Mastektomie und beidseitige Rekonstruktion durch Doppel-DIEP durchführten. Abschlusskontrolle 12 Monate nach beidseitiger MAK-Rekonstruktion und geringfügiger Formkorrektur rechts

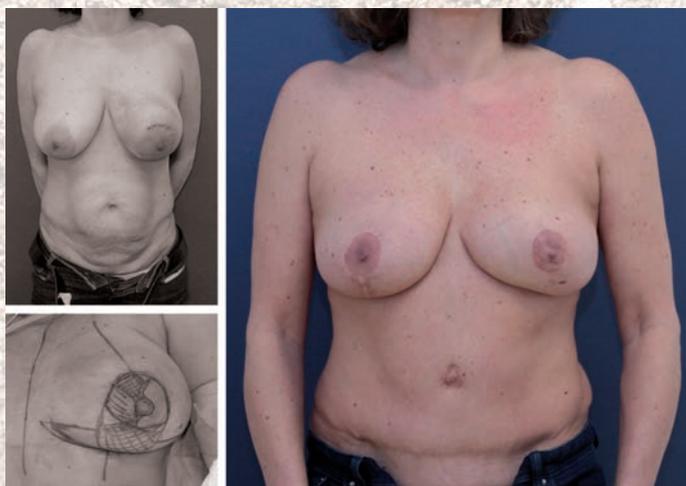


Abb. 3: Vorstellung der 50-jährigen Patientin mit ausgedehntem DCIS (>10cm) der linken Brust zur hautsparenden Mastektomie und Sofortrekonstruktion durch freie DIEP-Lappenplastik. Einplanung der Schnittmuster im Sinne einer Mastopexie des Hautmantels und Rekonstruktion der Brustwarze aus Teilen der Areola. Sekundär angleichende Mammareduktion rechts



Abb. 4: Ausgeprägte Verziehung der linken Brust nach brusterhaltender Therapie und Radiatio bei invasiv duktalem Mamma-Ca vor 4 Jahren. Entfernung der Restdrüse und Rekonstruktion des Volumen- und Hautdefekts am Unterpole durch freie DIEP-Lappenplastik

den. Nach klassischer Ablatio kann so der gesamte untere Brustpol aufgebaut werden (Abb. 1). Alternativ kann z. B. im Rahmen einer prophylaktischen Mastektomie mit oder ohne Erhalt des Mamillen-Areola-Komplexes die freie Lappenplastik – auch als autologes Implantat verwendet – eingesetzt werden (Abb. 2, 3).

Nach brusterhaltender Therapie mit anschließender Radiatio können strahlenbedingte Schrumpfungen des Hautmantels, Verziehhungen z. B. der Brustwarzenposition und auch Pigmentierungsstörungen auftreten (Abb. 4). Weit schwerwiegendere Folgen liegen teilweise bei infektiertem Implantatverlusten oder nach ausgeprägten Fibrosen und Narbenkonstrukturen nach Bestrahlung der rekonstruierten Brust vor. Mit autologer Rekonstruktion können dann einzelne oder auch komplette Bereiche der Brust ersetzt werden, um eine Verbesserung der Hautqualität und Symmetrie der Brüste zu erzielen (Abb. 1, 5). Bestehen entsprechende Veränderungen nach brusterhaltender Therapie (BET), empfehlen wir zur weiteren Reduktion des Lokalrezidivrisikos prinzipiell die Mastektomie verbliebener Drüsenanteile, da auch diese mit dem Lappengewebe problemlos zu ersetzen sind (Abb. 4).

Eine weitere Indikation zur Eigengewebe-Rekonstruktion stellt die fortgeschrittene Fibrosebildung um das Implantat, die sogenannte Kapsel-fibrose, dar. Bei bereits aufgetretener Kapsel-fibrose steigt das Risiko einer erneuten und oftmals deutlich früher auftretenden behandlungsbedürftigen Fibrose erheblich an. Entsprechende Reaktionen treten bei Eigengewebe-Rekonstruktionen nicht auf.

Die Aufklärung über autologe Rekonstruktionsverfahren ist gemäß Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO) ebenso wie sekundäre angleichende Verfahren zur Symmetrieherstellung in die frühe Beratung der Patientinnen einzubinden (6). Wenig belastende Verfahren mit langfristig stabilen ästhetischen Ergebnissen seien dabei zu bevorzugen. Alle Methoden der Brustrekonstruktion werden derzeit von den Kostenträgern übernommen. Für angleichende Formungen der gesunden Gegenseite (meistens angleichende Reduktionen) ist vorab, in der Regel nach erfolgter Rekonstruktion der betroffenen Seite, ein Kostenübernahmeantrag zu stellen. Die Rekonstruktion des Mamillen-Areola-Komplexes (MAK) erfolgt – wenn erforderlich – bei allen Verfahren in der Regel frühestens 2 bis 3 Monate nach abschließender Rekonstruktion oder gegenseitiger Symmetrierung, um eine bestmögliche Platzierung zu garantieren. Eine dreidimensionale Rekonstruktion ist durch lokale Lappenplastik und Vollhauttransplantation von der Leiste möglich (Abb. 6). Medizinische Pigmentierungen können die Verfahren ergänzen.

Techniken der Eigengewebe-Rekonstruktion

Prinzipiell kommen verschiedene Körperregionen als Spenderareale infrage, wobei die DIEP-Lappenplastik (Deep Inferior Epigastric artery Perforator) von der unteren Bauchdecke den Goldstandard der Eigengewebe-Rekonstruktion der Brust darstellt. In unserem Patientengut nahmen die DIEP-Lappenplastiken im Zeitraum vom 1.1.2014 bis 31.12.2016 mit 303 von 337 reinen Eigengewebe-Rekonstruktionen einen Anteil von 90 Prozent ein (Abb. 7). Die DIEP-Lappenhebung dauert etwa 1,5 Stunden, die Gesamtrekonstruktion mit Lappeneinpassung und Brustformung im Mittel 3,5 bis 5 Stunden. Der Gefäßstiel wird unter Schonung der segmentalen Innervation durch den M. rectus abdominis verfolgt, eine Mitnahme von Muskulatur ist dabei nicht üblich. Die funktionellen Beschwerden sind daher gering. Die Patientinnen werden aufgefordert, körperliche Beanspruchung für 6 Wochen zu meiden und in dieser Zeit eine Kompressionsbandage oder -hose zu tragen. Eine gewisse postoperative Taubheit der unteren Bauchdecke ist unvermeidbar, bildet sich jedoch über 1 bis 1,5 Jahre anteilig zurück. Der Verschluss der DIEP-Entnahmestelle entspricht der Technik einer ästhetischen Bauchdeckenstraffung.

Aufgrund des günstigen Risikoprofils der DIEP-Lappenplastik kommen andere Rekonstruktionsverfahren vor allem dann zum Einsatz, wenn keine DIEP-Hebung möglich ist. Gründe hierfür können Voroperationen der Bauchdecke wie eine Bauchdeckenstraffung oder Liposuktion sein. Mediane Laparotomien, laparoskopische Eingriffe oder auch vorangegangene Zugänge zum kleinen Becken oder Kaiserschnitte verhindern nur ausgesprochen selten die Lappenhebung, da die tiefen epigastrischen Gefäße dabei meist unversehrt bleiben. Im Rahmen des präoperativ routinemäßig durchgeführten Angio-CTs der Bauchdecke lassen sich etwaige Läsionen ausschließen. Das Angio-CT hilft zudem bei der Lokalisation des oder der idealen Perforatoren sowie der Darstellung der Verläufe vom Fasziendurchtritt in die Rektusscheide bis hin zum Eintritt in die Iliakalgefäße. Beide Aspekte unterstützen eine sichere und schnelle Präparation der Gefäßachse und helfen, die Größe der Faszien- und Muskelöffnung zu minimieren.

Im Rahmen der präoperativen Einzeichnung am Vortag oder Morgen der Operation führen wir zusätzlich grundsätzlich eine dopplersonografische Darstellung der relevanten Perforatoren der Bauchdecke durch. Der mikrochirurgische Gefäßanschluss erfolgt in unserer Klinik nahezu ausschließlich an die A. und V. thoracica interna im 2. oder 3. Interkostalraum, wobei bei 31 Prozent eine partielle, bei 16 Prozent komplette Resektion eines knorpeligen Rippenansatzes parasternal erfolgen. Der entstehende Defekt lässt sich problemlos mit dem transplantierten Gewebe auffüllen, funktionelle Beschwerden entstehen bei Resektion eines Rippenansatzes nicht. Die Brustformung erfolgt grundsätzlich an der intraoperativ aufgesetzten Patientin, der Bauchdeckenverschluss wie bei der ästhetischen Bauchdeckenstraffung, jedoch mit zusätzlicher Faszien-dopplung der Rektusscheide.

In Brustrekonstruktionszentren mit hohen Fallzahlen konnten nicht nur die Komplikationsraten, insbesondere die Lappenverlustraten, auf oder unter 1,5 Prozent gesenkt, sondern auch die Operationszeiten, z. B. bei der DIEP-Rekonstruktion, auf regulär 3,5 bis 5 Stunden reduziert werden (7, 8). Eine unabhängige Quelle, um Fallzahlen zu Diagnosen und Prozeduren deutscher Krankenhäuser abzufragen, ist die Website www.weisse-liste.de der Bertelsmann Stiftung. Die Datenerfassung erfolgt über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Möglich ist die Volltextsuche der Prozedur (z. B. DIEP) oder die Eingabe des Operationsschlüssels (OPS), bei DIEP: 5-885. Um Lappenverlustaten entsprechend niedrig zu halten, ist neben der erforderlichen Erfahrung des Rekonstruktionsteams eine postoperative, mindestens stündliche klinische Kontrolle der Durchblutungssituation des transplantierten Gewebes sicherzustellen.

Durchblutungsstörungen nach freiem Gewebetransfer treten allermeist in den ersten 24 Stunden auf und bedürfen einer sofortigen operativen Revision. Eine durchgehende Bereitschaft von Anästhesie- und OP-Personal und auch verfügbare OP-Kapazität müssen hierbei gewährleistet sein.

Aufgrund der besseren Personalausstattung liegen unsere Patientinnen zunächst auf unserer Intermediate Care Station (IMC) und werden am ersten postoperativen Tag auf Normalstation zurückverlegt, wo sie nach Anlage eines Sport-BHs mobilisiert werden. Drainagen werden mengenabhängig entfernt und die Patientinnen üblicherweise nach 6 oder 7 Tagen entlassen. Sowohl BH als auch Bauchgurt oder Kompressionshose werden 6 Wochen Tag und Nacht getragen. Alle Hautnähte sind resorbierbar.

Alternative Verfahren sind unter anderem der fasziokutane Infragluteallappen (FCI), der transverse oder vertikale myokutane Gracilislappen (TMG/VMG), superiore und inferiore gluteale Perforatorlappen (S- und I-GAP) und der gestielte myokutane Latissimus-dorsi-Lappen (MLD), wobei Letzterer meist eine zusätzliche, in unserer Praxis im Mittel 245 ml große Implantateinbringung erfordert. Die beste Alternative zum DIEP stellt unserer Erfahrung nach der FCI aus dem Bereich der Gesäßfalte dar, der auch bei nied-



Abb. 5: 46-jährige Patientin mit ausgeprägter Vernarbung der lateralen Brusthaut nach initialer BET mit partieller Brustrekonstruktion durch Latissimus-dorsi-Lappenplastik und adjuvanter Bestrahlung. Im Verlauf komplette Mastektomie bei DCIS-Rezidiv und Implantat-Rekonstruktion. Vorstellung bei uns mit hochgradiger Kapselfibrose Baker °4. Rekonstruktion mit Ersatz der lateralen Brusthaut durch freie DIEP-Lappenplastik

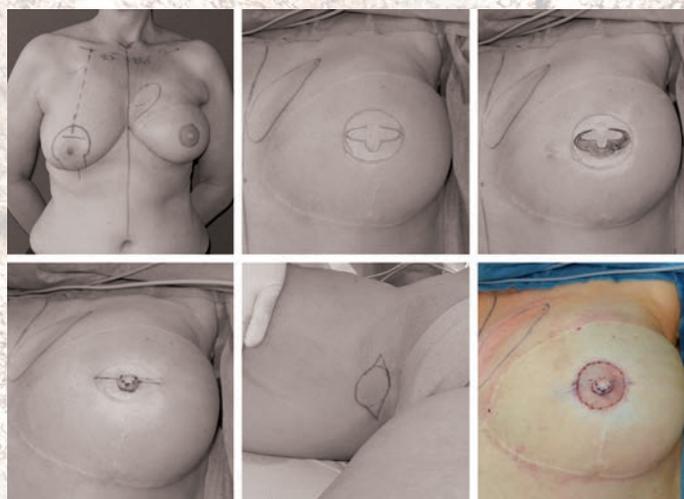


Abb. 6: Rekonstruktion des Mamillen-Areola-Komplexes (MAK) durch Dreiläppchenplastik und Vollhauttransplantation von der proximalen Oberschenkelinnenseite. Vorherige Simulation der neuen MAK-Position im Dialog mit der Patientin in stehender Position

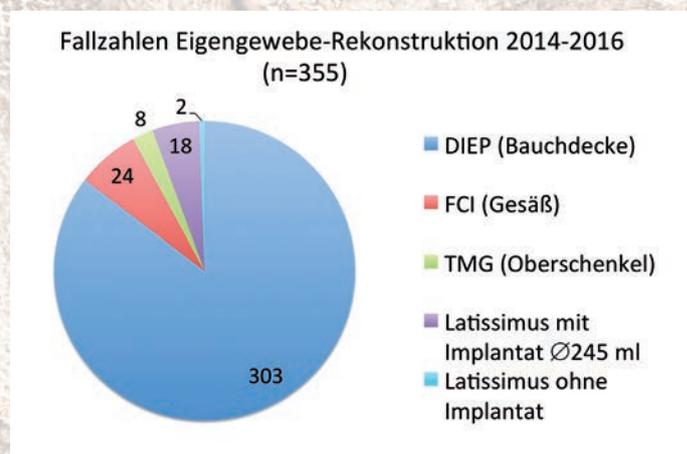


Abb. 7: Absolute Verteilung der autologen Rekonstruktionsverfahren im Zeitraum 2014 bis 2016 in der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie am Agaplesion Diakonieklinikum in Hamburg

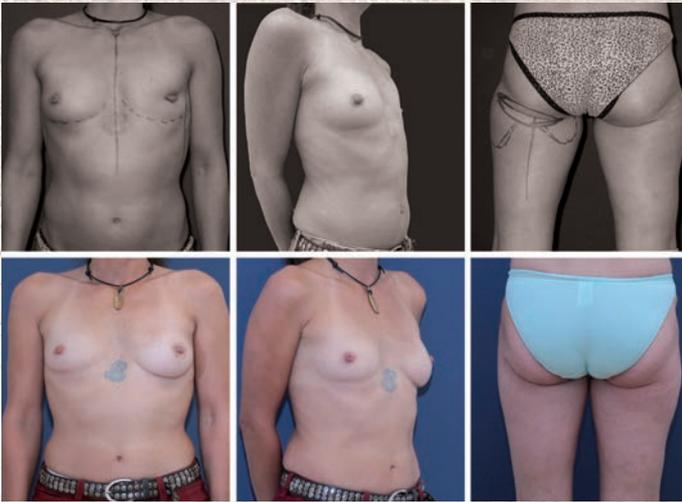


Abb. 8: 42-jährige Patientin (BMI 20,9 kg/m²) nach mamillenerhaltender Mastektomie aufgrund chronisch rezidivierender abszedierender Mastitiden. Brustrekonstruktion durch freie FCI-Lappenplastik vom linken Oberschenkel

rigem BMI um 20 kg/m² noch ausreichend Volumen bietet (Abb. 8). Die Verteilung der Rekonstruktionsverfahren in unserer Klinik im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2016 ist in Abb. 7 dargestellt. Jedes Verfahren hat unterschiedliche postoperative Risiken, bei der DIEP-Lappenplastik sind diese tendenziell jedoch am geringsten.

Komplikationen

Die schwerwiegendste Komplikation der freien Lappenplastik ist der totale Lappenverlust, der in Abhängigkeit von Lappentechnik und Erfahrung des Operateurs in der Literatur mit einer Häufigkeit zwischen 0,5 und 5 Prozent angegeben wird (9–16). Partielle Lappenverluste treten mit einer Rate von 1 bis 3,8 Prozent auf und können das ästhetische Ergebnis negativ beeinträchtigen (9, 12–15, 17). Fettgewebnekrosen sind mit einer Häufigkeit von 5,9 bis 19,8 Prozent beschrieben (12, 14, 15, 17, 18). Sie sind selten für das kosmetische Ergebnis relevant, können aber die postoperative Bildgebung beeinflussen und unter Umständen weitere Eingriffe nach sich ziehen. Hämatome, Serome und Infektionen sind Komplikationen, die unabhängig vom Rekonstruktionsverfahren auftreten können, mit Ausnahme einer deutlich erhöhten Seromrate am Rücken bei Latissimus-dorsi-Rekonstruktionen von 17,9 bis 88,5 Prozent (19–22). Hernien oder Bauchwandschwächen sind bei der DIEP-Rekonstruktion mit 0 bis 4 Prozent bzw. 0,8 bis 13,6 Prozent beschrieben (12, 14, 17, 18). Wir haben bei unseren Patientinnen bislang keine echte Hernie beobachtet.

Risikofaktoren kennen und bewerten

Gerinnungsstörungen, adjuvante Therapien, Adipositas, Diabetes mellitus, Nikotinabusus und nicht zuletzt die Erfahrung des Operateurs und die Standardisierung der gesamten Behandlungsabläufe haben Einfluss auf die Operationsergebnisse.

Gerinnungsstörungen wie die APC-Resistenz (Faktor-V-Leiden Mutation) bedingen ein signifikant erhöhtes Risiko für Thrombosen im Bereich der Gefäßanastomosen. Eine genaue Anamnese zu früheren Thrombosen hilft, Risikopatientinnen zu erkennen. Eine prinzipielle Gerinnungsdiagnostik aller Patientinnen ist nicht indiziert. Bei positiver Thromboseanamnese geben wir vor Absetzen

der Lappenplastik 3.000 IE Heparin i. v. und nach weiteren 3 Stunden weitere 2.000 IE. Die perioperative Thromboseprophylaxe wird auf zweimalige tägliche Gabe von 0,4 ml Enoxaparin-Natrium (Clexane®) für fünf Tage verdoppelt. Bei der selteneren intraoperativen arteriellen Thrombenbildung geben wir zusätzlich Acetylsalicylsäure als Bolus i. v. und postoperativ peroral täglich 100 mg.

Eine vorangegangene Chemotherapie erhöht bei Normalisierung der Laborparameter nicht das Risiko perioperativer Komplikationen (2). Wir warten mit der autologen Rekonstruktion gern 4 bis 8 Wochen nach Abschluss der Behandlung. Eine antihormonelle Therapie mit Tamoxifen führen wir perioperativ regulär weiter.

Eine vorangegangene Radiatio erhöht das Risiko perioperativer Komplikationen. In mehreren Studien ergaben sich zudem Hinweise darauf, dass eine frühe Rekonstruktion nach Radiatio mit einer erhöhten Rate mikrovaskulärer Komplikationen einhergeht, weswegen wir eine Eigengewebe-Rekonstruktion frühestens 6 Monate nach Bestrahlungsende durchführen (8, 23, 24). Ist von vornherein klar, dass eine Radiatio nach einer Mastektomie erforderlich ist, würden wir aufgrund der zu erwartenden Gewebefibrose keine primäre autologe Rekonstruktion durchführen. Wenn eine hautsparende Mastektomie möglich ist, erfolgt dann zunächst die epipectorale Einlage eines Expanders oder Implantats. Diese können 6 Monate nach Radiatio durch z. B. freie DIEP-Lappenplastik ersetzt werden. Rauchen erhöht nicht das Risiko mikrovaskulärer Komplikationen, aber das Risiko von Wundheilungsstörungen, vor allem auch bei hautsparender Mastektomie (8, 25, 26), sodass die Patientinnen möglichst vier Wochen vor der Operation nicht rauchen sollten. Adipositas und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko von Wundheilungsstörungen (23, 26). Ein erhöhtes Risiko für partielle oder totale Lappenverluste wurde zwar in einzelnen Arbeiten bei einem BMI > 30 kg/m² beschrieben, ließ sich in weiteren Studien jedoch nicht bestätigen (8, 23, 25, 27). Wir sehen am ehesten eine Neigung zu Bauchdeckenseromen und Wundheilungsstörungen der unteren Bauchdecke.

Ein höheres Patientenalter ist bei nicht reduziertem Allgemeinzustand keine Kontraindikation zur Eigengewebe-Rekonstruktion.

Postoperative Nachsorge

Es gelten die bestehende, aktuell im Jahre 2017 abgestimmte interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms sowie die jährlich aktualisierten Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO-Mamma 2017) (6, 28). Alle Eigengewebe-Rekonstruktionen sind mittels der verschiedenen bildgebenden Verfahren gut überwachbar.

Zusammenfassung

Wir sehen die zusätzlichen Stärken der autologen Rekonstruktion vor allem im Kontext einer Bestrahlung oder bei sehr dünnem Hautmantel nach Mastektomie. Das Eigengewebe behält im Wesentlichen seine ursprüngliche Konsistenz und bildet einen natürlichen und dauerhaften Ersatz des Drüsenkörpers oder auch fehlender Haut. Gerade bei Kapsel-fibrose und radiogener Schädigung der Brusthaut ist die Eigengewebe-Rekonstruktion oft die erste Wahl. Nachteile der Techniken bestehen in der möglichen Morbidität der Entnahmestelle, aber auch in der initial längeren OP- und Rekonvaleszenzzeit.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

PD Dr. Jörn A. Lohmeyer

Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg
E-Mail: joern.lohmeyer@d-k-h.de



Bei jungen Patienten, die an Typ-1-Diabetes mit Albuminurie leiden, haben ACE-Hemmer und Statin keinen prophylaktischen Effekt

Typ-1-Diabetes: ACE-Hemmer und Statin ohne vorbeugenden Nutzen

443 Kinder im Alter von 10 bis 16 Jahren, die an einem Typ-1-Diabetes mit Albuminurie litten, wurden in einer Doppelblindstudie auf vier Gruppen verteilt (Marcovecchio ML et al., N Engl J Med. Nov 02, 2017): Die erste erhielt den ACE-Hemmer Quinapril (5 bis 10 mg/Tag), die zweite den Lipidsenker Atorvastatin (10 mg/Tag), die dritte die Kombination der beiden Medikamente und die vierte Placebo. Nach einer mittleren Beobachtungszeit von 2,6 Jahren (Median) konnte weder für den ACE-Hemmer noch für das Statin oder die Kombination eine signifikante Beeinflussung der Albuminurie gezeigt werden. | ms

Kein Vorteil von Koronarstents bei stabiler Angina pectoris

Die stabile Angina pectoris mit Ischämiesymptomen unter körperlicher Belastung wird oft mit Stent-Angioplastie behandelt, obwohl für dieses Vorgehen keine gesicherten Daten existieren. Nun liegt zu dieser Frage eine erste placebokontrollierte Studie vor. Sie zeigt, dass Patienten mit stabiler Angina pectoris von der Intervention nicht profitieren (Al-Lamee R et al., Lancet, Epub ahead of print Nov 02, 2017). In diese britische Multi-centerstudie wurden 200 Patienten mit hochgradiger (≥ 70 Prozent) Ein-Gefäß-Stenose und Ischämiesymptomatik bei stabiler Angina pectoris eingeschlossen; die Patienten erhielten nach Randomisierung entweder einen Koronarstent oder eine Placebo-Intervention. Alle Patienten wurden vor und 6 Wochen nach der Intervention ausführlich untersucht, unter Einschluss von Dobutamin-Stress-Echo und kardiopulmonalen Belastungstests. Im Ergebnis fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Ein Lancet-Kommentar zu dieser Studie stellt fest, dass frühere Studien mit dem Endpunkt Tod oder Myokardinfarkt ebenfalls keinen Vorteil der Intervention nachgewiesen hatten (Brown DL, Redberg RF, Lancet, Epub ahead of print Nov 02, 2017). Der Kommentar ist überschrieben mit der Frage: „Der letzte Sargnagel für die perkutane Koronarintervention bei stabiler Angina?“ | ca

Morbus Parkinson

GHB gegen Schlafstörungen

Gammahydroxybuttersäure (GHB) kann offenbar Schlafstörungen bei Parkinson-Patienten verbessern. Das ist das Ergebnis einer placebokontrollierten Studie von Schweizer Forschern an Patienten im Stadium Hoehn-Yahr II/III, die an Schlafstörungen mit Tagesschläfrigkeit litten (Büchle F et al., JAMA Neurol. Published online November 06, 2017). 12 Patienten, die weder am Schlafapnoe-Syndrom und/oder Depressionen erkrankt waren, wurden mit GHB oder Placebo behandelt. Die Probanden nahmen das Medikament jeweils zur Bettzeit und 2,5 bis 4 Stunden später ein. Nach 6 Wochen zeigte sich, dass sich die Schlaflatenz (Phase bis zum ersten REM-Schlaf), die bei Patienten mit Tagesschläfrigkeit verkürzt ist, und die Tiefschlafphase durch die Behandlung mit GHB signifikant verlängert werden konnten. Doch es gab auch Nebenwirkungen: in 2 Fällen obstruktive Schlafapnoe, in einem Fall eine Parasomnie (nicht erholsamer Schlaf). Aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl halten die Autoren eine Bestätigung durch weitere Studien jedoch für wünschenswert.

Quelle: www.aerzteblatt.de, 7. November 2017

Alternative Krebstherapie

Sterberisiko deutlich höher

Patienten, die mit alternativer Krebstherapie statt mit konventioneller behandelt werden, haben eine geringere 5-Jahres-Überlebensrate, stellt eine US-amerikanische Untersuchung fest (Johnson SB et al., J. Natl. Cancer Inst., published online Aug 10, 2017). Grundlage sind Daten des nationalen Krebsregisters von Patienten, die von 2004 und 2013 an nichtmetastasiertem Brust-, Prostata-, Lungen- oder Darmkrebs erkrankt sind. Verglichen wurden alternativ behandelte Patienten mit konventionell behandelten, die ähnliche soziodemografische und klinische Merkmale aufwiesen. Ergebnis: Nach 66 Monaten war das Sterberisiko bei ausschließlich alternativer Behandlung 2,5-fach höher. Das Fünf-Jahres-Überleben von Patienten mit Brust- (58,1 vs. 86,6 Prozent), Lungen- (19,9 vs. 41,3 Prozent) oder Darmkrebs (32,7 vs. 79,4 Prozent) ist signifikant, das von Patienten mit Prostatakarzinom gering schlechter (86,2 vs. 91,5 Prozent).

Quelle: [arznei-telegramm](http://arznei-telegramm.de), 13. Oktober 2017



Übersetzung per Knopfdruck:
Beim Live-Videodolmetsch-System
können Dolmetschende kurzfristig
angefordert und der Untersuchung
zugeschaltet werden (9)

Videodolmetschen – für den Einsatz in der Praxis geeignet?

Bedarfsanalyse Sprachbarrieren erschweren die medizinische Versorgung von Geflüchteten. Eine Befragung des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE und der Ärztekammer Hamburg ergab: 60 Prozent der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte befürworten die Übersetzung per Bildschirm. *Claudia Mews¹, Dr. Susanne Pruskil^{1,2}, Thomas Kloppe¹, Sandra Wilsdorf³, Prof. Dr. Martin Scherer¹*

Bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten und anderen Personengruppen ohne ausreichend deutsche Sprachkenntnisse sind sprachliche Barrieren eines der größten Zugangshindernisse. Die eingeschränkte Kommunikation stellt die ärztliche Versorgung bei begrenzten zeitlichen Ressourcen vor große Herausforderungen. Das ist seit vielen Jahren so, hat aber eine völlig neue Dimension, seitdem in den Jahren 2015/16 über eine Million Menschen (1) nach Deutschland kamen, die meisten aus Afghanistan und Syrien. Hamburg wurden dabei bis Ende vergangenen Jahres 31.763 Geflüchtete zugewiesen (2). Um herauszufinden, wie Hamburger Ärzte in den Praxen mit diesem Thema umgehen und ob Video-Dolmetschen dabei für sie eine Lösung sein könnte, hat das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg eine Befragung durchgeführt: Ein Online-Fragebogen ging per E-Mail an alle niedergelassenen Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie und Psychiatrie, deren E-Mail-Adressen der Ärztekammer Hamburg im Dezember 2016 bekannt waren. Insgesamt wurden 1.309 Fragebögen versandt und 178 von den Ärzten ausgefüllt und zurückgesandt.

Dabei wurde deutlich, dass tatsächlich 85 Prozent der Teilnehmenden Patienten sahen, die seit 2015 als Flüchtlinge nach Hamburg gekommen sind, 17 Prozent von ihnen sogar mehrmals pro Woche. Um die sprachlichen Barrieren zu überwinden, griffen die Ärzte dabei überwiegend auf Dolmetschende aus dem Familien- und Freundeskreis oder auf Mitarbeitende des Praxisteam zurück. Ein System des Videodolmetschens wurde von rund 60 Prozent der Teilnehmenden befürwortet.

Hintergrund

Während die Geflüchteten 2015/16 zunächst in Erstaufnahmeeinrichtungen (EA) untergebracht wurden, in denen allgemeinmedizinische und pädiatrische Sprechstunden eine primärärztliche Versorgung gemäß Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) (3) sicherstellten und anwesende Dolmetschende für Übersetzungen in den gängigsten Sprachen sorgten, leben die meisten Geflüchteten inzwischen in Folgeunterkünften. Ihre medizinische Versorgung erfolgt im Regelsystem der Hansestadt (4). Die Geflüchteten erhalten in Hamburg zunächst die „elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende und Flüchtlinge“ durch die AOK Bremen/Bremerhaven nach AsylbLG und nach 15 Mo-

naten dauerhaftem Aufenthalt eine „reguläre“ elektronische Gesundheitskarte, die ihnen theoretisch einen uneingeschränkten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem garantiert (5). Das bedeutet allerdings auch: Es gibt keine Unterstützung durch Dolmetschende mehr. Denn trotz der gesetzlich festgelegten Verpflichtung der Ärzte, eine adäquate Verständigung im Arzt-Patienten-Kontakt sicherzustellen, ist die Finanzierung von Dolmetschdiensten in der Regelversorgung nach Jahrzehnten noch immer nicht gesichert. Dadurch gestaltet sich die Überleitung der geflüchteten Menschen aus der Versorgung in den EA in die Regelversorgung oft schwierig. Die Sprachbarriere ist eines der am häufigsten genannten Probleme in der Versorgung dieser Menschen (6, 7). Viele der Geflüchteten besitzen keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse, um sich in der ärztlichen Konsultation wirklich verständlich machen zu können. Trotz bebildeter Broschüren, Dolmetsch-Apps etc. ist eine umfassendere Anamnese selten möglich.

¹ Insitut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitäts-klinikum Hamburg-Eppendorf

² Leiterin der Abteilung „Medizinische Versorgung Flüchtlinge“ im Gesundheitsamt Altona

³ Ärztekammer Hamburg, Pressestelle

Dolmetschdienste im Gesundheitswesen kommen der Qualität des Austauschs zwischen medizinischen Fachkräften und fremdsprachigen Patienten zugute (8). Eine noch relativ neue Form der Arzt-Patienten-Kommunikation ist das Videodolmetschen: Über eine Videoschaltung per Internet wird ein Dolmetscher in die Konsultation eingeschlossen. Per Touchscreen-Monitor kann dabei aus diversen, auch selten gesprochenen Sprachen die aktuell benötigte ausgewählt werden. Zusätzlich können geschlechtsspezifische Dolmetschende angefordert werden. Während der körperlichen Untersuchung kann die Kamera abgeschaltet werden. Eine vorherige Terminvereinbarung ist nicht nötig, die Dolmetschenden stehen für die vereinbarten Nutzungszeiten im Standby zur Verfügung. Eine großzügige Spende der Dorit & Alexander Otto Stiftung ermöglichte 2016 an zehn EA in Hamburg die Einrichtung eines internetbasierten Videodolmetsch-Systems.

Ergebnisse der Befragung

Um herauszufinden, ob dieses System nicht auch für viele Ärzte in der Hamburger Regelversorgung eine wünschenswerte Lösung wäre, wurde eine Befragung per Online-Fragebogen durchgeführt. 85 Prozent der

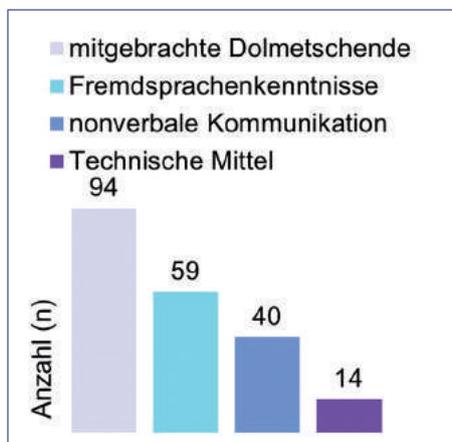


Abb.: Aktuelle Lösungswege bei Sprachproblemen

Teilnehmenden (n=152) sahen Patienten, die seit 2015 als Flüchtlinge nach Hamburg gekommen sind, in unterschiedlicher Häufigkeit in ihrer Praxis, davon 17 Prozent mehrere Geflüchtete pro Woche mit einer Varianz von 3 bis 50 Konsultationen (MW 16, Median 10). 72 Prozent (n=128) der Teilnehmenden sahen weitere Patienten, mit denen sie aufgrund unterschiedlicher Sprachen nicht gut verbal kommunizieren konnten. Pro Quartal variierten die Angaben von 1 bis 250 (MW 23, Median 10). Davon sahen acht Praxen über 100 Patienten der Zielgruppe pro

Quartal. 50 Teilnehmende gaben an, keine Kommunikationsprobleme aufgrund unterschiedlicher Sprachen in der Praxis zu haben. Die Frage, wie das Sprachproblem aktuell gelöst wird, wurde von 127 Teilnehmenden im Freitext beantwortet. Fast alle Antworten waren den vier Kategorien „mitgebrachte Dolmetschende“, „Fremdsprachenkenntnisse in der Praxis“, „nonverbale Kommunikation“ und „technische Mittel“ zuzuordnen (Abb.). Sieben der Teilnehmenden gaben an, in der Praxis keine Lösung zu finden.

Mitgebrachte Dolmetschende

Mehrheitlich (n=94) wurde angegeben, dass Personen aus dem privaten Umfeld wie Familienangehörige (57) und Freunde oder Bekannte (27) zum Dolmetschen in die Konsultation mitgebracht werden. Dies geschieht zum Teil selbstständig, in vielen Fällen wird es jedoch auch zur Voraussetzung für die Behandlung gemacht: „Patientinnen müssen einen Übersetzer / Familienangehörige mit Deutschkenntnissen mitbringen.“

In sieben Fällen wurde eine telefonische Zuschaltung von privaten Dolmetschenden als Möglichkeit genannt: „Teilweise können Bekannte angerufen werden, die leidlich übersetzen.“ / „Es werden Dolmetscher aus der



SIE SEHEN GERADE EINEN PATIENTEN BEIM ARZT WARTEN.
med.timeacle.de

Familie per Handygespräch zugeschaltet. Sonst ist keine adäquate Behandlung möglich.

Ebenfalls wurden nicht private, in die Konsultationen mitgebrachte Dolmetschende angegeben (n=24), z. B. „ehrenamtliche Dolmetschende“ – oder auch „andere Patienten“.

Fremdsprachenkenntnisse in der Praxis

Unterschiedliche Sprachkenntnisse im Praxisteam wurden am zweithäufigsten als Lösungsweg in der Kommunikation genannt (n=59). Dabei wurden Medizinische Fachangestellte, Auszubildende oder Kolleginnen und Kollegen, die über die benötigten Fremdsprachenkenntnisse verfügten, als Dolmetschende eingesetzt. Viele Teilnehmende gaben eigene Fremdsprachenkenntnisse an oder versuchten, Englisch als Konsultationssprache zu nutzen.

Nonverbale Kommunikation

An dritter Stelle wurden nonverbale Kommunikationswege angegeben (n=40). Dabei überwog der Einsatz von Mimik und Gestik (35), allein die Redewendung „mit Händen und Füßen“ wurde 24-mal genannt. Fünf Teilnehmende gaben den Einsatz von Bildern, selbst erstellten Zeichnungen oder die Mitgabe von schriftlichen Informationen an. „Manchmal schreibe ich Informationen auf einen Zettel, in der Hoffnung, dass im Umfeld jemand lesen und übersetzen kann.“

Technische Mittel

14 Teilnehmende gaben an, im Rahmen der Konsultation unterschiedliche Apps oder online kostenfrei zur Verfügung stehende

Übersetzungssoftware zu nutzen. 61 Prozent (n=108) können sich unabhängig von der Kostenfrage die Nutzung eines Videodolmetsch-Systems in ihrer Praxis vorstellen, 37 Prozent (n=65) nicht. 5 Teilnehmende haben die Frage nicht beantwortet. Als technische Voraussetzungen für den Einsatz waren bei 84 Prozent der Teilnehmenden (n=149) ein Internetzugang und bei 71 Prozent (n=127) eine PC-Nutzung im Gespräch gegeben.

Weitere Anmerkungen

15 Teilnehmende nutzten die Möglichkeit zu weiteren Anmerkungen. Neben positiven Erwartungen und zwei Angeboten, als Testpraxis zu fungieren, wurde z. B. vorgeschlagen, das Angebot in Zeitslots, gegebenenfalls über Termin-Service-Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorzuhalten. Gleichzeitig wurden Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes geäußert. Mehrere Befragte äußerten, dass Videodolmetschen eher in Polikliniken des UKE, größeren MVZ oder zentral für Geflüchtete eingerichteten Praxen sinnvoll wäre. Eine Nutzung in der Praxis wurde zum Teil als zu zeit- und aufwendig angesehen, für spezielle Anamnesen, z. B. bei seltenen Erkrankungen oder sensiblen Themen wie Sexualität, wäre die persönliche Anwesenheit eines Dolmetschenden vor Ort zudem unabdingbar.

Diskussion

Mit dem stetigen Abbau der EA steigt aktuell die Zahl der Geflüchteten, die aus der Erstversorgung mit von der Stadt Hamburg finanzierten Dolmetschenden in die Regelversorgung übergehen sollen. Immer wieder

suchen Geflüchtete mit einer Versicherungskarte die Sprechstunden in den EA auf, da sie sich in Praxen der Regelversorgung nicht ausreichend verständlich machen können.

In Hamburg werden in mehr als zehn EA gute Erfahrungen mit dem Videodolmetschdienst (10) gemacht. Unsere Befragung bietet eine Grundlage für die Diskussion, ob dieser Dienst zur Lösung sprachlicher Probleme in Arztpraxen beitragen und ob er Akzeptanz finden würde. Weitere Untersuchungen sind nötig, um seinen Nutzen in der ambulanten Regelversorgung beurteilen zu können. Am UKE wird derzeit eine Studie durchgeführt, in der aufgezeichnete Videodolmetschkonsultationen analysiert werden. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung ist erforderlich, um die angenommene Kosteneffektivität wissenschaftlich abzusichern. Unabhängig davon ist eine gesicherte Finanzierung professionell Dolmetschender, die kompetent qualifiziert sind, für den Einsatz in verschiedenen, je nach Setting benötigten Sprachmittlungsmodellen notwendig, um die Versorgung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Zusammenfassung des Originalartikels, der am 15. November 2017 in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin veröffentlicht (11) wurde.

Claudia Mews

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: c.mews@uke.de

Methodik und Ergebnisse der Befragung im Einzelnen

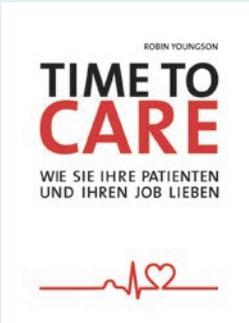
Die Befragung erfolgte durch das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg. Am 22. November 2016 wurde ein mit der Software Inquiry® erstellter Online-Fragebogen per E-Mail an alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie und Psychiatrie versandt, von denen der Ärztekammer Hamburg eine E-Mail-Adresse vorlag. Am 14. Dezember 2016 wurde eine Erinnerungs-E-Mail verschickt.

Es handelte sich um eine quantitative Querschnittserhebung, bei der zwei offene Fragen und vier geschlossene Auswahlfragen, zum Teil mit Einfach- und zum Teil mit Mehrfachauswahlmöglichkeit, gestellt wurden. Die Freitextantworten zu Fragen nach „Aktuellen Lösungswegen im Umgang mit einer Sprachbarriere“ und „Weiteren Angaben“ wurden inhaltlich ausgewertet und kategorisiert. Daneben wurden demografische Angaben zu Person und Praxis erhoben. Insgesamt

wurden N = 1.309 Fragebögen versandt und 178 ausgefüllt, was einem Rücklauf von 13,6 Prozent entspricht. 49 Prozent der Teilnehmenden waren weiblich, 41 Prozent männlich, 10 Prozent haben keine Angabe zu ihrem Geschlecht gemacht. Das Durchschnittsalter der Antwortenden lag bei 54 Jahren (36 – 77), 23 Antwortende machten keine Angabe zum Alter. Die Rückmeldungen kamen aus 49 der insgesamt 104 Hamburger Stadtteile, die meisten aus Eimsbüttel (n=9), Winterhude (n=7), Volksdorf und Eppendorf (je n=6).

Die Dauer der Niederlassung der Antwortenden lag im Schnitt bei 25 Jahren (6 – 50). Als Facharztbezeichnung wurden in absteigender Reihenfolge Allgemeinmedizin (n=56), Innere Medizin (n=41), Gynäkologie, (n=22), Psychiatrie und Psychotherapie (n=21), Pädiatrie (n=12) und Neurologie (n=1) angegeben. 17 Teilnehmende beantworteten die Frage nach der Facharztbezeichnung nicht, 28 Teilnehmende gaben eine „Sonstige Gebietsbezeichnung“ an, z. B. Onkologie, HNO oder Infektiologie.

Ein realitätsnaher Ratgeber für eine menschliche und mitfühlende Medizin



Robin Youngson: Time to Care. Wie Sie Ihre Patienten und Ihren Job lieben.
Mabuse-Verlag 2017,
315 S., 24,95 Euro

die Basis bildet, das Leid anderer zu erkennen und damit auch eine entscheidende Möglichkeit bietet, dieses zu lindern. Mit den Erfahrungen des Autors – von seiner Ausbildung in Großbritannien bis zu seiner Tätigkeit als Anästhesist und Leiter von Krankenhäusern in Neuseeland – führt das Buch lebendig, kurzweilig und fast spielerisch in fundiert recherchierte Themen ein, beginnend beim Burn-out-gefährdeten Arzt oder Pfleger, über Schilderung der Härte und Aggression in Kliniken bis hin zu einer neuen Führungskultur im Gesundheitswesen.

„Ist unser Gehirn in einem positiven Zustand, erweitert sich das Feld unserer Wahrnehmung ... unsere Kapazität nimmt zu.“ Robin Youngson entwickelt aus dem hochbrisanten Thema High-Tech-Medizin, der Diskussion um die immer teurer werdende Behandlung und der gleichzeitigen Zunahme der Entfremdung vom Menschen einen neuen und erfolgreichen Weg für Ärzte: Er holt uns zurück zu unserer eigentlichen, heute fast provokativen Aufgabe, dem Menschen in schwierigster Situation – dem Verlust seiner Gesundheit – zu dienen und dabei nicht unser eigenes Glück zu verlieren. In seinem Fokus liegt die mitfühlende Fürsorge als menschliche Qualität, die

Er bekräftigt wiederholt, dass ein mentaler Zustand des offenerzigen Mitgefühls ausnahmslos mit einer klaren Wahrnehmung für unsere Patienten einhergeht. Es geht um sich befruchtende Gesundheit zwischen Patient und Gesundheitswesen. Dabei sind wesentliche Themen: Achtsam handeln, positive Sicht, heilende Hände, Freundlichkeit – sogenannte Soft Skills, die mit Beispielen und vielen neurowissenschaftlichen Daten in ihrer Effektivität untermauert werden. Durch seinen Fokus auf die Humanisierung des Gesundheitswesens durch „langsamer werden, Verbundenheit herstellen“ öffnet sich ein Raum der Heilung, die wesentliche Basis, um Fachwissen überhaupt wirken zu lassen und dabei selbst mehr Glück zu empfinden. Jede Figur des Gesundheitssystems bezieht Youngson mit ein bis hin zur Konkretisierung einer neuen Rolle der Führungskräfte. Der Mediziner zeigt den neuen „alten“ Weg hin zu Gesundheit mit lebendigen, überzeugenden Beispielen, Fakten und Zahlen auf – auch unter dem Aspekt großer Fragen wie: Können wir uns Zeit und Mitgefühl leisten? Er entwickelt aus seinen Theorien zur Partnerschaft mit Patienten eine Heilkraft, die sich tiefgreifend auf die Physiologie bis hin zur zellulären Heilung auswirkt. Hieraus resultiert eine persönliche Erfüllung im Arztberuf durch die Dankbarkeit der Patienten und die berufliche Zufriedenheit als Burn-out-Prävention. Denn: Glück macht gesund, Wege dorthin sind Wertschätzung und Dankbarkeit, Motivation und Freundlichkeit. Ein Buch für jeden im Gesundheitswesen Tätigen, der die Begeisterung für seinen Beruf und dessen positive Wirkung beibehalten möchte.

Dr. Simone Henne, Internistin und Kardiologin

Professionelle Praxis- und Laborreinigung



- ✓ Wir bieten Ihnen die tägliche professionelle Reinigung Ihrer Praxen- und/oder Laborflächen.
- ✓ Durch unser Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001 sind wir auf die Einhaltung höchster Standards zertifiziert.
- ✓ Lassen Sie sich durch uns ein unverbindliches Lösungskonzept erstellen.



NORDDIG
NORDDEUTSCHE
DIENSTLEISTUNGSGESELLSCHAFT mbH

Testen Sie uns jetzt!

Wir präsentieren Ihnen unser individuelles Konzept.
Tel: 040 - 59 46 80 90 · www.norddig.com

Ressourcenverschwendung

Die Krankenhäuser liebäugeln damit, die Notfallversorgung zum ambulanten Komplettangebot auszubauen. Teure Fehlallokationen würden so zum Normalfall. *Von Dr. Dirk Heinrich*

Ambulanter Notfalldienst *ist KV-Sache*



Dr. Dirk Heinrich kritisiert die offensive Werbung von Krankenhäusern für eine Behandlung in den Notaufnahmen

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser ertrinken geradezu im Ansturm ambulanter Patienten, behauptet die Deutsche Krankenhausgesellschaft – und macht dafür die unzureichende Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verantwortlich. Sieht man sich die über die KV abgerechneten Notfall-Leistungen in Hamburg an, stellt sich die Situation etwas widersprüchlicher dar. Bei einigen Krankenhäusern ging die Zahl der behandelten Notfälle 2016 im Vergleich zum Vorjahr zurück. Andere hatten eine steigende Inanspruchnahme zu verzeichnen. Unterm Strich gibt es einen Anstieg von zwei Prozent – was sich im Vergleich zum Acht-Prozent-Anstieg in den KV-Notfallpraxen nicht allzu dramatisch ausnimmt.

„Die ambulante Notfallversorgung am Krankenhaus ist zu teuer“

Seltsam ist aber, dass die Krankenhäuser gar nichts unternehmen, um den angeblichen Ansturm auf die Notaufnahmen einzudämmen. Es gibt keine Bestrebungen, die Notaufnahmen für jene Patienten zu schließen, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad kommen und ganz offensichtlich keine echten Notfälle sind. Das Bethesda-Krankenhaus Bergedorf verfolgt eine gegenteilige Strategie: Es hat die Zentrale Notaufnahme in eine eigenständige Abteilung umgewandelt. Mit bunten Flyern wirbt das Krankenhaus: „Unsere Zentrale Notaufnahme ist an 365 Tagen rund um die Uhr für die Behandlung akuter Verletzungen und Erkrankungen für Sie da.“ Die Patienten werden mit offenen Armen empfangen. Um eine optimale individuelle Versorgung zu gewährleisten, steht ein „interprofessionelles Team aus Mitarbeitern der Teamassistenz, spezialisierten Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten aus allen Abteilungen des Krankenhauses“ zur Verfügung. Die Patienten werden in fünf Dringlichkeitsgruppen eingeteilt: von „Lebensgefahr“ bis hin zu „nicht dringend“. Die Kategorie „nicht dringend“ bedeutet: „Eine Behandlung wird eingeleitet, sobald ein entsprechender Arzt zur Verfügung steht.“

Wenn Krankenhaus-Notaufnahmen offensiv um Patienten werben, kann es mit der Überlastung nicht ganz so schlimm sein. Worum geht es wirklich? Die Krankenhäuser generieren 50 Prozent ihrer stationären Aufnahmen aus der Notaufnahme. Eine gut besuchte Notaufnahme könnte also schon jetzt im wirtschaftlichen Interesse der Krankenhäuser liegen. Außerdem wittern die Krankenhäuser mittelfristig ein lukratives Betätigungsfeld in der ambulanten Versorgung. Eine Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 15. November 2017 zur Notfallversorgung formuliert das ganz unverhohlen: „Konzepte, die im Wesentlichen die Fortsetzung der sektorgetrennten Patientenzuordnung propagieren, sind rückwärtsgewandt und führen nicht weiter“, heißt es dort. „Aus Krankenhaussicht muss im Mittelpunkt einer Lösung eine auf die Kliniken zugeschnittene Finanzierung stehen.“ Das Problem ist: Die ambulante Notfallversorgung am Krankenhaus ist ziemlich teuer. Um kostendeckend arbeiten zu können, müsste die Krankenhausgesellschaft eine Anhebung der Notfallpauschale auf über 120 Euro durchsetzen – eine Summe, für die niedergelassene Ärzte schon mal zwei oder drei Patienten über ein ganzes Quartal hinweg versorgen. Halten wir also fest: Der Anstieg des Patientenandrangs in den Krankenhaus-Notaufnahmen wird oftmals übertrieben dargestellt. Gleichzeitig bereiten sich die Krankenhäuser darauf vor, Strukturen für das Komplettangebot einer ambulanten Versorgung zu schaffen. Das ist ein Angriff auf die Vertragsärzte und insbesondere auf die hausärztliche Versorgungsebene, den wir nicht hinnehmen können. Und es ist gesundheitspolitischer Unfug. Warum sollte man ausgerechnet den teuersten Anbieter im System zum ersten Ansprechpartner für gesundheitliche Probleme und Problemchen aller Art machen?

„Man ist tagsüber beschäftigt und geht abends zum Arzt“

Unstrittig ist, dass etwa ein Drittel der Menschen, die in den Krankenhaus-Notaufnahmen sitzen, keine echten Notfälle sind. Die KV

Hamburg hat eine Studie in Auftrag gegeben, um mehr über die Gründe für diese Fehlallokation zu erfahren. Weshalb steuern Patienten, die in der vertragsärztlichen Versorgung sehr viel besser und günstiger versorgt werden könnten, das Krankenhaus an? Ein Teil dieser Menschen bringt eine Erwartungshaltung mit, die ich „Zalando-Mentalität“ nenne: Man will seine Schuhe sofort haben – egal, ob die Geschäfte gerade geöffnet sind oder nicht. Und der Paketbote muss möglichst noch warten, damit man die Schuhe gleich anprobieren und eventuell wieder zurückschicken kann. Diese Mentalität überträgt man auf die medizinische Versorgung: Man ist tagsüber sehr beschäftigt und geht abends zum Arzt. Und da soll bitte auch gleich ein interdisziplinäres Team und ein hochtechnisierter Gerätepark für Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen.

In Wahrheit trifft der Patient in einer Krankenhaus-Notaufnahme wohl eher auf einen Arzt in Weiterbildung, der – anders als der erfahrene Facharzt in der Niederlassung – die Dringlichkeit und Schwere des Falls nicht einzuschätzen weiß und sicherheitshalber eine umfassende Diagnostik anstößt. Und niemand wird abstreiten, dass die Chance des Patienten, zur Abklärung seiner gesundheitlichen Probleme stationär aufgenommen zu werden, in einer Krankenhaus-Notaufnahme höher ist als in einer mit Facharztstatus arbeitenden Arztpraxis.

„Um Ressourcenverschwendung zu vermeiden, brauchen wir ein gestuftes Angebot“

Doch um die Patienten mit fachlicher Expertise und ohne Ressourcenverschwendung versorgen zu können, brauchen wir ein gestuftes System. Patienten, die keine Notfallversorgung benötigen, müssen bereits abgefangen werden, bevor sie sich auf den Weg ins Krankenhaus machen und dort horrenden Kosten verursachen. Das funktioniert nur, wenn wir auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten gute und attraktive Angebote im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung machen. Mit dem „Arztruf Hamburg“ hat die KV Hamburg ein neues Bereitschaftsdienst- und Servicekonzept entwickelt. Zentrales Element des Konzepts ist die Rufnummer 116117. Wer diese Nummer wählt, erreicht das Callcenter der KV. Von dort werden die Patienten gezielt an ein passendes Angebot weitervermittelt: Dazu gehört eine telefonische Beratung durch einen Arzt, ein ärztlicher Hausbesuch, die Weiterleitung an die nächstgelegene KV-Notfallpraxis oder die Vermittlung eines Termins in einer Arztpraxis während der nächsten Tage.

Die Politik setzt vor allem auf die Einrichtung von Portalpraxen. Das sind KV-Notfallpraxen, die direkt am Krankenhaus angesiedelt sind und Patienten übernehmen, die ambulant behandelt werden können. Dieses Konzept funktioniert aber nur, wenn es einen gemeinsamen Tressen gibt, an dem entschieden wird, ob es sich um einen Fall für die Krankenhaus-Notaufnahme oder für die Portalpraxis handelt. Die Steuerung von Patienten in eine passende Versorgungseinheit gehört zur Kernkompetenz der Niedergelassenen. Das machen wir in den Praxen jeden Tag. Wir entscheiden, ob der Patient stationär aufgenommen werden muss, ob er sofort vom Arzt gesehen werden sollte oder ob es möglich ist, noch etwas zu warten. Erst diese Abstufung macht eine gute, angemessene und günstige Versorgung möglich.

„Die Krankenkassen müssen ihren Teil zum Gelingen des Projekts beitragen“

Der „Arztruf Hamburg“ umfasst Leistungen, die von den Vertragsärzten zusätzlich zu erbringen sind. Deshalb erwarten wir, dass die Krankenkassen ihren Teil zum Gelingen des neuen Konzepts beitragen. Wenn Fehlallokationen und zweifelhafte Krankenhausaufnahmen künftig eingedämmt werden können, stellt das für die Kassen eine lohnende Investition dar.

Arztruf 116117 – Machen Sie mit!

Haben Sie Interesse an der Übernahme von Diensten im Rahmen der neuen Angebote (telefonischer Beratungsdienst, Besuchsdienst, Notfallpraxis)?

Für eine erste Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter des Notdienstbüros der KV Hamburg:

**Tel. 22802 - 361 /-363 /-324 /-325 /-412 oder
E-Mail: notfalldienste@kvhh.de**

Die Versorgung nicht-krankenhauspflichtiger Notfälle ist ein Teil unserer Tätigkeit als Vertragsärzte. Vor allem die Dienste in den Notfallpraxen und die Möglichkeit, zu Hause oder in der Praxis die telefonische Beratung der Patienten zu übernehmen, wird von den Kollegen geschätzt. Die Vergütung ist adäquat. Und es sind spannende Tätigkeiten, die den Blick über die normale Praxistätigkeit hinaus erweitern.

Dr. Dirk Heinrich ist Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

DER KRACHER

**Ihre dauerhafte Preisersparnis:
40 € pro Monat!**



**Dieses Angebot ist DER KRACHER:
Praxissoftware medatixx für ~~129,90~~ 89,90 €**

Schlagen Sie zu! Sie können nur gewinnen. Denn Sie erhalten die Praxissoftware medatixx für 89,90 €* Softwarepflege im Monat! Zusätzlich zum Grundpaket liegen viele kostenfreie Zusatzleistungen im Ring. Damit gehen Sie nie K. o. Achten Sie auf Ihre Deckung! Denn die Aktion endet am 31.12.2017. Informieren Sie sich daher gleich über alle Details zum Kracher-Angebotspaket unter ich-will.medatixx.de.



* mtl./zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Die Aktion gilt nicht für Bestandskunden der Praxissoftware medatixx/easymedx. Sie endet am 31.12.2017. Angebotsbedingungen siehe: shop.medatixx.de
Foto: © master1305/Fotolia.com

Praxissoftware
medatixx



Im Umgang mit Patienten sollte Humor weder platt noch verletzend sein

Mit Humor geht alles leichter

Wohl dosiert Wenn ein guter Kontakt zum Patienten besteht, lässt sich mit witzigen Bemerkungen die Behandlungssituation auf eine vertrauensvolle Ebene bringen. Doch nur ein verbindender Humorstil stärkt das Arzt-Patienten-Verhältnis. *Von Jan-Rüdiger Vogler*

Erschrocken blickt der Patient seine Hausärztin an. „Nein, das geht nicht“, sagt er verständnislos. „Ich kann unmöglich zu Hause bleiben!“ Er kommt mit starken Erschöpfungssymptomen in die Praxis. Seine Ärztin attestiert ihm Arbeitsunfähigkeit. Was bei vielen Arbeitnehmern Erleichterung hervorruft, ist für diesen Patienten eine Bedrohung. Er besitzt einen familiengeführten Gartenbaubetrieb, für den er Tag und Nacht da ist. „Ich könnte Ihren Arm eingipsen, wenn es Ihnen dann leichter fällt, zu Hause zu bleiben“, kontert die Ärztin. Der Patient ist irritiert, für einen Moment legt sich seine Stirn in Falten, dann lacht er herzlich. „Ja, ist in Ordnung“, antwortet er, „ich sehe zu, dass ich eine Pause mache.“

Dieses wahre Beispiel zeigt, wie humorvolle Bemerkungen die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten vereinfachen und auf eine andere Ebene heben können. Ängste und behindernde Glaubenssätze („Erschöpfung ist kein Grund zu Hause zu bleiben“) können auf diese Weise überdacht werden. So wie bei obigem Patienten, in dessen Lebenswirklichkeit ein freier Tag nicht vorkam. Erst der komische, weil scheinbar unsinnige Vorschlag seiner Ärztin ermöglichte ihm, seine eingeschränkte Sichtweise zu erweitern. Durch sein Lachen öffnete sich schlagartig ein Fenster, das ihm eine neue Perspektive auf die angebotene Therapie ermöglichte.

Der Einsatz von Humor will wohlplatziert und dosiert sein, damit er positiv wirkt. Der Psychologe Sven Svebak, der in Trondheim seit Jahrzehnten zum Sinn von Humor forscht, empfiehlt für den humorvollen Umgang im Arzt-Patienten-Verhältnis: „Das geht, wenn zwischen Arzt und Patient ein Vertrauensverhältnis besteht. Dann kann man vorsichtig versuchen, humorvolle Bemerkungen anzubringen.“ (1)

Wie entsteht dieses Vertrauensverhältnis? Vor allem durch echten Kontakt und Wertschätzung, die es ermöglichen, eine Verbindung zum Patienten herzustellen. Ärzte, die während des Arzt-Patienten-

Gesprächs hinter dem Computer mit der Eingabe von Daten beschäftigt sind, wird es schwerer gelingen, eine humorvolle Bemerkung angemessen zu platzieren. Bei mangelnder Aufmerksamkeit und auch bei mangelnder Sympathie ist eine humorvolle Kommunikation nicht zu empfehlen. In diesen Fällen wird auch die gut gemeinte Bemerkung

oft als verletzend empfunden. Es gehört Feingefühl und ein Abschätzen der Situation dazu, ob gerade dieser Patient den Humorfaden aufgreifen könnte. Denn Humor entsteht durch die Kombination von Dingen, die nicht zusammenpassen: die Erkrankung, die möglicherweise Schmerzen und Leid verursacht und die Lebensqualität beeinflusst, wird konterkariert durch das bewusste nicht Ernstnehmen in dieser konkreten Situation. Diese Paradoxe lassen in der Regel mehrere Interpretationen zu. „Wir schneiden Sie in viele dünne Scheiben“, kann als lockerer Spruch vor einer CT-Untersuchung entspannend, aber auch angstmachend wirken.

Deshalb ist es wichtig, bei humorvollen Bemerkungen Blickkontakt zu halten. Wie reagiert das Gegenüber? Ist die spaßige Botschaft angekommen oder wird sie fehlinterpretiert? Erkennt der Patient den wertschätzenden Charakter der Bemerkung? Nur wenn dieser Kontakt besteht, kann der Arzt sofort gegensteuern, wenn der Patient nicht so wie erwartet reagiert.

Ein klavierspielender Hamburger Hausarzt behandelt eine Patientin wegen ihres Tinnitus'. Dabei entspinnt sich folgender Dialog:

Arzt: Demnächst gebe ich wieder ein Konzert.

Patientin: Da wäre ich gern dabei.

Arzt: Aber nicht, dass Ihr Tinnitus schlimmer wird!

Patientin: Dafür hat schon Ihr letztes Konzert gesorgt.

Das Vertrauensverhältnis muss stimmen

Humor bietet also viele Fallen – ist es dann nicht besser, ihn zu vermeiden? Im Zweifelsfall: Ja! Doch wenn das Vertrauensverhältnis stimmt, ist Humor äußerst hilfreich. Ein seit zwanzig Jahren praktizierender Hamburger Hausarzt behauptet sogar: „Ich halte Humor und Lachen für unersetzbar in meinem ärztlichen Alltag.“ Humor ist ein Gegenspieler der Angst. Diese ist bei der Behandlung von Patienten allgegenwärtig. Humor spielt mit der Angst und nimmt ihr

so ihren Schrecken und ihre Macht. Ein lachender Patient kann sich nicht gleichzeitig ängstigen. Lacht er in einer für ihn bedrohlich erscheinenden, lähmenden Situation, verliert er zumindest für diesen Augenblick seine Ohnmacht und spürt die Bindung zum Arzt. Für das Arzt-Patienten-Verhältnis ist dieser Zusammenhang vor allem in Hinblick auf die Therapietreue sehr hilfreich.

Humor fördert die Resilienz

„Nichts lässt Patienten so sehr distanzieren wie der Humor“, schrieb Viktor Frankl bereits 1959 im „Grundriss der Existenzanalyse“ (2). Der Wiener Neurologe und Psychiater wies auf die Widerstandskraft des Humors hin. Denn Patienten, die mit Widrigkeiten humorvoll umgehen, verfügen über eine erhöhte Resilienz. Ein beeindruckendes Beispiel lieferte der amerikanische Wissenschaftsjournalist Norman Cousins, der an Morbus Bechterew litt. Er behandelte sich mit regelmäßigem Betrachten von lustigen Videos und erreichte auf diese Weise eine signifikante Schmerzreduktion. Rund zehn Minuten Lachen verschafften ihm mindestens zwei Stunden schmerzfreies Schlafen (3). Wissenschaftliche Versuche bestätigten den subjektiven Eindruck von Cousins im Nachhinein.

Paul McGhee, einer der Pioniere der Lachforschung, ließ zum Beispiel Testpersonen ihre Hand in eiskaltes Wasser tauchen (4). Der Psychologe stellte fest, dass die Probanden diese schmerzhafteste Prozedur länger aushielten, wenn sie dabei spaßige Filme ansahen. Auch Willibald Ruch, wegweisender Lachforscher an der Universität Zürich, hat darauf hingewiesen, dass Lachen und Humor auf verschiedenen Wegen Schmerzen beeinflussen können (5). Zum einen fördern sie die Produktion endogener Opiate. Zum anderen wirken sie durch Entspannung und Ablenkung sowie durch die Verdrängung negativer Emotionen.

Humor kann nicht nur auf der Beziehungsebene zu Patienten hilfreich sein. Auch zur Selbstregulation von Ärztinnen und Ärzten kann eine humorvolle Haltung beitragen. Denn Lachen hat auch eine Schutzfunktion. Mit seiner Hilfe können „emotionale Überschwemmungen“, Ärger, Frustration und viele andere Gefühlslagen kanalisiert werden. Der fordernde Patient, der ohne Termin kommt und sich am Tresen wegen der Wartezeit beschwert, kann auf diese Weise distanziert betrachtet werden. Die professionelle Handlungsfähigkeit bleibt erhalten. Wie diese Selbstregulation in der Praxis funktioniert, zeigt das folgende Beispiel.

Der Patient fühlt sich sehr unwohl, ohne dass ein klares Krankheitsbild zu erkennen ist. Der Arzt veranlasst umfangreiche Untersuchungen. Das Ergebnis: Alle Werte des Patienten sind in Ordnung. Daraufhin wird der Patient ärgerlich, weil er keine Erklärung für sein Unwohlsein bekommen hat. Er greift den behandelnden Arzt verbal an. Der Mediziner erkennt jedoch das komische Element der Situation: Der Patient ist ärgerlich weil er nicht somatisch krank ist! Sein Drang nach einer Erklärung überwiegt die positive Nachricht. Ein innerliches Schmunzeln lässt den verbalen Angriff am Arzt abprallen. Er kann gelassen und professionell reagieren.

Humor im Praxisalltag ist eine Grundhaltung, die menschliche Schwächen akzeptiert und mit ihnen spielt. Dann ist auch der folgende Dialog möglich, von dem eine Internistin berichtet. Patient: „Ich will aber nicht alt und gebrechlich werden!“ Ärztin: „Ist doch besser, als jung zu sterben!“

Humorvolle Haltung kann man lernen

Entgegen der Annahme „Humor hat man oder hat man nicht“, lässt sich die humorvolle Haltung üben. Eine konkrete Anleitung dafür gibt Paul McGhee mit seinem Trainingsprogramm „Humor as Survival Training for a Stressed-Out World“ (6). Ziel dieses Trainings ist es, in Stresssituationen Humor bewusst als Bewältigungsstrategie einzusetzen.

Das Programm beginnt damit, sich seines eigenen Humorstils bewusst zu werden. Denn nicht jede Art von Humor ist hilfreich. So unterscheidet Rod A. Martin, Humorforscher an der University of Western Ontario, zwischen zwei positiven und zwei negativen Humorstilen (7). Demnach wird aggressiver Humor benutzt, um Mitmenschen abzuwerten. Selbstentwertender Humor zielt darauf, sich mit witzigen Bemerkungen über eigene Schwächen beliebt zu machen. Beide Humorstile können im medizinischen Kontext Schaden anrichten. Sie führen dazu, dass Patienten sich verspottet fühlen oder an der Kompetenz des Arztes zweifeln.

Hilfreich sind hingegen der verbindende Humorstil, der zwischenmenschliche Spannung reduziert, und der selbststärkende Humorstil, der selbst im Stress eine humorvolle Perspektive ermöglicht. Diese Humorstile stärken das Arzt-Patienten-Verhältnis sowie den Zusammenhalt und die Resilienz im Team.

Das Programm von McGhee trainiert die positiven Humorstile. Üben sollte man demnach vor allem den Blick fürs Komische im Alltag. Denn Komik ist überall präsent. Man muss sie nur erkennen. Auch in Arztpraxen sind täglich zahlreiche paradoxe Verhaltensweisen und inkongruente Situationen zu beobachten. So bemerkte Alfred Adler, Begründer der Individualpsychologie: „Sie werden nie eine Neurose finden, die nicht einem Witz ähnelt!“ – und empfahl seinen Kollegen, sich eine Witzesammlung anzulegen.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-iv.html

Jan-Rüdiger Vogler

Humor- und Improvisationstrainer,
Systemischer Coach, Journalist
E-Mail: vogler@rollenwexel.de



Familie, Freizeit und Beruf unter einen Hut bringen?

Mit uns landet Ihre Familie nicht auf dem Abstellgleis und Ihre Hobbys müssen Sie auch nicht an den Nagel hängen. Bestimmen Sie selbst über Ihre Zeit und genießen Sie gleichzeitig die Sicherheit einer festen Anstellung. Zwischen Minijob und Vollzeittätigkeit sind viele Optionen denkbar.

www.anaesthesieagentur.de | ana@hireadoctor.de

 **AnästhesieAgentur**
Hire a Doctor Group

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel.: 25 46 – 27 02	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. letzten Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 598 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstag, 09. Januar, 19.30 Uhr	Mein Patient blutet: Grundlagen und Vorgehen bei Hämorrhagien in der ambulanten Medizin & Thrombosen: Ursachen, Risikofaktoren und Therapie in der Praxis	amedes-Gruppe, Auskunft/Anm.: Tim Broecker, Tel. 33 44 11 – 99 66, veranstaltungen@amedes-group.com	aescuLabor Hamburg, Haferweg 40
Dienstags (7.20 Uhr) u. donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Pneumologie- und Thoraxtumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Avan, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 15.45 – 17.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Fälle, die besonders intensiver Diskussion bedürfen)	Asklepios Klinikum Harburg, Anmeldung: spratt@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Infos unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Raum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 11-13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Wilhelm-Strauß-Weg 6, Betriebsarzt-Zentrum
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Neurochirurgie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Suurheid 20, Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka und Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2, Seminarraum
Jd. 3. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „Psychotherapeutische Medizin“	Ärztehaus, Anmeldung: Dr. Gutermuth, Tel. 46 32 75; Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden / Dr. Rüter, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Maas / Finkenstaedt, Raboisen 40
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61,	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. OG
Mittwochs, 12.30 – 14.00 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankenhaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, www.kinderkrankenhaus.net	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13 – 14 Uhr	Interdisziplinäres Kopf-Hals-Tumorboard	UKE, Anm.: PD Dr. Münscher, Tel. 7410 – 500 47 oder a.muenscher@uke.de	Martinistr. 52, Röntgendemonstrationsraum
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Pankreas- und Leberzentrums	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum 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, Moorkamp 2–6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 14.30 – 15 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Hämatologische Neoplasien	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Mittwochs, 15 – 16.30 Uhr	Tumorkonferenz Thoraxzentrum	Asklepios Klinikum Harburg, Thoraxchirurgie, Anm.: k.bierschwale@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Frauenklinik, Kontakt: Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Jd. 2. Mittwoch, 16 Uhr c. t.	Interdisziplinäres gefäßmedizinisches Kolloquium	Asklepios Klinik St. Georg, Infos und Anm.: Frau Boyens / Frau Kolschöwsky, Tel. 18 18 – 85 39 80	Lohmühlenstr. 5, Haus P, Hörsaal 3
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonferenz (Anmeldung von Patienten 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	Asklepios Klinik Altona, Infos und Anm.: Frau Schmidt-Zoricic, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 3. Mittwoch, 17.00 – 19.15 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz (4 P)	Rückenzentrum Am Michel, Dr. Kay Niemier, E-Mail: k.niemier@ruecken-zentrum.de	Ludwig-Erhard-Straße 18
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Inn. Medizin	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7.30 – 8.30 Uhr	Radiologische, interdisziplinäre Fallbesprechung	AK St. Georg, HNO-Klinik, Auskunft: Frau Posselt Tel.: 18 18 – 85 22 37, E-Mail: s.posselt@asklepios.com	Lohmühlenstr. 5, Haus C, Demoraum der Radiologie
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	Lohmühlenstr. 5, Haus CF, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“, öffentliche Fallkonferenz und Vortrag zu gefäßmedizinischen Themen	Univ. Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin, Anmeldung unter Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik für Anästhesiologie, Tel. 25 46 – 26 41	Alfredstr. 9, Bibliothek der Anästhesie
Donnerstag, 14. Dezember, 15.30 – 17 Uhr	Zertifiziertes Weiterbildungskolloquium „Über den Tellerrand blicken...“: Update EKT, Referent Prof. Dr. med Dipl. Phys. A. Sartorius (Heidelberg)	UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. K. Wiedemann, Prof. Dr. J. Gallinat, Tel. 7410 55 616, E-Mail: b.hansen@uke.de	Martinistr. 52, Gebäude W37, Neubau, 4. Stock, Raum 04.13.1
Donnerstags, 16.15 – 18.30 Uhr	14. Dezember: Aspekte der Angehörigenbelastung palliativ versorgter Patienten, 11. Januar: Organtransplantation - Effizienz- und Maximierungsforderungen bei der Verteilung von knappen lebenserhaltenden Ressourcen: Das Beispiel Leberallokation	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Seminar, „Grundfragen der Ethik in der Medizin“, Prof. Kahlke, Tel. 74 10 – 536 96	Martinistr. 52, 1. Campus Lehre, N 55, Seminarraum 310/311 (3. OG)
Donnerstag – Sonntag, 11. – 14. Januar, 9 Uhr	Intensivkurs Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin für Frauenärzte (37 P)	amedes-Gruppe, Auskunft / Anm.: Frau Partsch, Tel. 33 44 11 – 99 66, veranstaltungen@amedes-group.com	Gastwerk Hotel, Beim Alten Gaswerk 3
Donnerstag – Freitag, 25. – 26. Januar, 9 Uhr	12. Operationskurs „Defektdeckungen an Hand und Unterarm“	Abt. f. Hand- / Plastische u. Mikrochirurgie, Auskunft: Sabine Palasz, E-Mail: S.Palasz@bgk-hamburg.de	BG Klinikum Hamburg, Bergedorfer Straße 10
Letzer Donnerstag im Monat, 7.30 – 8.30 Uhr	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M & M)	AK St. Georg, HNO-Klinik, Auskunft: Frau Posselt Tel.: 18 18 – 85 22 37, E-Mail: s.posselt@asklepios.com	Lohmühlenstr. 5, Haus L, 2. Stock
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium	UKE, Kliniken und Polikliniken f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Univ. Prof. Dr. B. Hüneke, Tel.: 741 05 – 35 06	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 4. OG Südturm, Seminarraum 411
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 790 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, I. Chirurgische Abteilung, Tel. 18 18 83 – 12 65	Alphonsstr. 14, Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/Neonatologie/Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel. 6 73 77 – 282	Liliencronstr. 130, Ärztebibliothek
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urolog. Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Groth, Tel. 18 18 – 82 28 11	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 12 11 oder mo.weber@asklepios.com	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urolog. Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft / Anm.: Frau Müller, Tel. 18 18 – 82 18 41	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi. 15 Uhr, Tel. 55 88 – 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Freitag – Samstag, 26. – 27. Januar	The Shoulder – 3. Internationale Konferenz Shoulder Revision Arthroplasty 2018	UKE, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Prof. W. Rüter, Prof. A. Niemeier, www.shoulderconference.org	Handwerkskammer Hamburg, Holstenwall 12
Auswärts			
Mittwoch – Donnerstag, 17. – 18. Januar	9. Gesundheitswirtschaftskongress „Vernetzte Gesundheit ... gewinnt!“ (12 P)	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie u. Senioren Schleswig-Holstein, Online-Anmeldung unter: www.vernetzte-gesundheit.de	Halle400, An der Halle 400 1, 24143 Kiel
Freitag – Samstag, 19. – 20. Januar, 14 Uhr	9. Lübecker Venentage auf dem Campus Lübeck und im Radisson Blu Senator Hotel	UKSH, Hautklinik, Prof. Dr. Birgit Kahle, Auskunft / Anm.: Wiebke Schmidt, Tel. 0451-500 41 505, E-Mail: wiebke.schmidt@uksh.de	UKSH, Haus 10, Ratzeburger Allee 160 + Willy-Brandt-Allee 6, Lübeck

Der besondere Fall

Aktinomykose der Lunge, Leber und Gallenblase

Seltene Erkrankung Ein 49-Jähriger wird wegen unklarer pulmonaler Raumforderungen und drastischem Gewichtsverlust in die Klinik überwiesen. Die Bildgebung legt zunächst nahe, dass es sich um ein Gallenblasenkarzinom mit Leberinfiltration und Beteiligung der Lunge handelt. Histopathologie und Biopsie ergeben jedoch einen überraschenden Befund.

Von Dr. Daniel Rückner¹, Dr. Gotthard von Klinggräff¹, Dr. Hanns-Olof Wintzer², Dr. Daniel Niemeyer³, Prof. Dr. Walter Gross-Fengels¹

Die Aktinomykose ist eine seltene und chronisch progredient verlaufende Infektionskrankheit, die durch ein tumorähnliches Wachstum mit der Neigung zur Abszedierung und der Ausbildung von Granulationsgewebe gekennzeichnet ist.

Meistens entsteht sie durch eine bakterielle Mischinfektion, die vor allem durch *Actinomyces israelii* (anaerobe, grampositive und Grocott-positive Erreger) hervorgerufen wird; seltener auch durch *Actinomyces naeslundii* und *Actinomyces radingae*. In den meisten Fällen (55 Prozent) ist die Aktinomykose zervikofazial lokalisiert. Ein pulmonaler (30 Prozent) und abdominaler Befall (15 Prozent) tritt wenig häufig auf (1). Eine Aktinomykose der Gallenblase ist extrem selten. Bisher wurden weniger als 30 Fälle in der Fachliteratur beschrieben (2). Der hier vorgestellte Fall zeigt, wie die Aktinomykose ein metastasiertes Gallenblasenkarzinom nachahmt.

Ein 49-Jähriger stellt sich zur Abklärung pulmonaler Raumforderungen unklarer Dignität, die im Rahmen einer auswärtigen Routine-

diagnostik aufgefallen waren, in unserer Klinik vor. Der Patient gibt einen Gewichtsverlust von 20 kg und einen leichten Leistungsknick innerhalb der letzten 6 Monate an. Husten oder Luftnot werden verneint. Die körperliche Untersuchung ist bis auf einem leicht reduzierten Allgemeinzustand unauffällig. Als Vorerkrankungen sind ein insulinpflichtiger Diabetes Typ I, ein arterieller Hypertonus, eine pAVK und chronischer Nikotinabusus bekannt. Im Aufnahmelabor sind erhöhte Entzündungsparameter (Leukozyten 20.000/μl, C-reaktives Protein 240 mg/L und eine BSG nach einer Stunde von 105 mm) nachweisbar, außerdem besteht eine hypochrome mikrozytäre Anämie (Hb 8,3 g/dl) und eine Thrombozytose von 725/l. Die übrigen Laborparameter sind bis auf eine leicht erhöhte alkalische Phosphatase (165 U/L) im Normbereich.

Differenzialdiagnostik gibt Aufschluss

CT-morphologisch wird der hochgradige Verdacht auf synchrone bronchiale Neoplasien in beiden Unterlappen mit Zwerchfell- und pleuraler Beteiligung gestellt (Abb. 1). Dazu zeigen sich pathologisch vergrößerte mediastinale Lymphknoten und eine ausgedehnte hepatische Metastasierung.

Die im Rahmen des Stagings durchgeführte Oberbauchsonografie (Abb. 2) zeigt multiple flau und unregelmäßig begrenzte Hypodensitäten der Leber (Abb. 2a) mit positivem Auswachsphänomen in der kontrastverstärkten Ultraschalluntersuchung (CEUS) (Abb. 2b) und darüber hinaus eine exzentrische breitbasige Gallenblasenwandverdickung mit fingerförmiger, organüberschreitender Infiltration der Leber. Es ergibt sich der dringende Verdacht auf ein Gallenblasenkarzinom mit Leberinfiltration sowie hepatischer und pulmonaler Metastasierung.

Zur weiteren Abklärung erfolgt eine ultraschallgesteuerte Punktion der Gallenblase und eines pathologisch vergrößerten Lymphknotens am Leberhilus. Die histopathologische Untersuchung der Biopsiezylinder ergibt zunächst eine stark aktive, einschmelzende und chronisch granulierende Entzündung unter Einschluss eines pseu-

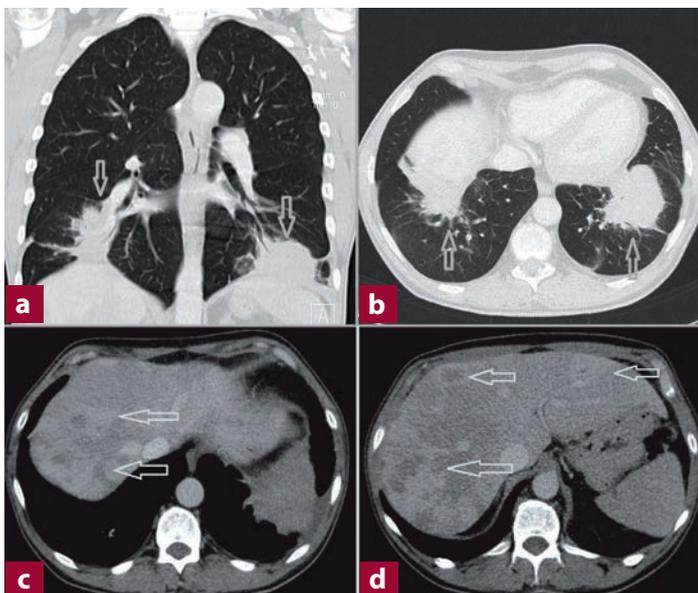


Abb. 1: CT-Thorax: Markierte spikulierte, dem Zwerchfell aufliegende Raumforderungen in den basalen Lungenunterlappen beidseitig (a und b). Inhomogene, zum Teil konfluierende Absiedlungen der Leber (c und d)

Asklepios Klinikum Harburg

¹ Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

² Allgemeine Pathologie, Hanse Histologikum

³ Klinik für Atemwegs-, Lungen- und Thoraxmedizin

doaktinomykotischen Granuloms. Des Weiteren wird in der interdisziplinären Tumorkonferenz vereinbart, mittels videoassistierter Thorakoskopie (VATS) Probematerial aus den pulmonalen Raumforderungen zu entnehmen. Die unkomplizierte Lungenbiopsie mit intraoperativer Schnellschnittuntersuchung bestätigt die histopathologische Verdachtsdiagnose eines aktiven, teils einschmelzenden Entzündungsprozesses mit pseudoaktinomykotischen Granula. Der Verdacht eines Tumors bzw. Malignoms kann nicht bestätigt werden. Aufgrund der vorliegenden Befunde wird die unerwartete Diagnose einer Aktinomykose mit Beteiligung der Gallenblase, der Leber und beider Lungenunterlappen gestellt. Es erfolgt eine dreiwöchige hochdosierte intravenöse antibiotische Therapie mit Ampicillin/Sulbactam und die anschließende Umstellung auf Amoxicillin/Clavulansäure oral für 3 Monate. Im Rahmen der Kontrolluntersuchungen (nach 4 Wochen, 8 Wochen und 5 Monaten) fühlt sich der Patient zunehmend beschwerdefrei, seine Blutwerte normalisieren sich, er nimmt an Gewicht zu. Im CT sind die beidseitigen basalen Infiltrate deutlich regredient (Abb. 3) und sonografisch die inhomogenen Leberparenchymveränderungen sowie die entzündliche Gallenblasenwandverdickung vollständig zurückgegangen (Abb. 4).

Nachweis eines Entzündungsprozesses

Die Aktinomykose der Gallenblase ist eine äußerst seltene Erkrankung (2). Die Krankheit ist sowohl klinisch als auch bildgebend einem Gallenblasenkarzinom sehr ähnlich (wie in unserem Fall) und bei multifokalem Auftreten kaum von einem metastasierten Tumor zu unterscheiden. In fast allen bisher beschriebenen Fällen wurde die Diagnose erst nach Gallenblasenbiopsie bzw. Cholezystektomie und histopathologischer Begutachtung gestellt (3). In unserem Fall wurde zur endgültigen Diagnosesicherung sowohl eine ultraschallgesteuerte Punktion der Gallenblase als auch eine VATS-gesteuerte Probeexzision der Lunge durchgeführt. In beiden Fällen konnte ein einschmelzender und chronisch granulierender Entzündungsprozess nachgewiesen werden.

Grundsätzlich manifestiert sich die abdominopelvine Aktinomykose am häufigsten in der Ileozökalregion mit Beteiligung des Appendix (4). Auch Eierstöcke, Leber, Bauchspeicheldrüse und Nieren können beteiligt sein. Insgesamt werden weniger als 10 Prozent aller abdominalen Aktinomykose-Fälle präoperativ bzw. ohne Biopsie erkannt. Typischerweise stellen sich die Patienten mit Fieber, rezidivierenden Bauchschmerzen, Abgeschlagenheit und allgemeinem Unwohlsein vor. Nach häufig erschwerter (invasiver) Diagnosesicherung sollte eine hochdosierte intravenöse Antibiotikatherapie mit einem Aminopenicillin (über 2 bis 6 Wochen) und anschließender oraler Weiterbehandlung (für mehrere Monate) erfolgen. Alternativ können auch Tetracycline oder Cephalosporine verwendet werden. Dies sollte zum Nachweis eines Therapieansprechens unter regelmäßiger Kontrolle geeigneter bildgebender Verfahren (Sonografie, Röntgen, Computertomografie und gegebenenfalls Kernspintomografie) erfolgen.

Die Aktinomykose der Gallenblase mit Leberbeteiligung stellt sowohl Kliniker als auch Radiologen vor schwierige diagnostische Herausforderungen. Trotz des seltenen Vorkommens sollte bei Verdacht auf ein Gallenblasenkarzinom differenzialdiagnostisch an eine Gallenblasenaktinomykose gedacht werden. Um eine pulmonale Beteiligung auszuschließen, sollte eine ergänzende radiologische Diagnostik der Lunge erfolgen.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Dr. Daniel Rückner

Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Asklepios Klinikum Harburg
E-Mail: da.rueckner@asklepios.com

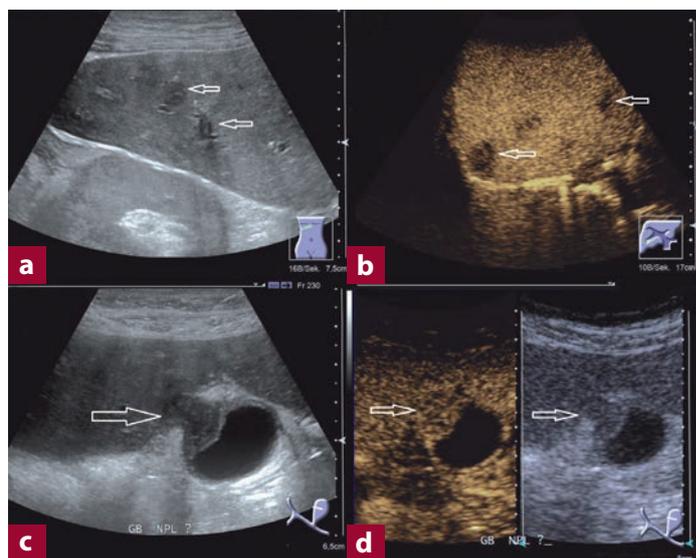


Abb. 2: Multiple echoarme, verwaschene Leberläsionen mit positivem Washout in der CEUS (a und b). Exzentrische breitbasige Gallenblasenwandverdickung lateralseitig mit einer fingerförmigen, organüberschreitenden und die Leber infiltrierenden Gewebsvermehrung (c und d)

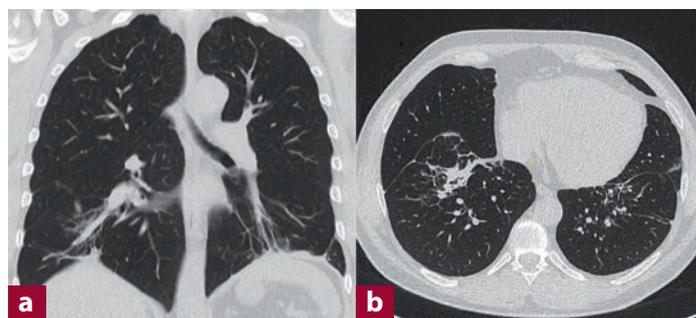


Abb. 3: Thorax-CT-Verlaufskontrolle; koronare (a) und axiale Schnittführung (b). 5 Monate nach Therapiebeginn sind die Unterlappeninfiltrate weitestgehend rückläufig. Es bleiben postentzündliche und narbige Veränderungen in den basalen Unterlappen beidseitig

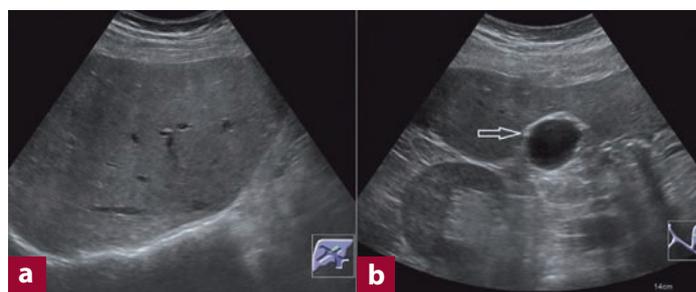


Abb. 4: Oberbauchsonografie 5 Monate nach Therapiebeginn: Homogene Echotextur der Leber ohne Nachweis intrahepatischer Raumforderungen oder entzündlicher Veränderungen (a). Dünnwandige Gallenblase mit vollständiger Rückbildung der umschriebenen Wandverdickung (b)

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 Ärzteblatts,

E-Mail: verlag@aekeh.de oder

Tel. 20 22 99-205.



Injektion zur Schmerzbehandlung. Unter anderem ist das Risiko einer allergischen Reaktion erhöht

Tablette oder Spritze?

Injektionstherapien bei Rückenpatienten sind weit verbreitet. Da ihr Nutzen nur unzureichend nachgewiesen ist, werden sie von Leitlinien nicht empfohlen. Gefahren sind schwere – wenn auch seltene – Komplikationen und Aufklärungsmängel. Es gibt weniger riskante und belegt wirksame Alternativen.

Von Prof. Dr. Jean-François Chenot,
Dr. Anielia Angelow, Dr. Gesine Weckmann

Injektionstherapien bei nicht-spezifischen Rückenschmerzen

Injektionstherapien bei unspezifischen Rückenschmerzen sind weit verbreitet. Die anhaltende Wirksamkeit über kurzfristige Zuwendungseffekte hinaus ist nicht oder nur unzureichend belegt (1). Injiziert werden Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Kortikosteroide, Sklerosemittel, Vitamine und anderes. Genaue Angaben zur Häufigkeit dieser Injektionen lassen sich aber aus den Abrechnungsdaten nicht machen. Im Folgenden werden die im ambulanten Bereich verbreiteten „blinden“ Injektionstherapien besprochen. Unter dem Begriff nicht-spezifische Rückenschmerzen werden pragmatisch alle Beschwerden zusammengefasst, die sich nicht durch Fraktur, Tumor, Entzündung, Neuropathie oder Nervenkompression erklären lassen (2).

Injektion von Schmerzmitteln

Das vermutlich am häufigsten bei Rückenschmerzen intramuskulär injizierte Schmerzmittel ist das nicht-steroidale Antirheumatikum (NSAR) Diclofenac. Andere zur intramuskulären Injektion verfügbare Schmerzmittel sind Ibuprofen, Parecoxib und das Opioid Tramadol. Dass NSAR bei Rückenschmerzen kurzfristig zu einer Linderung führen können, ist belegt (3). Ein Vorteil der Injektion gegenüber der oralen Einnahme von NSAR ist nicht belegt (4). Die maximale Plasmakonzentration von Diclofenac wird bei oraler Gabe nach circa 20 Minuten und bei intramuskulärer Gabe nach circa 15 Minuten erreicht (5). Nebenwirkungen auf Magen-Darm-Trakt und Niere treten unabhängig von der Applikationsform gleich häufig auf. Die NSAR wirken nicht luminal, sondern nach Resorption über die Durchblutung auf die Magenschleimhaut. Injektionen sind bei einer Halbwertszeit von 4 bis 6 Stunden der meisten Wirkstoffe bei einem mehrere Tage dauernden Schmerzproblem keine rationale Applikationsform.

Schwere Komplikationen durch die intramuskuläre Injektion von NSAR und Tramadol, auch bei sachgerechter Durchführung, sind beschrieben (6, 7, 8, 9). Das Risiko einer allergischen Reaktion ist

bei i. m.-Applikation im Vergleich zur oralen Applikation deutlich erhöht. In der Fachinformation zu Diclofenac wird wegen des möglichen Auftretens anaphylaktischer Reaktionen bis hin zum Schock die Bereithaltung eines funktionstüchtigen Notfallbestecks und die Notwendigkeit einer einstündigen Überwachung gefordert. Das ist im Praxisalltag nicht gewährleistet. Eine besondere Komplikation ist das Nicolau-Syndrom (Embolia cutis medicamentosa), bei der es durch eine intra- oder paraarterielle Injektion zu einer aseptischen Nekrose kommt (10). Zur Häufigkeit von Komplikationen sind keine zuverlässigen Angaben möglich. Da es aber bei Rückenschmerzen keine rationale Indikation für die Injektion eines NSAR oder anderer Schmerzmittel gibt, macht die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz eine starke Negativempfehlung (2). Das Argument, dass im ärztlichen Notdienst gespritzt werden müsse, weil keine Tabletten abgegeben werden dürfen (Dispensierverbot), rechtfertigt nicht das unnötige Risiko einer Injektion. In einer Studie in bayerischen Hausarztpraxen war die Mehrheit der Patienten nach Aufklärung bereit, auf eine Injektion zu verzichten (11).

Zur Wirksamkeit von Metamizol bei Rückenschmerzen liegt nur eine ältere Studie vor. Die intravenöse oder -muskuläre Injektion von Metamizol geht mit einem höheren Risiko von hypotensiven und anaphylaktischen Reaktionen einher. Auch hier gibt es Berichte der Schlichtungsstelle über schwere Komplikationen (12). Die parenterale Applikation von Metamizol bei Rückenschmerzen kann nicht empfohlen werden.

Neuraltherapie

Als Neuraltherapie im weiteren Sinne wird jede Injektion eines Lokalanästhetikums wie Quaddeln oder das gezielte Anspritzen von Myogelosen oder um Nerven bezeichnet. Die Injektion der Lokalanästhetika erfolgt oft nach der sogenannten Davos-Methode (Da,

wo es weh tut!). Als Wirkprinzip werden eine Blockierung der Reizweiterleitung und eine lokale Entzündungshemmung angenommen. Die Neuraltherapie im engeren Sinne nach Huneke, bei der sogenannte Störfelder injiziert werden, ist weniger verbreitet. Zur Neuraltherapie liegen nur Erfahrungsberichte ohne wissenschaftliche Beweiskraft vor (13). Lokalanästhetika vom Estertyp (z. B. Procain) haben, verglichen mit Lokalanästhetika Amidtyp (z. B. Lidocain), eine deutlich höhere allergische Potenz und sollten deswegen vermieden werden. Komplikationen durch Injektion von Lokalanästhetika sind beschrieben. Dazu gehören Verletzung von Nachbarorganen (Pneumothorax), anaphylaktischer Schock und das Auslösen von zerebralen Krampfanfällen und Herzrhythmusstörungen (14).

Injektion von Kortikosteroiden

Kortikosteroide werden bei Rückenschmerzen unter der pathophysiologischen Vorstellung, dass es sich dabei um eine mechanisch bedingte Entzündung handelt, verabreicht. Überzeugende Studien, die den Nutzen von Steroidinjektionen bei unspezifischen Rückenschmerzen belegen, gibt es aber nicht (15). Die Injektion z. B. von Dexamethason kann ungezielt intramuskulär oder gezielt in eine anatomische Struktur erfolgen. Ein Vorteil der ungezielten Injektion im Vergleich zur oralen Steroideinnahme ist nicht zu erwarten. In kontrollierten Studien wurde auch mit oralen Steroiden keine Wirksamkeit bei Rückenschmerzen nachgewiesen (16). Das entspricht der ungezielten Injektion.

Das gezielte Anspritzen von Facettengelenken oder Nervenwurzeln ist ohne Bildgebung nicht sicher möglich und deshalb auf spezialisierte Einrichtungen beschränkt. Auch das scheinbar gut tastbare Iliosakralgelenk wird fast nie getroffen (17). Die Bewertung des Nutzens nachweis der gezielten Steroidinjektionen schwankt. Die Studien sind oft klein, von geringer Qualität, haben meist nur geringe Effektstärken und keine anhaltenden Effekte (1, 18, 19). Schwere infektiöse Komplikationen durch Steroidinjektion sind beschrieben (20). Dazu kommen das Risiko seltener steroidspezifischer Nebenwirkungen wie Blutzuckerentgleisung, Steroidpsychose und aseptische Knochennekrosen.

Aufklärung vor Injektion

Vor jeder medizinischen Maßnahme muss eine Aufklärung erfolgen. Zu den besonderen Risiken aller Injektionstherapien gehören Blutung, Verletzung und Infektion. Dazu kommen noch die besonderen Risiken, die mit der injizierten Substanz selbst zusammenhängen. Neben den Risiken müssen auch Alternativen erläutert werden, insbesondere wenn eine orale Therapie alternativ möglich ist (21). Die Durchführung und Dokumentation der Aufklärung vor Injektionen ist oft so unzureichend, dass meist ein Aufklärungsfehler angenommen wird und die Beweislastumkehr eintritt. Bei der Mischung von zwei Fertigarzneimitteln, z. B. Diclofenac und Dexamethason, ist zusätzlich zu beachten, dass dadurch ein neues Arzneimittel in Verkehr gebracht wird und die Herstellerhaftung auf den mischenden Arzt übergeht. Aufklärung vor Injektion ist keine juristische Lösung, wenn die Indikation nicht gegeben ist. Die Einwilligung oder der ausdrückliche Patientenwunsch nach einer nicht indizierten Injektion wird im Falle einer Komplikation nicht dazu führen, dass diese als schicksalhaft gewertet wird (22).

Warum sind Injektionen so beliebt?

Viele Patienten und Ärzte haben positive Erfahrung mit Injektionstherapien. Sie leiten dies unzulässigerweise aus einer Schmerzlinde- rung nach einer Injektion ab. Rückenschmerzen bessern sich häufig von allein, und es fehlt der Vergleich zum Verlauf ohne Injektion (23). Eine Injektion ist eine eindrucksvolle Maßnahme und Zuwen-

dung, die das Leiden (die Krankheit wird ernst genommen) und den spritzenden Arzt (kann nur der Arzt) aufwertet, während die Verordnung eines NSAR, das Patienten selbst frei kaufen können, wenig eindrücklich ist. Schmerzen gehören zu den leicht durch Placebomaßnahmen zumindest kurzfristig zu beeinflussenden Symptomen (24). Injektionen mit Kochsalz erzielen dieselben Effekte wie Lidocain (25). In einer dreiar- migen Studie mit einem Homöopathikum zeigt sich kein Unterschied zwischen Verum- und Placeboinjektion, aber ein Unterschied im Vergleich zu keiner Injektion (26). Die Injektion selbst scheint also eine gewisse Wirkung zu haben.

Schlussfolgerungen

Der Nutzen von Injektionstherapien bei unspezifischen Rückenschmerzen ist nicht belegt, dafür aber Komplikationen. Sie stellen ein forensisches Risiko dar, da im Falle von Komplikationen eine Indikation und ordnungsgemäße Aufklärung schwer nachzuweisen sind und da es weniger gefährliche Alternativen gibt. Orale Einnahme von Schmerzmedikamenten oder nichtinvasive physikalische Maßnahmen sind zu bevorzugen. Die unangenehme Situation, dass Therapien bei Rückenschmerzen oft nur gering wirksam sind, sollte nicht zum Einsatz invasiver Maßnahmen ohne Nutznachweis verleiten.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. Jean-François Chenot, MPH

Abteilung Allgemeinmedizin
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
E-Mail: jchenot@uni-greifswald.de

Anzeige

Die günstige Hilfsmittelalternative: Kein Plus für die Gesundheit.

Der globale Markt bietet in den meisten Fällen Vorteile für den Kunden. Doch auch der Konkurrenzdruck steigt – vor allem im Hilfsmittelgeschäft. Mehr als 50.000 verschiedene Produkte sind in dieser Branche im Angebot: Hörgeräte, Brillengläser, Inkontinenzhilfen, Rollstühle, Prothesen, Bandagen, Schuhe und vieles andere. Doch Vielfalt ist nicht gleich Vorteil: Die Gruppe der Erbringer dieser Leistungen – Orthopädietechniker, Sanitätshäuser, Optiker oder Hörgeräteakustiker – kämpfen um ihre Marktanteile.

Kostengünstige Produkte sind das Ergebnis dieses Kampfes. Doch können die Alternativprodukte die gleiche Leistung wie die teuren Geschwister erbringen?

Qualität ist nicht gleich Qualität.

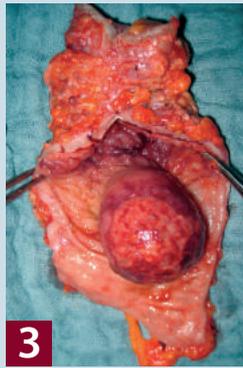
Die Qualitätsanforderungen an die Hilfsmittelversorgung sind im konkreten Falle nicht definiert. Zurzeit werden in Verträgen einige allgemeine Anforderungen an den Hilfsmittelleistungserbringer formuliert, z. B. Verfügbarkeit des Service innerhalb von drei Werktagen o. ä., und es gibt Anforderungen an die Hilfsmittelleistungserbringer im Hinblick auf ihre Zulassung.



1



2



3



4

Invagination durch kolorektales Lipom

Eine 34-jährige aus Asien stammende Patientin leidet an vom Unterbauch bis zum Anus ziehenden Schmerzen. Untersuchungen seitens ihres Orthopäden, Gynäkologen und Urologen bleiben ohne Befund, Schmerz- und Abführmittel bringen keine Linderung. Die digitale Austastung des Rektums zeigt Blut am Fingerling. Die Sonografie ergibt mit der anschließend erfolgten Sigmoidoskopie die Diagnose einer Invagination durch eine fast lumenverschließende Raumforderung. Die starke Echogenität des Tumors

im Sonogramm lenkt den Verdacht auf ein Lipom, was sich im MRT und nach laparoskopischer Sigmasegmentresektion histologisch bestätigt. Im Querschnitt dorsal der Harnblase zeigt sich eine über 4 cm zwielscheibenartige Struktur aus Darmanschnitten mit zentral echoreichem Anteil (Abb. 1). Im Längsschnitt ist ein großer echoreicher Tumor in Lagebeziehung zum Sigma sichtbar (Abb. 2). Abb. 3 zeigt den Sigmaabschnitt mit darin befindlichem Tumor. Die gelbliche Schnittfläche des Tumors ist passend zum sonografischen Befund (Abb. 4).

Fazit: Kolorektale Lipome sind die dritthäufigsten gutartigen Tumore des Kolons nach Adenomen und hyperplastischen Polypen. Ihre Inzidenz beträgt 0,04 bis 4 Prozent. 94 Prozent bleiben asymptomatisch und sind meist Zufallsbefunde in Koloskopie, Schnittbildgebung oder Obduktion. Symptome treten je nach Lage und Größe auf und reichen von diffusen abdominellen Beschwerden, Stuhlnormmäßigkeiten bis zur perianalen Blutung oder Invagination. Kolorektale Lipome stellen die häufigste Ursache einer Invagination im Erwachsenenalter dar. Eine Behandlung erfolgt bei Symptomatik oder bei Komplikationen mittels endoskopischer Exzision (bei Größe < 2 cm) oder Operation (typischerweise Segmentresektion).

Prof. Dr. Guntram Lock, Chefarzt
Katharina Leschka, Assistenzärztin
 Klinik für Innere Medizin
 E-Mail: guntram.lock@albertinen.de

Dr. Roman Schmitt, Oberarzt
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
 Albertinen-Krankenhaus

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir publizieren regelmäßig „Bilder aus der klinischen Medizin“. Dazu bitten wir um Einsendung von Beiträgen mit ein bis zwei instruktiven Bildern und einem kurzen Text. Die Beiträge sollen für die Leserschaft des Hamburger Ärzteblatts interessant, also nicht zu speziell sein. Einsendungen bitte an die Redaktion: verlag@aekhh.de.

Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

Tel. 040 / 33 48 57-11, Fax: -14, E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?

Tel. 040 / 20 22 99-204, 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@kvhh.de



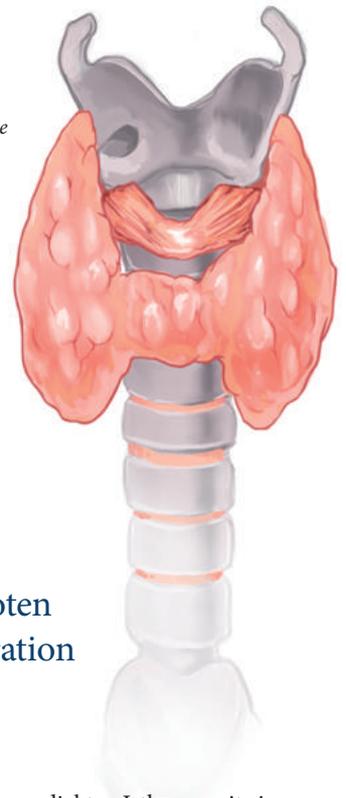
Sie sind kein Mitglied der Ärztekammer und möchten das HÄB abonnieren, Ihre Abo-Adresse ändern oder Ihr Abonnement kündigen?

Tel. 040 / 20 22 99-204, E-Mail: verlag@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

Operationsergebnis kritisch überprüfen



Schilddrüsen-OP Bei einer 40-Jährigen wurden mit der minimalinvasiven ABBA-Methode Schilddrüsenknoten entfernt, jedoch ein großer Isthmusknoten und knotig verändertes Gewebe dabei außer Acht gelassen. Eine zweite Operation war notwendig – diesmal mit Hautschnitt. *Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Markward von Bülow*

Wenn auch konventionelle Operationsverfahren der Schilddrüse gute Ergebnisse aufweisen, so werden bleibende Narben im Halsbereich oft als kosmetisch störend empfunden. Heutzutage kommen deswegen in geeigneten Fällen auch minimalinvasive Zugangswege zur Anwendung. Erfahrene Kliniken arbeiten mit der sogenannten MIVAT-Methode (minimalinvasive videoassistierte Thyreoidektomie).

Spezialisierte Kliniken operieren bei gegebener Indikation auch mit der sogenannten ABBA-Methode (axillo-bilateral-breast approach), mit der eine narbenfreie Operation im Halsbereich möglich ist. Durch einen transaxillären Zugang und zwei weitere Zugänge im unteren Mammillbereich können Operationen an der Schilddrüse durchgeführt werden. Allgemein anerkannt ist, dass bei allen minimalinvasiven Resektionstechniken der Schilddrüse die gleiche Indikationsstellung zur Operation gilt wie bei den konventionellen Resektionsverfahren.

Bei einer 40-jährigen Patientin mit bekannter Struma diffusa seit 16 Jahren zeigte sich sonografisch eine Struma multinodosa mit einem 3 Zentimeter großen Knoten im Isthmusbereich und einem weiteren Knoten links kranial von 1,1 Zentimetern sowie weitere primär echoarme Knoten unter 8 Millimetern im linken Schilddrüsenlappen.

Das Szintigramm beschrieb einen Isthmusknoten als minder- bis nicht-speichernd. Die Laborparameter TSH, FT3, Anti-TPO, Antikörper (Mack) und Kalzitonin lagen im Normbereich. Die aktuelle Stoffwechsellage wurde als euthyreot beschrieben. Eine Operation erfolgte vor allem wegen der notwendigen histologischen Abklärung der szintigrafischen minder- bis nicht-speichernden Raumforderung im Isthmusbereich. Als Operationsmethode wurde die minimalinvasive Zugangstechnik vorgeschlagen mit subkutanem Kamerazugang von der rechten Axilla aus sowie Trokarinzisionen an beiden Mamillen. Zur blutungsfreien Durchtrennung von Gewebe wurde eine Ultraschall-schere benutzt (Ultracision).

Laut Operationsbericht erfolgte zunächst die Durchtrennung des Schilddrüsenisthmus vor der Luftröhre, wobei ein Knoten nicht eindeutig identifiziert werden konnte. Der linke Schilddrüsenlappen zeigte sich kleinknotig verändert und wurde komplett entfernt. Im Bereich des rechten Lappens wurde im unteren und oberen Polbereich jeweils ein zystischer Knoten reseziert, sodass ein kleiner Rest rechts belassen werden konnte im Sinne einer linksseitigen Hemithyreoidektomie sowie subtotaler Resektion rechts. Die pathologische Beurteilung beschrieb links ein Resektat von 16 Gramm, rechts von 5 Gramm. Beide Seiten wurden histologisch als normofollikuläres Schilddrüsengewebe mit hyperplastischen Knoten beschrieben. Die Entlassung erfolgte am zweiten postoperativen Tag mit ambulanter Nachsorge. Die Patientin klagte später weiterhin über Druck im Halsbereich. Eine Ultraschall-

untersuchung ergab einen 18 Millimeter verdickten Isthmus mit einem weiterhin nachweisbaren, inhomogenen, echoreichen Knoten von 37x38x18 Millimetern Größe. Es folgte zwei Monate später in einem anderen Krankenhaus eine erneute Operation mit jetzt offenem Zugang. Ein 4 Zentimeter großer, prätracheal liegender Knoten ließ sich entfernen. Feingeweblich wurde der Knoten als follikulärer Schilddrüsenknoten mit Zeichen gesteigerter Aktivität beschrieben. Die Patientin konnte mit kombinierter Schilddrüsen substitution und intakter Stimmbandfunktion entlassen werden.

Anzeige

Doch was kann man tun?

Die Lösung ist die Wahl des Experten.

Qualität in der Hilfsmittelversorgung meint nicht allein die Qualität des Hilfsmittels selbst – von technischer und funktionaler Qualität, Haltbarkeit oder Sicherheit – sondern die Qualität der bedarfsgerechten Problemlösung und der Zielerreichung durch ein Hilfsmittel bei dem jeweiligen Patienten. Daher sind auch Erfahrung und Kompetenz des Hilfsmittelleistungserbringers, die Bereitschaft, das Hilfsmittel zum Ausprobieren bereitzustellen, es anzupassen und nachzubessern, von Bedeutung.

Unternehmenseigene Qualitätsstandards tragen zudem dazu bei, den Kunden individuell, kostengünstig und gleichzeitig hochwertig versorgen zu können.

Qualität muss nicht teuer sein.

Die sorgfältige Auswahl der Materialien, eine wirtschaftliche Verarbeitung und effiziente Arbeitsprozesse können den Preis der Hilfsmittel stark beeinflussen. In Absprache mit den Experten für Orthopädie-Schuhtechnik, Orthopädie-Technik und Sanitätshaushandel können somit günstige Hilfsmittel, die in Sachen Wirkung voll überzeugen, entwickelt werden.



„Es ist schön zu erfahren, dass man den Menschen als Arzt direkt und effektiv helfen kann.“

Oliver Ostermeyer

German Doctors e.V.

Tel.: +49 (0)228 387597-0

Fax: +49 (0)228 387597-20

info@german-doctors.de

Spendenkonto

IBAN DE12 5206 0410 0004 8888 80

BIC GENODEF1EK1

www.german-doctors.de

Werden auch Sie zum Helfer.

Bitte den Coupon ausfüllen, ausschneiden und senden an:
German Doctors e.V. | Löbestr. 1a | 53173 Bonn

Coupon:

Bitte senden Sie mir unverbindlich Informationen

über German Doctors e.V.

über eine Projektpatenschaft

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail



Isthmusknoten verblieb in der Schilddrüse

Die Patientin beanstandet, dass bei der ersten Schilddrüsenoperation nach der ABBA-Methode nicht wie geplant auch der große Isthmusknoten entfernt, sondern fehlerhaft belassen worden sei. Dadurch sei eine zweite Operation mit Hautschnitt im Halsbereich notwendig gewesen. Zu dem Vorwurf fehlerhaften Handelns nimmt das Krankenhaus wie folgt Stellung: Bei der Operation wurden der knotig veränderte linke Schilddrüsenlappen, der komplette Isthmus und knotige Polveränderungen im rechten Lappen entfernt. Nach der Operation stellte sich heraus, dass der als Isthmusknoten beschriebene Befund nicht entfernt worden war, wobei es sich am ehesten um einen extrathyreoidalen Knoten handelte. Bei der Operation wurde der Isthmus in seiner Gesamtheit dargestellt, auch kaudal präpariert und in diesem Bereich ebenfalls die Isthmusvene durchtrennt. Anatomisch gesehen liegt die Isthmusvene regelhaft am Unterrand des Isthmus, direkt auf der Trachea. Deswegen konnte kein Isthmusknoten kaudal liegend vorhanden gewesen sein. Speziell für die angewandte Operationstechnik ist es erforderlich, den Isthmus insgesamt zu durchtrennen, um die Schilddrüsenlappen ausreichend zu mobilisieren und die entscheidenden Strukturen darstellen zu können. Eine Exploration nach weiter kaudal wäre mit dieser Operationsmethode durchaus möglich gewesen, wurde aber damals nicht als erforderlich angesehen. Deswegen liegt der Rückschluss nahe, dass es sich um eine atypische anatomische Situation handelte.

Intraoperative Diagnostik fand nicht statt

Nach Ansicht des von der Schlichtungsstelle beauftragten Gutachters ist die Indikation zur Operation bei beidseitiger Struma nodosa und einem größeren Isthmusknoten gegeben gewesen. Der Gutachter führt aus: Die Operation wurde nach der sogenannten ABBA-Methode als endoskopischer minimalinvasiver Zugang ohne Schnittführung im Halsbereich durchgeführt (Scarless-Methode). Wie auch bei anderen minimalinvasiven Verfahren zur Schilddrüsenoperation muss der Erfolg der Operation an den konventionellen Operationsverfahren gemessen werden. Auf der linken Schilddrüsenenseite wurde die Operation entsprechend den Regeln der Schilddrüsenchirurgie korrekt durchgeführt. Auf der rechten Seite ist anhand des Operationsberichts nicht eindeutig zu klären, ob insgesamt der rechte Schilddrüsenlappen – wie geplant – wirklich subtotal reseziert wurde, da bei der Nachoperation ein fast kompletter rechter Schilddrüsenlappen gefunden wurde – teilweise mit knotiger Veränderung und dem noch verbliebenen Isthmusknoten.

Es steht fest, dass der mehrfach sonografisch und gut definierte große Knoten, der sich eindeutig im Isthmusbereich präoperativ darstellen ließ, bei der ersten Operation nicht gesehen und damit auch nicht entfernt wurde. Etwaige intraoperative Lokalisationsdiagnostik (Sonografie oder gar Wechsel zu einer offenen Operation) wurden nicht diskutiert beziehungsweise nicht in Erwägung gezogen. Auch eine Aussage zum möglichen Verbleib des Knotens wurde nicht getroffen. Bei der Operation auf der rechten Seite sowie im Isthmusbereich wurde die Topografie fehlerhaft eingeschätzt. Aus diesem Grund war eine zweite Operation zur Entfernung des Knotens mit einer Nachresektion des knotig veränderten rechten Schilddrüsenlappens notwendig.

Operation wurde nicht korrekt ausgeführt

Die Indikation zu einem operativen Vorgehen bei nachgewiesenem größeren Isthmusknoten sowie einer Struma nodosa beidseits war gegeben. Operationsziel war, das knotig veränderte Schilddrüsengewebe operativ zu entfernen und histologisch untersuchen zu lassen. Die Schlichtungsstelle stellt fest: Dieses Ziel wurde bei der ersten Operation nur teilweise erreicht, da nur linksseitig die knotig veränderte Schilddrüsenhälfte entfernt wurde, aber nicht ein 4 Zentimeter großer, vom

Isthmus ausgehender Knoten und auch knotig verändertes Schilddrüsengewebe rechts. Bei korrekter Durchführung der Operation (auch mit der ABBA-Methode) hätte der Isthmusknoten sowie die klein-knotig veränderte rechte Schilddrüsenhälfte operativ entfernt werden müssen, was aber fehlerhaft nicht erfolgte. Dadurch wurde eine zweite Operation notwendig, um das Operationsziel zu erreichen.

Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche im dargestellten Rahmen für begründet. Eine Anwendung von minimalinvasiven Techniken in der Schilddrüsenchirurgie kann in geeigneten Fällen in erfahrenen Schilddrüsenzentren durchaus sinnvoll sein, um das Zugangsstrauma im Halsbereich zu minimieren (MIVAT) oder in Einzelfällen eine narbenlose Operation im Halsbereich zu erreichen (ABBA). Die Operation mit diesen Methoden erfordert eine sorgfältige Selektion der Patienten bei kleineren Strumen (Lappenvolumen 20 bis 25 Milliliter) mit kleineren Knoten, solitären Knoten, auch malignomsuspekte Knoten um 3 Zentimeter.

Es sollten aber bei der Wahl des operativen Zugangswegs die Erfolgsrate, die Operationsdauer und die Komplikationsrate an Nerven und Nebenschilddrüsen einbezogen werden. Eine kritische Überprüfung während der Operation, ob die jeweilige Resektionen (Knoten/Lappenteil oder Kompletresektion) komplett durchgeführt wurde, ist besonders zu beachten.

Kerstin Kols, Ass. jur.

Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für
Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Prof. Dr. Markward von Bülow

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle
E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

Anzeige



Bei uns trifft Qualität auf Kompetenz bei Ihrer Hilfsmittelversorgung – und das zu bezahlbaren Preisen. Vertrauen Sie auf unsere langjährige Erfahrung und lassen Sie sich individuell beraten.

19 x in der Region und garantiert auch in Ihrer Nähe!

Hamburg-Eppendorf
Carepoint Zentrale
im Spectrum am UKE
Martinistraße 64
20251 Hamburg
Telefon: 040 4116109-0
www.carepoint.eu

carepoint
Sanitätshaus
Orthopädietechnik



Teilnehmer der
36. Tagung der
Vereinigung Nordwest-
deutscher Chirurgen
(NWCH) 1928.

1. Reihe von links:
Gustaf Petrén, August
Borchard, Wilhelm
Müller, A. Wilhelm
Anschütz, Hermann
Kümmell, Friedrich
Pels-Leusden, Paul
Sudeck, Fritz Lenge-
mann.

2. Reihe von links:
Karl Heinrich Bauer,
Fritz König.

In der Mitte der
3. Reihe: Tom Ringel

Bild und Hintergrund

Kongresse wie *Familientreffen*

Jubiläum Vor 200 Jahren gründeten Prof. Fritz König aus Altona und Prof. Hermann Kümmell aus Hamburg die Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen. Heute ist der Verband die größte regionale Chirurgenvereinigung Deutschlands – mit einer bewegten Geschichte.

Von Dr. Jutta von Campenhausen

Am linken Bildrand wird gegrinst, am rechten getuschelt: Das Foto oben zeigt die Teilnehmer der 36. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen (NWCH) in Kiel und stammt aus dem Jahr 1928. Die Vereinigung entstand 1909 in Hamburg und hielt (seit 2015 Vereinigung Norddeutscher Chirurgen e.V., NDCH) vom 30. November bis zum 2. Dezember 2017 in Hamburg ihre 200. Tagung ab. Im Medizinhistorischen Museum des UKE und im Curio-Haus an der Rothenbaumchaussee ging der Blick über die Grenzen: Zum Jubiläum hatten Prof. Dr. Sebastian Debus (1. Vorsitzender) und Prof. Dr. Karl Oldhafer (2. Vorsitzender) die baltischen Nachbarn und Ostseeanrainer eingeladen. Es ging um Unterschiede in Weiterbildungsstrukturen chirurgischer Fachgebiete, Forschung und akademische Präsenz. Gefeierte wurden die Gemeinsamkeiten auch mit einem Blick zurück.

Die Gründer, die Chirurgen Fritz König (1866–1952) aus Altona, Hermann Kümmell (1852–1937) aus Hamburg und Wilhelm Müller (1855–1937) aus Rostock verband eine enge Freundschaft. 1948 erinnert sich der Rostocker Chirurg Johann Carl Lehmann: „Unsere wissenschaftlichen Tagungen waren von Anfang an getragen von einem freundschaftlich kameradschaftlichen Geist; das machte unsere Diskussionen so fruchtbar. Man sprach frisch von der Leber weg, Übelnehmen gab's nicht, und wenn die Meinungen einmal aufeinanderprallten, half frischer Humor über alle Klippen hinweg. Das danken wir in erster Linie unseren Alten, den Gründern unserer Vereinigung. Der Ton, in dem Kümmell und Müller miteinander verkehrten, übertrug sich auf alle Mitglieder.“ (1)

Ein Beispiel: Als Kümmell, der mangels einer Universität in Hamburg immer noch kein Ordinarius war, 1913 immerhin zum königlich-preussischen „Geheimen Sanitätsrat“ ernannt wurde, hob Professor Müller beim nächsten Festabend im Atlantic sein Glas und rief durch den ganzen Saal: „Prost Kümmell, Du bist entjungfert!“

Alles Wichtige taucht zuverlässig auf

Das Gründungstreffen 1909 fand wie viele folgende Tagungen im Eppendorfer Operationshaus statt. Dort gab es einen sogenannten Tribünensaal, den Kümmell selbst entworfen hatte. Zur ersten Tagung der neuen Vereinigung waren 82 Teilnehmer gekommen, allesamt Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die Veranstaltung dauerte vom Nachmittag bis in den Abend. Seither taucht jedes Fachgebiet, jede Neuerung, jedes wichtige Thema zuverlässig auf den NWCH-Kongressen auf, die anfangs dreimal, nach dem Ersten Weltkrieg zweimal jährlich stattfanden. Den besonderen Wert der Treffen allerdings dokumentieren die archivierten Programme nicht. Denn das richtige Programm – so sind sich bis heute alle einig – findet seit den Gründungstagen in den Pausen statt. „Die Kongresse der NDCH sind wie Familientreffen,“ sagt Wolfgang Teichmann, der zehn Jahre lang 1. Vorsitzender der Vereinigung war. „Bei uns funktioniert der wissenschaftliche Austausch.“ Die Atmosphäre der NDCH-Treffen bildet einen grandiosen Gegensatz zu den Mammuttagungen in Berlin und später in München, nicht etwa, weil das wissenschaftliche Niveau nicht anspruchsvoll

wäre, sondern weil der vorherrschende Ton ein ganz anderer ist. „Wir wollen ausdrücklich auch junge Chirurgen heranzuführen und ihnen die Gelegenheit geben, sich zu präsentieren“, sagt Teichmann. Schließlich muss man es lernen dürfen, vor großem Fachpublikum zu sprechen. Die wichtigste Veranstaltung dafür sind die Fallvorstellungen, die traditionell den Beginn der Tagung markieren. Bei den Treffen der NDCH kann jeder einen Vortrag anmelden – und danach ist Zeit für erschöpfende Diskussionen. Hier ist der Ort, wo ein Chirurg den Kollegen fragen kann: Sag mal, machst du das links herum oder rechts herum? Oder: Bei mir funktioniert das irgendwie nicht, woran kann das liegen?

Wenn die Tagungen in einer Klinik stattfanden, so konnten dort auch Operationen durchgeführt werden. Oft wurde für die Treffen improvisiert. Der Chirurg Ernst Roedelius (1882 – 1971) berichtet von Kongressen in freigemachten Krankensälen, auf Krankenhausfluren. In Lübeck kamen die Chirurgen in einem Kino zusammen, in Bremen in einem stillgelegten Restaurant. In Hamburg tagte die NWCH zweimal in der Kunstthalle und einmal im Tropeninstitut mit Blick auf den Hamburger Hafen. So wichtig das Vorführen neuer Operationen war, so sehr man den wissenschaftlichen Austausch pflegte – die Treffen der Vereinigung waren von Anfang an auch gesellschaftliche Ereignisse. In den Gründerjahren endete die Tagung damit, dass der Vorsitzende einen ausgewählten Kollegenkreis in sein Haus einlud. Diese privaten Zusammenkünfte blieben lange ein geschätztes Ereignis, selbst als ein größerer offizieller Festabend zum Programm gehörte. Heute ersetzt das Abschiedessen im Anglo-German Club das ehemalige „Herrenessen“.

Dass die norddeutschen Chirurgen auch in den schwedischen Städten Lund, Göteborg und Malmö tagten, zeigt die enge Verbindung schwedischer Chirurgen nach Deutschland. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts gingen praktisch alle jungen schwedischen Chirurgen nach Deutschland, um zu lernen. Als Dank luden sie die deutschen Kollegen immer wieder zu Kongressen ein.

Zusammenführen, was zusammengehört

Die Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen ist eine der ältesten regionalen Chirurgenvereinigungen Deutschlands und war und ist die größte. Sie umfasste die Provinzen Hannover und Schleswig-Holstein (Altona), die Städte Bremen und Hamburg sowie das Herzogtum Mecklenburg-Schwerin (mit Rostock, Schwerin und Wismar) und das Herzogtum Mecklenburg-Strelitz. Das Gebiet der Vereinigung erstreckte sich über den Norden der heutigen Bundesrepublik Deutschland; zur Gründungszeit freilich war das die westliche Hälfte vom Norden des Kaiserreichs, das bis Königsberg reichte.

Zwei Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs forderte die Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) die Bildung von medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften in ihrer Besatzungszone. Daraufhin entstanden bis Ende 1949 in der Sowjetischen Zone 46 medizinische Regionalgesellschaften. 1948 wurden die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften für Chirurgie an den Universitäten in Rostock und Greifswald gegründet und 1959 zusammengefasst. 1968 erfolgte die Umbenennung in die Vereinigung der Chirurgen der beiden Nordbezirke der DDR.

In den westlichen Bundesländern bestand die NWCH weiter. Mit der friedlichen Revolution in der DDR begann der lange Prozess,

bei dem zusammenwachsen sollte, was zusammengehört. Medizinische Versorgung, Abrechnungssysteme und Ärzteausbildung mussten nach 45 Jahren getrennter Entwicklung zusammengebracht werden. 1992 berieten die Vorsitzenden der beiden chirurgischen Schwesternvereinigungen über eine Fusion. Ein Jahr später schlossen sich die Chirurgen Mecklenburg-Vorpommerns mit der NWCH zusammen, ein Schritt, der nicht alle glücklich machte. Man sei „beigetreten worden“, heißt es bei manchen Kollegen. Georg-Michael Fleischer schreibt: „Die politische Wende 1989 hat für ... die im Gesundheitswesen tätigen unendlich viel Neues, Gutes und Liebens- und Lebenswertes mit sich gebracht – allerdings sind auch sehr schnell und oftmals unbedacht erhaltenswerte Dinge mit dem atemberaubenden Tempo der

Entwicklung verschüttet worden.“ (2) Dass Errungenschaften der Chirurgen Mecklenburg-Vorpommerns nicht verschüttet werden, gehört nun zu den Aufgaben der NWCH.

Das Ziel: Unnötige Eingriffe vermeiden

Als Bernhard von Langenbeck am 10. April 1872 den ersten „Congress“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eröffnete, sagte er: „Was die moderne Chirurgie insbesondere anbetrifft, so ist sie weit mehr bestrebt zu erhalten als zu zerstören. Man hat eingesehen, dass es weniger wichtig ist, neue Operationen und Operationsmethoden zu erfinden als die Mittel und Wege aufzusuchen, um Operationen zu vermeiden, oder wo sie unvermeidbar sind, ihre Erfolge zu sichern.“ (3) Von Langenbeck stand mit dieser Einschätzung nicht alleine da; man hielt die Chirurgie für abgeschlossen und bereitete sich auf die Konsolidierung des Erreichten vor. Heute würde man von Qualitätssicherung sprechen. Unnötige Eingriffe zu vermeiden war damals ein wichtiges, neues Thema und ist bis heute aktuell. Aber von Langenbeck irrte gewaltig, wenn er glaubte, es sei „weniger wichtig, neue Operationen und Operationsmethoden zu finden.“

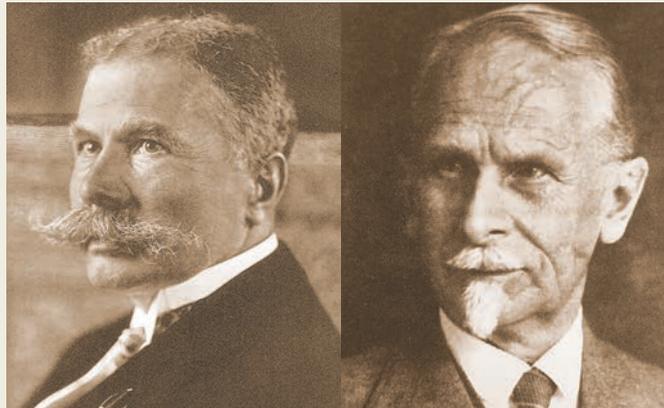
Tatsächlich hatten die Chirurgen alle Hände voll zu tun, die gängigen Möglichkeiten auszuschöpfen. Der große Chirurg Carl Langenbuch selbst starb 1901 an einer Blinddarmentzündung, ebenso wie Friedrich Ebert. Der erste Reichspräsident der Weimarer Republik starb 1925, fünf Tage nachdem der geniale Chirurg August Bier von der Charité den durchgebrochenen Wurmfortsatz operiert hatte. Es war also auch bei bekannten Eingriffen damals Luft nach oben.

Die Programme der modernen NDCH tragen nicht nur den technischen und wissenschaftlichen Entwicklungen Rechnung, sondern auch der interdisziplinären Vernetzung sowie sozialen und politischen Problemen – allen voran dem ökonomischen Druck, der auf allen Akteuren lastet. So soll es weitergehen – im Geiste der Gründer und in ihrem bewährten Ton: 1935 bei einer Sitzung im AK-Barmbek sitzt Kümmell (82) bereits, als Kollege Müller – 80-jährig – langsam die Stufen des Mittelgangs hinunterkommt. Kümmell erhebt sich, geht ihm entgegen und ruft „laut und heiser“ durch den Saal: „Müller, willst Du denn ewig leben?“

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Dr. Jutta von Campenhausen

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: j.von-campenhausen@uke.de



Die Gründer der NWCH: die Chirurgen Hermann Kümmell aus Hamburg und Fritz König aus Altona (re.)

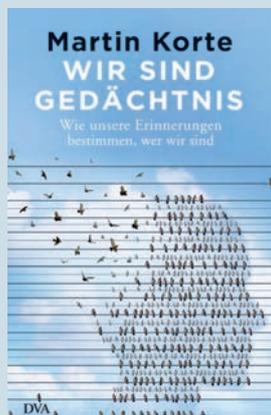
DER BLAUE HEINRICH

Auszüge aus: „Wir sind Gedächtnis. Wie unsere Erinnerungen bestimmen, wer wir sind“
von Martin Korte, S. 38 ff. © DVA, 384 Seiten, 20 Euro
ausgewählt von Katja Evers

Rückwärts in der Zeit leben

„Alice im Hippocampus-Land“

In einer der Geschichten von Lewis Carroll heuert die Schachkönigin eines Tages das Mädchen Alice als Zofe an und verspricht ihr zwei Groschen die Woche und anderntags Marmelade – wobei die Regel lautet: „gestern Marmelade und morgen Marmelade – aber niemals heute Marmelade“. Alice findet das schrecklich verwirrend. „Das kommt davon“, sagt die Königin, „wenn man rückwärts in der Zeit lebt. Anfangs wird man davon leicht ein wenig schwindelig ... aber einen Vorteil hat es doch, nämlich dass das Gedächtnis nach vorne und rückwärts reicht.“ Alice entgegnet: „Ich kann mich nie an etwas erinnern, bevor es geschieht.“ „Eine dürftige Art von Gedächtnis ...“, erwidert die Königin. Damit erweist sich die Schachkönigin als wahre Kognitionswissenschaftlerin, denn die Vergangenheit lebendig werden zu lassen und sich zu erinnern, scheint lediglich ein glücklicher Zufall unseres Gedächtnisses zu sein. Denn es gibt eine zuverlässige Aktivierung von Gedächtnisarealen im Gehirn, wenn wir Vergangenes erinnern oder die Zukunft planen. Bei diesen Zeitreisen sind vor allem der anteriore mediale präfrontale Cortex, das posteriore Cingulum und der Praecuneus aktiv. Dem Praecuneus, einem eigentlich recht großen, aber bisher wenig prominenten Bestandteil des hinteren Scheitellappens ... kommt



hierbei eine spezielle Bedeutung zu: Er wird vor allem dann aktiv, wenn wir eine Situation erleben, die eine große Ähnlichkeit zu einer bereits erlebten Situation hat. Der Praecuneus „markiert“ sozusagen ein Ereignis, das schon einmal eingetreten ist, und könnte maßgeblich an dem beteiligt sein, was im autobiographischen Gedächtnis in der Ich-Perspektive abgespeichert ist ...

Bildgebende Verfahren zeigen, dass die gleichen Strukturen, die uns die Vergangenheit wieder aufleben lassen, aktiv sind, wenn wir die Zukunft planen: Es kommt zu einer Aktivierung des medialen Schläfenlappens, des medialen Anteils des präfrontalen Cortex und des Hippocampus, wie Untersuchungen von Daniel Schacter und seinen Kollegen beweisen. Dem Hippocampus kommt dabei die Aufgabe zu, dass er Ereignisse, wie Gegenstände in einem Raum, mit Hilfe seines räumlichen Gedächtnisses miteinander in Beziehung setzen kann. Auf eine merkwürdige Art und Weise scheint sich hier unser räumliches Gedächtnis in die Zeit hinein zu krümmen. Erst durch dieses Raum-Zeit-Kontinuum im Hippocampus sind wir in der Lage, die Ereignisse unseres Lebens in der richtigen Reihenfolge zu erinnern. Der Hippocampus ist damit das Areal, in dem sich Zeit und Ort sortieren können, in dem einzelne Ereignisse ihren Anker finden und durch den die Details in unserem Gedächtnis zugeordnet werden. Es ist kein Zufall, dass dem Hippocampus, evolutiv zunächst zuständig für das räumliche Navigieren, eine entscheidende Rolle zufällt, indem er die zeitlichen Eckpunkte unseres Lebens protokolliert: Sie benötigen wir nämlich, wenn wir autobiographische Erinnerungen rekonstruieren.

Martin Korte, geboren 1964, ist Professor für Neurobiologie an der TU Braunschweig. Seine Forschungsschwerpunkte sind die zellulären Grundlagen von Lernen und Erinnern ebenso wie die Vorgänge des Vergessens. Zuletzt erschien „Jung im Kopf. Erstaunliche Einsichten der Gehirnforschung in das Älterwerden“.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärzttekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung

Für den Inhalt verantwortlich

Prof. Dr. Christian Arning
Prof. Dr. Martin Scherer

Redaktion

Stephanie Hopf, M. A. (Leitung)
Katja Evers, M. A.
Korrektur: Birgit Hoyer (Fr.)

Redaktion und Verlag

Hamburger Arztverlag 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@aekeh.de

Anzeigen

elbbüro
Stefanie Hoffmann
Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg
Telefon: 040 / 33 48 57 11
Fax: 040 / 33 48 57 14
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com
Internet: www.elbbuero.com
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 47
vom 1. Januar 2017

Anzeigenschluss fürs Januarheft:

Textteilanzeigen: 07. Dezember 2017
Rubrikanzeigen: 13. Dezember 2017
(vorverlegt aufgrund der Weihnachtsferien)

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Michael von Hartz (Titelgestaltung)

Druck

Eversfrank Meldorf
Auflage: 19.224

Redaktionsschluss Januarheft:

07. Dezember 2017
(vorverlegt aufgrund der Weihnachtsferien)

Das nächste Heft
erscheint am 10. Januar 2018



© Islamic Relief

Hunger im Jemen Jetzt spenden!

Die humanitäre Lage im Jemen ist katastrophal: Millionen Menschen drohen zu verhungern! Aktion Deutschland Hilft leistet Nothilfe – mit Nahrungsmitteln, Trinkwasser und hochkalorischer Zusatznahrung. **Helfen Sie uns Leben retten – jetzt mit Ihrer Spende!**



Spendenkonto (IBAN): DE62 3702 0500 0000 1020 30

Stichwort: Hunger im Jemen

Online spenden unter: www.Aktion-Deutschland-Hilft.de



Mitteilungen

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Die Zwischenprüfung des Jahrgangs August 2016 findet am Dienstag, den 27. Februar 2018 in der Zeit von 14 bis 16 Uhr in der BS 15 – Berufliche Schule für medizinische Fachberufe auf der Elbinsel Wilhelmsburg statt. Die Auszubildenden sind gemäß Ausbildungsvertrag § 2 k) zur Teilnahme an der Zwischen-

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Der Termin findet statt am

**Dienstag, 09. Januar 2018, um 20 Uhr im Saal 3,
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Daub unter Tel. 228 02-659

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Chirurgie (Teilgebiet Kinderchirurgie)	258/17 C	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Altona-Altstadt
Frauenheilkunde (BAG)	259/17 F	zum nächstmöglichen Zeitpunkt	Altona
Allgemeinmedizin (BAG)	261/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Wilhelmsburg
Innere Medizin (hausärztlich)	262/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Eißendorf
Praktischer Arzt	263/17 HA	01.04.2018	Hamm
Allgemeinmedizin (BAG)	264/17 HA	01.10.2018	Hoheluft-Ost
Allgemeinmedizin (BAG)	265/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Eimsbüttel
Allgemeinmedizin (BAG)	267/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Hoheluft-Ost
Allgemeinmedizin (BAG)	268/17 HA	01.10.2018	Hoheluft-Ost
Innere Medizin (hausärztlich)	269/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Uhlenhorst
Allgemeinmedizin	270/17 HA	01.07.2018	Rahlstedt
Allgemeinmedizin	271/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Neustadt
Neurologie und Psychiatrie (BAG)	260/17 N	01.04.2018	Barmbek-Nord
Orthopädie (BAG)	272/17 O	01.04.2018	Neustadt

Mitteilungen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Chirurgie	273/17 C	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Neugraben-Fischbek
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	274/17 F	01.04.2018	Fuhlsbüttel
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (TP)	275/17 ÄPSY	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Winterhude
Humangenetik	276/17 HU	zum nächstmöglichen Zeitpunkt	Wandsbek

BAG: Berufsausübungsgemeinschaft; TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31.12.2017** vorzugsweise per E-Mail: arztregister@kvhh.de oder schriftlich an die: **Kassenärztliche Vereinigung, Abteilung Arztregister, Postfach 76 06 20, 22056 Hamburg**. Die Bewerbungen werden den ausscheidenden Vertragsärzten / Psychotherapeuten sowie bei Berufsausübungsgemeinschaften deren Praxispartnern zur Verfügung gestellt. Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen **für Ärzte** erhalten Sie unter den Telefonnummern 040 / 228 02- 762, -387 und -897 sowie **für Psychotherapeuten** unter den Telefonnummern 040 / 228 02-503, -673.

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten / Psychotherapeuten

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

Adresse	
Fachärztin für Innere Medizin	
Dr. Christina Becker (m. d. Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung) KORREKTUR der Veröffentlichung im HÄB 11/17	Lübecker Straße 74, 22087 Hamburg
Fachärztin für Allgemeinmedizin	
Dr. Marion Uhlig	Baumkamp18, 22299 Hamburg

Ende Ermächtigungen Ärzte

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt mit, dass nachfolgende Ermächtigungen enden:

Ausführender Arzt / ärztlich geleitete Einrichtung	Krankenhausanschrift / Anschrift der Einrichtung	Umfang der Ermächtigung	endete zum
Dr. med. Wolf Lütje	Haselkamp 33 22359 Hamburg Tel.: 644 11-421 Fax: 644 11-312	Durchführung der Leistungen nach Nr. 01780 EBM – Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß der Mutterschafts-Richtlinien – auf Überweisung durch Vertragsärzte.	20.09.2017
Dr. med. Uwe Herwig	Süntelstraße 11 a 22457 Hamburg Tel.: 55 88-22 68 Fax: 55 88-23 85	Durchführung der Leistungen nach Nr. 01780 EBM – Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß der Mutterschafts-Richtlinien – auf Überweisung durch Vertragsärzte.	20.09.2017



Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,
sich selbst zu helfen und aufrechter
durchs Leben zu gehen.

brot-fuer-die-welt.de/bildung

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.



Mit Sozialmedizin zur optimalen Work-Life-Balance

Die **Deutsche Rentenversicherung Nord** ist Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern und bietet Ihnen eine Alternative zu Nacht- und Wochenenddiensten in einer Klinik oder Aufwand in eigener Praxis.

Wir suchen für unser Sozialmedizinisches Dezernat in Hamburg

erfahrene Fachärztinnen / Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde

mit besonderem Interesse für sozialmedizinische Fragestellungen.

Der Sozialmedizinische Dienst berät seine Auftraggeberinnen und Auftraggeber in allen medizinischen Fragen. Er erstellt Gutachten nach körperlicher Untersuchung oder Aktenlage und nimmt zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sowie zur Notwendigkeit medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen Stellung. Dazu stehen alle notwendigen medizinisch-technischen Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Fachlich qualifizierte, in Klinik oder Praxis erfahrene Ärztinnen und Ärzte mit Entscheidungsfreude und Interesse an kollegialer interdisziplinärer Zusammenarbeit finden bei uns eine vielseitige Tätigkeit. Umfassende Einarbeitung und Fortbildung haben für uns einen hohen Stellenwert. Die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin wird gefördert.

Wir bieten ein unbefristetes Arbeitsverhältnis an einem in jeder Hinsicht modern eingerichteten Arbeitsplatz des Öffentlichen Dienstes.

Die Vergütung erfolgt nach der Entgeltgruppe 15 TV TgDRV mit einer zusätzlichen Altersversorgung. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Nebentätigkeiten auszuüben.

Bei beiderseitigem Interesse können Sie gerne an Ihrem zukünftigen Arbeitsplatz hospitieren.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord ist Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“. Wir unterstützen aktiv die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die tarifliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden/Woche, eine Teilzeitbeschäftigung nach Ihren Vorstellungen ist möglich.

Schwerbehinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Qualifikation und Eignung im Rahmen der geltenden Bestimmungen bevorzugt berücksichtigt.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Abteilungsleiterin des Sozialmedizinischen Dienstes Frau Dr. med. Schäfer unter Telefon 0451/485-13000 oder per E-Mail: cornelia.schaefer@drv-nord.de zur Verfügung.

Sind Sie interessiert? Dann richten Sie bitte Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bis zum 16.02.2018 an die:

Deutsche Rentenversicherung Nord
Team Personalservice 2
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg
E-Mail: stellenbesetzung@drv-nord.de

Erfahren Sie mehr unter www.artzsein-menschsein.de unter der **Stellen-ID SMD-614**.

FA/FÄ Innere/Allgemeinmedizin

ab sofort zur Verstärkung meiner internistischen Hausarztpraxis in Buchholz gesucht. Arbeitszeiten flexibel verhandelbar 20-30h/Woche. Die Praxis befindet sich in zentraler Lage der Nordheidestadt, Bahnhof und Busbahnhof sind fußläufig gut zu erreichen.

Haben Sie Interesse an einem breiten, internistisch geprägten Spektrum, einem netten, aufgeschlossenen Team und einer attraktiven Bezahlung? Dann wenden Sie sich gerne per mail an: praxis-seysen@t-online.de



Messbar und spürbar bessere Medizin. Sind Sie dabei?

Die Schön Klinik Hamburg Eilbek sucht für die Erweiterung des Neurozentrums zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenz-/Facharzt Neurologie (m/w) in Vollzeit, unbefristet

Ihre Aufgaben

- Ärztliche Versorgung von neurologischen, intensivneurologischen und neurorehabilitativen Patienten
- Arbeiten und Lernen in einem multiprofessionellen Team aus Neurologen, Internisten, Anästhesisten, Neuropsychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Fachpflegekräften

Ihr Profil:

- Sie sind fasziniert von den vielfältigen Fähigkeiten unseres Nervensystems, von seiner Komplexität und Plastizität
- Sie wünschen sich ein breites Arbeitsumfeld: von der intensivmedizinischen Behandlung bis zur Krankheitsbewältigung - „vom weaning bis zum coping“
- Bereitschaft zu höchstem Anspruch an die Tätigkeit in der gesamten Behandlungskette der Neurologie
- Sie streben die Aus- oder Weiterbildung in Neurologie, neurologischer Intensivmedizin oder im Rehabilitationswesen an

Unser Angebot:

- Strukturiertes Ausbildungsprogramm zu Neurologie, Neurorehabilitation und Intensivneurologie, Kognitionsneurologie, Funktionsdiagnostik und Psychiatrie in einer großen, sich weiter dynamisch entwickelnden Abteilung
- Intensive Einarbeitung
- Weiterentwicklung medizinischen Wissens durch Forschung
- Breites Fort- und Weiterbildungsangebot
- Betriebseigene Kindertagesstätte direkt vor Ort
- Hervorragende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel und Vergünstigungen im Hamburger Verkehrsverbund
- Für Mitarbeiter und nahe Angehörige Privatpatientenstatus bei Klinikaufenthalt in der Klinikgruppe

Für Fragen steht Ihnen die Chefärzte Dr. Ernst Walther und Daniel Wertheimer gerne zur Verfügung: Tel. +49 40 2092-1671

Schön Klinik Hamburg Eilbek | Dehnhaide 120 | 22081 Hamburg

Die Möglichkeit zur Onlinebewerbung sowie weitere Infos finden Sie unter www.schoen-kliniken.de/karriere

Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser.

Neuropsychiatrisches Zentrum Hamburg-Altona NPZ GmbH



Wir sind ein MVZ in rein ärztlicher Trägerschaft und haben uns die umfassende Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen oder psychischen Störungen zum Anliegen gemacht. Neben Diagnostik und Behandlung - speziell im Rahmen unserer Schwerpunkte (Gerontotherapie, Notfallmedizin, Rehabilitationswesen, Psychotherapie) - bieten wir Spezialsprechstunden für Epilepsie, Schwangere und Stillende, Kopfschmerz und Tinnitus, Psychosen und ADHS an.

Im Rahmen unserer weiteren Entwicklung suchen wir

Fachärztinnen/ Fachärzte

Psychiatrie und Psychotherapie
Nervenheilkunde
Neurologie
Neurochirurgie

zur unbefristeten Anstellung in Voll- oder Teilzeit.

Wir bieten Ihnen

- eine eigenverantwortliche und abwechslungsreiche Tätigkeit
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung unseres Zentrums
- die Mitarbeit in einem engagierten Team
- aufgabenspezifische Fortbildung sowie Supervision
- die Möglichkeit zu einem regelmäßigen fachlichen Austausch
- ein attraktives Gehalt

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme an:
Prof. Dr. W.A. Dauch (Ärztlicher Leiter) oder Frau C. Beuster
Stresemannstr. 23, 22769 Hamburg, Tel.: 040-533 0 738 - 28
Email: c.beuster@npz-hamburg.de, www.npz-hamburg.de

FA Allgemeinmedizin (m/w) in Anstellung und WB-Assistent gesucht

Für unsere Praxisgemeinschaft Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren/ Psychotherapie in Elmshorn (30 km nordwestlich Hamburgs) suchen wir ab 2018 eine/n angestellten FA für Allgemeinmedizin sowie eine/n WB-Assistenten jeweils in 1/2-tags Tätigkeit.

Wir bieten

- das gesamte Spektrum der Allgemeinmedizin mit einem integrativen Ansatz aus naturheilkundlichen Methoden (Schwerpunkte Akupunktur, klassische Homöopathie und anthroposophische Medizin) und einer psychosomatischen Ausrichtung.
- Diagnostik: LZ-RR, Lufu, EKG (u. U. Sono in Koop.)
- flexible Arbeitszeiten, großzügige Urlaubsregelung
- junges, freundliches Team mit angenehmem Betriebsklima
- finanzielle Beteiligung an Akupunktur-Ausbildung
- langfristig Einstieg möglich

Wir erwarten:

- eine/n freundliche/n engagierte/n Kollegen/in
- Interesse an ganzheitlich-naturheilkundlicher Behandlung

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

www.praxis-für-integrale-medizin.de

Bewerbungen unter: praxis@doc-weigel.de

Gastroenterologe/in gesucht

Renommierte Praxis in Norddeutschland, Anbindung an Schwerpunktkrankenhaus, bietet Stelle mit Einstiegsprospektive für junge(n) oder erfahrene(n) Kollegen/in.

Großes Spektrum mit diagnostischer/interventioneller ÖGD/ Koloskopie, Kapselendoskopie, Hepatologie, Proktologie, CED, US. Eine gute „work-life-balance“ und angenehme Arbeitsatmosphäre sind uns sehr wichtig. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung (Diskretion wird zugesichert).

Zuschriften erbeten unter G 0497
an elbbüro, Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg



MVZ i. d. Innenstadt sucht
FA/FÄ für Allgemeinmed./Innere
u. WB-Assistent/in für 24 Monate
Tel. 040-28006333 oder
kontakt@gz-drtadzic.hamburg

Wir suchen

Facharzt/in für Orthopädie und Unfallchirurgie konservativ / operativ

zur Erweiterung unseres Netzwerkes. Neben der fachlichen Qualifikation sollte Interesse für leistungsorientiertes und unternehmerisches Denken bestehen. Die Tätigkeit ist sowohl im Angestelltenverhältnis mit Bonussystem als auch als partnerschaftliche Tätigkeit möglich. Richten Sie bitte Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen an:

MedBaltic

Frau Misch (Leitung Personalabteilung)
Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen
misch@medbaltic.de

Orthopädie · Unfallchirurgie · Neurochirurgie



WBA Allg. Med. zum 1.4.2018 gesucht

Breit aufgestellte spannende allg.med. Praxis in Halstenbek-Krupunder, Schwerpunkte Innere/Pädiatrie/Orthopädie/Chirurgie, sucht zum 1.4.2018 nette(n) und fitte(n) Weiterbildungsass. FA(Ä) Allg. Med. in Voll- oder Teilzeit.

Sehr gute Erreichbarkeit aus dem Hamburger Westen, S3 ab Altona 13 Min., nettes Team, modernes Sono und WB-Berechtigung Abdomen und Sd Sono vorhanden.

Tel 0177-8955117 arzt@praxis-krupunder.de Fax 04101/401016

Su. FA/FÄ Innere/Allg.med. TZ-VZ in Praxis - Alsternähe
Hamburg-SH@hotmail.com

FA/FÄ Allgemeinmedizin für Praxis innerhalb des Klinikums ab sofort gesucht. Sehr abwechslungsreiches und interessantes Tätigkeitsfeld. Zentral in HH. 20 Std./Woche. Einsatzzeiten nach Absprache. Sehr gute Bezahlung. Ab sofort. Rückmeldung an: praxis@stgeorg-medizin.de mobil: 0172-4122758

FÄin Gyn. u. Geburtshilfe in Teilzeit von gynäkologischer Praxis in HH-Barmbek gesucht
Tel. 040/5386913

Arztehepaar sucht ein bis zwei Weiterbildungsassistenten/-innen - ab sofort - für eine Allgemeinmed. Gemeinschaftspraxis mit Übernahmemöglichkeit. Sehr gutes Betriebsklima mit erfahrenen MFA. Patientenalter liegt im Durchschnitt bei etwa 40 J. Breites interistisches-sportmedizinisches Spektrum mit Belast.-EKG, 24 Std.-Ekg mit Auswertung! 24 Std.-RR Messung, Lungenfunktion, Abdomen- u. Gefäß Doppler Sonographie, Proctoskopie. Kleine Chirurgie u. Proktologie; Chirotherapie u. konservative Orthopädie. Zusatzbezeichnung: Sportmedizin, Umweltmedizin u. Naturheilverfahren. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben rufen Sie uns unter der Tel. Nr. 07424/3535 o. 07424/503217 (78549 Spaichingen) an oder mailen Sie uns drhartmutkeller@web.de

Weiterb.-Assistent/-in zum FA f. Allgemeinmed.

in Teil- oder Vollzeit, breites Spektrum, volle WB-Befugnis vorh., Tel. 0171/4704757

FÄ/FA für Gyn/Geburtshilfe in HH-Nordost gesucht

Teilzeit (10-15 h), verlässliche Arbeitszeiten, Festanstellung. Fröhliches und erfahrenes Team. Kontakt: gyn-hh@gmx.de

Weiterb.-Assistent/in f. Pädiatrie ab 4/18

in kinderärztlicher Gem.-Praxis in Buchholz i.d.N. gesucht. WB-Ermächtigung für 18 Mon., Voll- oder Teilzeitanstellung möglich, ggf. spätere Kooperation. Großes Spektrum, nettes Arbeitsklima, gute Verkehrsanbindung. Zuschr. erb. unter F 2906 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Mit der Elbfähre zur Arbeit! FA/FÄ und WB-Assistent/in Allgemeinmedizin

für Hausarztpraxis (BAG) in Finkenwerder ab Jan. 2018 od. später gesucht, gerne auch TZ. Breites Spektrum, nettes Team dr.axel.huebner@arcor.de Tel. 0171/8959771

Der IBH e.V. sucht ab März 2018 Dozentinnen und Dozenten für Innere Medizin für ausl.

Ärztinnen und Ärzte in HH, Tel. 040/2530625-12 (Fr. Fieseler)

Große gynäkologische Praxis sucht WB-Assistentin

Gynäkologie und Geburtshilfe in Teilzeit, Tel. 0173/6103841

FÄ/FA für Allgemeinmedizin in Teilzeit- oder Vollzeit

große Praxis in Niendorf sucht dringend Verstärkung, Kooperation möglich. Partnerhausarzt@gmx.de



Gesundheit direkt am Meer!

Die Ostseeklinik Zingst sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Leitende Ärztin/ Arzt Fachärztin/Facharzt Allgemeinmedizin oder innere Medizin (in Vollzeit oder Teilzeit)

Wir bieten geregelte Arbeitszeiten in einem engagierten Team, ein angenehmes Arbeitsklima und eine sehr attraktive Vergütung. **Eine sehr schöne Wohnung am Zingster Hafen wartet auf Sie!**

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.ostseeklinik-zingst.de/jobs.htm
Ostseeklinik Zingst, Neue Straminke 1, 18374 Zingst, Tel. 038232 87 430.

Facharztpraxis Hafencity www.schlaichpartner.de

WB (36 M) Arbeitsmedizin VZ/TZ mit Begeisterung für Tauchen, Schifffahrt, Reisemedizin komplette Funktionsdiagnostik UKE Lehrpraxis praxis@schlaichpartner.de

Suche Kinderärztin/arzt zur Mitarbeit/jobsharing

in wunderschöner Praxis am östl. Stadtrand von HH Info/Tel.: 0176-48627651

Mitarbeit in großer unfallchirurgischer Praxis

für erfahrenen Chir./Unfallchir. auf Stundenbasis angeboten Chirurgische Praxis Alstertal info@cpa-pb.de

Weiterbildungsassistent(in) f. Allgemeinmedizin gesucht

Sie befinden sich möglichst im letzten Ausbildungsabschnitt und können sich eine spätere Praxisteilhabe/-übernahme vorstellen? Dann melden Sie sich bitte unter info@dr-stolz.de ! Nähere Informationen zur Praxis unter www.dr-stolz.de

FA/FÄ für Allgem./Innere

in TZ/VZ f. Hausärztl. Praxis gesucht, flex. Arbeitszeiten Tel. 0171/4704757

Augen auf:

Augenarztpraxis im Hamburger Westen sucht operativen **Augenarzt**. Partnerschaft erwünscht. KV-Sitz vorhanden. E-Mail: dreyeland@gmx.net Fon: +49(0)177 7472464

Allgemeinmedizinische Praxis im Hamburger Zentrum

sucht WB-Assistenten/in 0173/6114606, s.kashi@web.de

Praxiserfahrene FÄ Gyn./Geb.

in TZ Anstellung, ca. 20 Std./Wo., HH-West gesucht. praxis-hh-west@gmx.de

Stellengesuche

Intern. & Hämato-Onkologin

sucht Aufgabe in Hamburg in Praxis: haem_onko@posteo.de

FÄ Chirurgie/Unfallchirurgie und Orthop./Unfallchir.

z.Zt. in gr. MVZ (kons./oper.) zuvor OÄ Unfallchir., sucht neue Herausforderung, vorzugsw. MVZ, im Raum Hamburg. E-Mail: chirurgin-hh@web.de

Vertretungen

Erfahrener Kinderarzt übern.

Praxis- u. Urlaubsvertretungen, Übernahme von Notdiensten paediater17@gmail.com

Ambulantes Operieren

Anästhesist niedergel.

sucht Kooperation in Praxis oder Klinik, HH + südl. SH traumdoktor@t-online.de

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Anästhesist/in gesucht Anstellung/Jobsharing

Anstellung in Teilzeit für 3 Jahre. Danach möglicherweise Übernahme des KV-Sitzes. Tel.: 0160/8155654

Kinderarztpraxis

südlich von Hamburg sucht zeitnah jobsharing-Partner/in mit dem Ziel Praxisübernahme innerhalb der nächsten Jahre. Zuschr. erb. unter E 2905 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Internist. Facharztpraxis sucht Praxispartner/-in

für Privatpraxis, Kooperation mgl. auch für eigenen KV Sitz, verwandte Fächer oder Subspezialität. Westen Hamburgs, verkehrsgünstig. Zuschr. erb. unter A 0485 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Operativer Unfallchirurg/Orthopäde

sucht Assoziation in Hamburg Zuschr. erb. unter M 2938 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

- ♦ **Ärztliche Psychotherapie**
- ♦ **Psychologische Psychotherapie**
- ♦ **Psychiatrie und Psychotherapie**

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.

Sollten Sie an einem Verkauf an ein inhabergeführtes MVZ interessiert sein, so kontaktieren Sie uns bitte:

info@kassensitz-gesucht.de

Ich möchte meinen KV-Sitz Allg.med. (2er-Praxisgem., St. Georg) mit jemandem teilen. Zuschrift an Dr.Vi@gmx.de

KV-Sitz Gynäkologie gesucht
Kontaktaufnahme über gynsitz-hh@web.de

Praxisabgabe

Allgemein-Praxis St. Pauli sucht Nachfolger zum 1.4.2018 zentrale Lage, schöne Räume 0412283308-0001@t-online.de

Pädiatrie-Praxis
gut eingeführt, überdurchschnittl., in wachsendem Wohngebiet in HH ab 2018 zu verkaufen. Bewerb. an: kinderarztpraxis-hamburg@web.de

Nachfolge PRM in fachübergreifender Gem.Praxis mit 2 Chirurgen zum 01.01.2019 in Randlage HH Süderelbe gesucht. Schwerpunkt chirurgisch-orthopäd. Zuschr. erb. unter D 2903 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Schöne Privatpraxis, 130 m² Altbau in Eppend. allg. Med. Naturheilkunde ab Herbst 2018 oder später abzugeben. Tel. 040-47194661

Östlicher Speckgürtel HH
Ertragstarke, konservative Einzelpraxis **Orthopädie** in 2018 abzugeben (KV S.-H.) A. Weber Tel. 0172-6339119

Suche Praxisnachfolge zum 1.7.2018 für hausärztlich/internist. Praxis in Eilbek/Hohenfelde. Alternativ auch Abgabe des KV-Sitzes möglich. Zuschr. erb. unter H 2914 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Kinder- u. Jugendarztpraxis in Hamburg

ab 2018 an Nachfolger abzugeben
Zuschr. erb. unter J 2920 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Orthopädie/Unfallchirurgie
Scheinstarke, etablierte D-Arzt Praxis in Hamburg aus Altersgründen zum nächstmöglichen Termin abzugeben. E-Mail: Praxisvergabe_HH@gmx.de

Gut gehende hausärztliche Gem.-Praxis in Bad Segeberg
zum 1.10.2018 abzugeben.
Zuschr. erb. unter L 2936 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Kinder- und Jugendarztpraxis nordwestl. von HH

Große Kinder- u. Jugendarztpraxis südwestliches S-H Ende 2018 abzugeben.
Zuschr. erb. unter K 2934 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Hausarztpraxis in HH-Mitte
in PG mit haus- u. fachärztl. Internisten ab 1.4.18 abzugeben. Kontakt über 0170-7332522

Bestellschein für Fließtextanzeigen unter:

www.elbbuero.com



AMT
Abken Medizintechnik

... defektes Ultraschallgerät?

KEIN PROBLEM!
Unser Service-Team steht Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Verfügung!
www.amt-abken.de

PHILIPS SAMSUNG Healthineers

AMT Abken Medizintechnik GmbH · Langenharmer Weg 219 · 22844 Norderstedt
Tel. 040 - 180 10 282 · info@amt-abken.de · www.amt-abken.de

Praxisräume

Zentr. Lage, U-Bahn Osterstr.
schöner Praxisraum, 17 m², hell, top renov., Holzdielen, in neuer psychoth. Praxis, Mitbenutzung von Wartezimmer, Küche u. WC
Dr. Lonhard, Tel. 0176/84889417

Hausärztliche Praxisgemeinschaft Ottensen
Praxisgemeinschaft in zentraler Lage in Hamburg Altona bietet ruhigen Raum zur Untermiete zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Tel. 040/39808661, Mail: praxisgemeinschaftottensen@gmx.de

Othmarschen/Waitzstraße
Schöner heller Praxisraum, 15 m² plus Loggia mit Pantry, in Privatpraxis zu vermieten. Aussagekräftige Anfragen bitte an: praxisraum-othmarschen@gmx.de

Harvestehude
Ärztl. Praxisräume, Altbau, 160 m², Teilvermietung, Tel. 0172-4010982

Heller Therapieraum zu verm. in Arztpraxis, Blankenese Zentr., 20 m², geeignet für Einzel- oder Gruppentherapien, halbtageweise oder am WE, Preis n.V. E-Mail: praxisbuchhaltung-blankenese@web.de

Mod. Praxis, zentr. in Eimsb.
tageweise o. WE zu vermieten. Mail: kv.sitz.hamburg@gmail.com

Gyn sucht Praxisräume
2-3 R., in PG od. Einzelpr., gern fachfremd, Tel. 0172-4010982

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona
Jeden 2. Mittwoch von 18.00-19.30 h, T.: 431 830 40, www.arnhild-uhlich.de

Fortbildung/Seminare

Gynäkologentag Hamburg 2018

zusammen mit dem 160. Stiftungsfest der „Geburtshilfflichen Gesellschaft zu Hamburg“

Fr. 26./Sa. 27. Januar 2018

Freitag, 26.01.2018, 8.00 – 18.00 Uhr
Samstag, 27.01.2018, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: UKE Institut für Anatomie (Gebäude N 61), Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Veranstalter:
FBA Frauenärztliche BundesAkademie, Berufsverband der Frauenärzte e.V. (LV Hamburg), Geburtshilffliche Gesellschaft zu Hamburg

Auskunft, Programm, Anmeldung:
Dr. med. Wolfgang Cremer
Tel. 040/46 46 82 Fax 040/46 46 38
E-Mail: cremer@bvfhamburg.de
Programm im Internet:
www.fba.de/hamburg

Steuerberatung



KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuerberater+Unternehmensberater

„Mehr Leistung für Heilberufe“



Mathias König,
Steuerberater

ausgezeichnet
beraten seit 1976

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

165 Erfolg - unser Ziel

Wertgutachten



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

Heegbar 14
22391 Hamburg
Tel. 040-27849344
Tel. 04159-8258688
Fax 04159-819002
Email: s.siewert@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

Rechtsanwälte

**Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler**



DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

Hindenburgstraße 1 • 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/8808-0

Zweigstelle Heide • Tel.: 0481/5133
Zweigstelle Hamburg • Tel.: 040/61185017

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.



Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg • Berlin • Heidelberg

**Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen
im Gesundheitswesen!**

Insbesondere Beratung für

- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

Vom Arbeitsrecht bis zur Zulassung - unsere Kanzlei steht für persönliche, individuelle und zielgerichtete Rechtsberatung und Vertretung. Erfahren Sie mehr über unser umfassendes Leistungsportfolio unter

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für **Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg**
Medizinrecht | Steuerrecht | Arbeitsrecht fon +49 (0) 40 - 2390876-0
e-mail hamburg@praxisrecht.de



AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

Burchardstraße 19 | D - 20095 Hamburg | Tel.: +49 (0) 40 - 767 5883 - 160
Fax: +49 (0) 40 - 767 5883 - 166 | info@aescutax.net | www.aescutax.net



CAUSA CONCILIO
RECHTSANWÄLTE



Praxisabgabe.
Praxisübernahme.
Ärztliche
Kooperationen.

**Spezialisiertes Medizinrecht
mitten in Hamburg**
CausaConcilio gewährleistet
mit hochqualifizierten Anwälten
die bestmögliche Beratung für
Ärzte, Zahnärzte und Kliniken.
Kontakt: 040.355372-225

Sven Hennings, Christian Gerds, Frank Schramm,
Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer, Dr. Jana Spieker,
Dr. Sarah Gersch-Souvignet, Wiebke Düsberg, Dr. Paul Harneit,
Stephan Gierthmühlen, Dr. Kai Stefan Peick

An drei Standorten. Hamburg. Kiel. Schönberg.
www.causaconcilio.de

Anzeigenschlusstermine
Hamburger Ärzteblatt Ausgabe 01/2018
Anzeigen im redaktionellen Teil: (07. Dezember 2017)
Rubrikanzeigen: 13. Dezember 2017

Anzeigenannahme Hamburger Ärzteblatt
elbbüro
Telefon: (040) 33 48 57 11
Telefax: (040) 33 48 57 14
anzeigen@elbbuero.com

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG – ÄRZTEAKADEMIE

DIE ASKLEPIOS KLINIKEN LADEN EIN



ANÄSTHESIOLOGIE, NOTFALL- UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

Mittwoch, 10.1.2018, 18:00-20:00 Uhr

► Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium ③*

Häufiges und Seltenes aus der Kindernotfallmedizin.
Vortrag u. Diskussion Dr. Ulrich Trappe (BG Klinikum Hamburg).
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. B. Bein, Dr. R. Kretschmer, Dr. J. Thiele,
Asklepios Klinik St. Georg. **Ort:** Asklepios Klinik St. Georg
Anmeldung nicht erforderlich.

Samstag, 20.1.2018, 9:00-18:00 Uhr

► Das Polytrauma. 6. Barmbeker Minisymposium zur präklinischen Traumaversorgung ⑩*

Veranstalt. der Abt. Anästhesiologie und op. Intensivmed. in Zusammenarbeit mit der AGNN u. TraumaManagement für alle an der Versorgung Schwerverletzter Beteiligten.
Wiss. Leitung: CA Dr. S. Wirtz, J. Hoedtke, Asklepios Klinik Barmbek
Teilnahmegebühr: 50,- € (inkl. Speisen und Getränke). Mitglieder der AGNN 40,- €
Ort: Asklepios Klinik Barmbek
Anmeldung bis 14.1.2018 erforderlich: anaesthesie.barmbek@asklepios.com;
Fax 040 181882-9809 oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

AUGENHEILKUNDE

Samstag, 20.1.2018, 10:00-13:30 Uhr

► Ophthalmologen-Vormittag ⑤*

Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. Dr. W. Wiegand,
Asklepios Klinik Nord - Heidberg
Ort: Steigenberger Hotel Treudelberg, Hamburg
Informationen und Anmeldung: l.muesegades@asklepios.com; **Tel. 040 181887-3455**



GERIATRIE

Freitag, 9.2.2018, 10:30-17:30 Uhr

► 17. Hamburger Symposium Aktuelle Konzepte der Altersmedizin ⑧*

Schwerpunktthema: Gleichgewicht.
Wiss. Leitung: CA Dr. J. Gehrke, CA PD Dr. A. Wollmer, Asklepios Klinik Nord
Ort: Rathaus Norderstedt
Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.

HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE

Samstag, 13.1.2018 9:30-15:00 Uhr

► XVI. Post-ASH Symposium ⑤*

Neueste Entwicklungen in der Hämatologie, die auf der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Hämatologie (ASH) 2017 in Atlanta vorgestellt wurden.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. A. Elmaagacli, Asklepios Klinik St. Georg
Ort: Radisson Blue Hotel, Hamburg
Um Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) wird gebeten.

INNERE MEDIZIN / KARDIOLOGIE

Samstag, 13.1.2018, 9:00-15:00 Uhr

► Kardiologie Highlights 2018 ⑥*

Das Neueste und Wichtigste aus der Kardiologie in 3 x 90 Min.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. J. Müller-Ehmsen, Asklepios Klinik Altona
Ort: Empire Riverside Hotel, Hamburg
Um Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) wird gebeten.

Freitag, 19.1.2018, 16:00-21:00 Uhr & Samstag, 20.1.2018, 9:00-16:00 Uhr

► Echokardiografie Grundkurs ⑰*

Wir stellen die physikalischen Grundlagen vor u. gehen auf in Klinik und Praxis häufige Krankheitsbilder ein – zusätzl. praktische Übungen in Kleingruppen.
Wiss. Leitung: CA PD Dr. C. Schneider, Asklepios Westklinikum Hamburg
Teilnahmegebühr (inkl. Verpflegung): 449,- €/399,- € für Assistenzärzte/Ärzte in der Weiterbildung
Ort: Asklepios Westklinikum Hamburg
Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.

NEUROLOGIE

Mittwoch, 31.1.2018, 16:30-19:30 Uhr

► 8. Hamburger CIDP-Symposium ③*

Themen u. a.: Neue Daten zur MR Neurografie bei CIDP und anderen Immunneuropathien, Update akute demyelinisierende Polyneuropathien, Einsatz von Immunglobulinen u. monoklonalen Antikörpern bei Myasthenia gravis.
Wiss. Leitung: Dr. T. Rosenkranz, Asklepios Klinik St. Georg, Dr. K. Ch. Knop, Praxis Neurologie Neuer Wall
Ort: Asklepios Medical School
Um Anmeldung wird gebeten: m.marter@asklepios.com; **Fax 040 181885-4185** oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

Mittwoch, 14.2.2018, 17:00-20:00 Uhr

► 14. Altonaer Neurotag ④*

Veranstaltung des Kopf- und Neurozentrums zu Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Sehstörungen, Hypakusis, Schwindel, Trigeminusneuralgie und Hirnnervenerkrankungen.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. U. Kehler, Asklepios Klinik Altona
Ort: Asklepios Klinik Altona
Um Anmeldung wird gebeten: u.kehrer@asklepios.com; **Fax 040 181881-4911** oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

WEITERE VERANSTALTUNGEN

Ab 1. Januar 2018

► Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte. ④⑩*

15. Blended Learning Kurs nach den RKI-Richtlinien.
Präsenztage am 17. & 18.5.2018 in der Asklepios Klinik Barmbek.
Wiss. Leitung: Dr. S. Huggett, MEDILYS, Prof. Dr. C. U. Herborn, Asklepios Kliniken GmbH. **Kursgebühr:** 595,- €. **Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.**

Samstag, 13.1.2018, 9:00-15:00 Uhr

► Hanseatische Klinikkonferenzen Nr. 44: Sporttraumatologie ⑥*

Interdisziplinäre Vorträge und Erfahrungsaustausch.
Asklepios Kliniken Barmbek, Harburg, St. Georg in Kooperation mit der Asklepios Ärzteakademie
Ort: Museum für Völkerkunde Hamburg
Um Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) oder online: www.asklepios.com/klinikkonferenzen wird gebeten.

Samstag, 17.2.2018, 9:00-15:30 Uhr

► I. Harburger Fortbildungstag in praktischer Medizin ⑦*

DMP-zertifizierte Veranstaltung mit Vorträgen und Workshops zu unmittelbar praxisrelevanten Themengebieten.
Wiss. Leitung: CA Dr. H.-P. Unger, CA PD Dr. G. H. Wiest, Asklepios Klinikum Harburg
Ort: Asklepios Klinikum Harburg
Um Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) wird gebeten.

*Fortbildungspunkte