

07/08 • 15

10. Juli • 69. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 20

Versorgungsforschungstag
Ambulantisierung –
Best Practice in Hamburg

Forum Medizin | 22

Rechtsfolgen möglich
Vorsicht beim Ausstellen
von Attesten

Forum Medizin | 26

Sturzverletzungen
Vorteile interdisziplinärer
Behandlung

Das Thema | 12

Symptomdeutung

Volkskrankheit *Normaldruckhydrozephalus*

Häufig wird der „Altershirndruck“ nicht richtig diagnostiziert –
dabei wäre eine Shuntoperation für viele Patienten segensreich



Schon gewusst?

HKK

Jetzt vormerken!

19. September 2015

Neurologie

Museum für Völkerkunde

Ein Tag, alle Abteilungen: Das ist die Idee der Hanseatischen Klinikkonferenzen. Nur hier haben Sie die Gelegenheit, die Experten nahezu aller in Hamburg relevanten klinischen Fachabteilungen von Asklepios zu treffen.

**Medizin für alle:
Gesundheitsinformationen
ganz anschaulich**

In unseren Videos erfahren Ihre Patienten mehr über Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten. Außerdem bekommen sie von Experten Tipps, um gesund zu bleiben.

Über 450 Asklepios Videos finden Sie hier:
youtube.com/asklepioskliniken

Merhaba ... seit neuestem auch Videointerviews auf Türkisch

10 JAHRE Asklepios Ärzteakademie

Aus kleinen Anfängen hat sich unsere Hamburger Einrichtung zu einem der bundesweit größten Anbieter für anerkannte Fortbildungen in der Medizin, insbesondere für die verpflichtende Fortbildung der Fachärzte entwickelt.

Als anerkannter Fortbildungsveranstalter der Ärztekammer Hamburg haben wir seither über 1.700 Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, bei denen insgesamt fast 75.000 Teilnehmer (überwiegend Ärztinnen und Ärzte) begrüßt und fortgebildet werden konnten.



Anmeldung für die HKK Neurologie

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Ärzteakademie, Helge Reich
Tel.: (0 40) 18 18-85 25 42
aerzteakademie@asklepios.com
www.aerzteakademie-hamburg.de

Offizieller Hauptsponsor

OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



ASKLEPIOS

Gemeinsam für Gesundheit

Sie wollen mehr über uns erfahren?

www.asklepios.com



Dr. Dirk Heinrich
Vorsitzender der Vertreterversammlung der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

„Fachgruppen gegeneinander auszuspielen, scheint einigen wichtiger zu sein als fachärztliche Weiterentwicklung und das Zusammenwachsen von Fachärzten aus Klinik und Praxis.“

... denn sie wissen nicht, was sie tun

In diesen Tagen reiben sich die Ärzte an der Basis in Klinik und Praxis mindestens verwundert die Augen oder wenden sich gar entsetzt von den Geschehnissen ab. Mit dem jetzt verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz demonstriert die Politik nämlich nicht nur eine erschreckende Hilflosigkeit, sondern – trotz einiger wichtiger Korrekturen durch unsere Proteste und Beratungen – auch ein grundlegendes Unverständnis gegenüber dem Prinzip der Freiberuflichkeit. Dabei ist dieses DAS tragende Element unseres Gesundheitswesens. Der Wert dieser ausschließlich Patienten und Allgemeinheit gegenüber bestehenden Verpflichtung unseres freien Berufs wird nicht mehr gesehen. Die Wissenslücken sind hier bei unseren Politikern enorm. Viel Aufklärungsarbeit kommt also in nächster Zeit auf uns alle zu. Unter unseren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist das Wissen um die Freiberuflichkeit manchmal aber auch nicht besser. Hier müssen die medizinischen Fakultäten und die Ärztekammern dringend handeln. Die Prinzipien unseres freien Berufs müssen allen Ärzten geläufig sein. Ansonsten ist auch die Selbstverwaltung gefährdet.

Diese gerät auf der Bundesebene gerade aber durch etwas ganz anderes, nämlich durch die Skrupellosigkeit und den Egoismus einiger Vorstände von Kassenärztlichen Vereinigungen, ins Abseits. Diese schrecken zur Erreichung persönlicher Ziele oder künftiger Wahlerfolge vor keiner noch so abscheulichen Diffamierung unseres KBV-Vorstandsvorsitzenden, Dr. Andreas Gassen, zurück und nehmen dafür einen enormen Schaden auch für die Institution Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), das KV-System an sich und damit für die Selbstverwaltung insgesamt billigend in Kauf. Das ist unanständig und verantwortungslos.

Dazu passt auch folgendes Phänomen: Die Fachärzte aus Praxis und Klinik haben es geschafft, sich zur Wahrung ihrer gemeinsamen Interessen zu einem Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) zusammenzuschließen. Das war kein einfacher Prozess, aber eine jahrelange Forderung aus der Politik und ein Wunsch vieler. Umso erstaunlicher ist es zu erleben, wie vehement nun dagegen angeköpft wird. Es scheint so zu sein, dass die Möglichkeit, Fachgruppen gegeneinander auszuspielen, einigen wichtiger ist als fachärztliche Weiterentwicklung und das Zusammenwachsen von

Fachärzten aus Klinik und Praxis. Auch das steckt hinter den Machenschaften einiger KV-Vorstände. Gegen derartige unkollegiale Missbräuche müssen wir uns wehren, denn unter diesen Umständen fällt es immer schwerer, Kolleginnen und Kollegen zur Mitarbeit in der Selbstverwaltung zu motivieren; dabei brauchen wir sie dringend.

In Hamburg hingegen haben wir in unserer Vertreterversammlung weniger Sorgen. Wir sind stolz darauf, dass wir in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) echte Profis als KV-Vorstände haben, die gegen die Missstände auf der Bundesebene aktiv ankämpfen. Und in unserer Vertreterversammlung herrschen Anstand und Respekt vor. Ein gutes Beispiel bot dafür die Juni-Sitzung.

Im Januar 2014 waren durch protestierende Besucher in der Vertreterversammlung lautstarke und teils sehr harte Vorwürfe im Sinne einer systematischen Benachteiligung der Hausärzte gegen die KVH artikuliert worden. Der Hausärzterverband hatte die Besucher eingeladen, da er sich in seiner Forderung nach Datentransparenz seit Längerem behindert sah. In der Folge wurden durch die KVH alle Daten zur Prüfung offengelegt. Aufgrund der Komplexität der Sachverhalte dauerte diese Prüfung fast eineinhalb Jahre – und im Ergebnis wurde klar festgestellt, dass sämtliche Vorwürfe haltlos waren. Herr Dr. Stüven hat sich im Namen des Hausärzterverbands in der Juni-Vertreterversammlung für die Vorwürfe entschuldigt; von den Betroffenen wurde dies anerkannt und sofort akzeptiert. Beides ist angemessen und anständig. Fairer Umgang ist möglich und notwendig, dann macht Selbstverwaltung auch Freude. Daran sollten sich einige auf der Bundesebene ein Beispiel nehmen.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



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

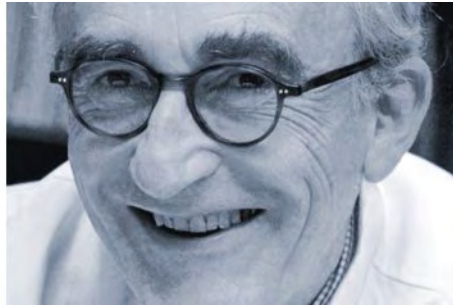
Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

patientenberatung@aekhh.de

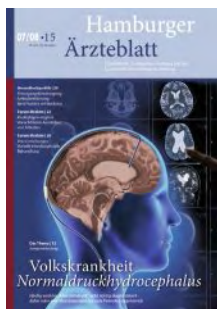
www.patientenberatung-hamburg.de

07/08 · 15

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Uwe Kehler, Neurochirurg an der Asklepios Klinik Altona, erläutert, warum der Normaldruckhydrozephalus immer noch zu selten diagnostiziert wird (Seite 12). **Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse**, Geriatrie im Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus, zeigt auf, wie ältere Menschen mit sturzbedingten Verletzungen von einer interdisziplinären Behandlung profitieren (Seite 26). **Dr. Stefan Schmiedel**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, behandelte einen 29-Jährigen, der an einer Rippenprellung litt. Dessen Oberbauchschmerzen wurden jedoch von einem Hundebandwurm verursacht (Seite 28).



Das Thema

- 12 **Selten erforscht**
Volkskrankheit
Normaldruckhydrozephalus
Von Prof. Dr. Uwe Kehler

Service

- 6 Gratulation
10 In memoriam
10 Verlorene Arztausweise
11 Bibliothek
24 Terminkalender
31 Sono-Quiz
34 Impressum
35 Sicher verordnen

Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Abschied: Prof. Dr. Fokko ter Haseborg · UHZ: Tim Birkwald ist neuer Kaufmännischer Geschäftsführer · LungenClinic: Susanne Quante übernimmt Geschäftsführung · PD Dr. Henning Steen leitet Kardio-MRT am Marienkrankenhaus
News · Impfkampagne gegen Masern · Mutmachbuch: Neue Wartezimmerlektüre für die Kleinen · Prüfer gesucht: Deutschkenntnisse ausländischer Kollegen testen · Behandlungsfehlervorwürfe in Hamburg leicht rückläufig · MFA-Veranstaltung zur Konfliktbewältigung · Neues aus der Wissenschaft: Halluzinationen kommen nicht nur bei Psychosen vor

Gesundheitspolitik

- 18 **Vertreterversammlung** · „KVH hat korrekt gearbeitet“. Von Dr. phil. Jochen Kriens
20 **Versorgungsforschungstag** · Hamburg ist „Best-Practice-Region“. Von Martin Niggeschmidt
22 **„Gelber Schein“** · Vorsicht beim Ausstellen von Attesten. Von Torsten Mohr

Forum Medizin

- 26 **Studienergebnisse** · Folgen von Stürzen interdisziplinär behandeln.
Von Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Dr. Marietta Jansen, Urs-Alexander Bölke, Peter Henkelmann, Lilli Neumann, Dr. Ulrike Dapp
28 **Der besondere Fall** · Rippenprellung mit ungewöhnlichem Verlauf.
Von Dr. Hans-Otto Wagner, Dr. Frank Oliver Henes, PD Dr. Jun Li, Dr. Stefan Schmiedel
30 **Schlichtungsstelle** · Mangel bei der Befunderhebung. Von Kerstin Kols, PD Dr. Jörg-Peter Harnisch
32 **Bild und Hintergrund** · 175 Jahre Israelitisches Krankenhaus: Die Hamburger kamen in Massen und staunten. Von Dr. Lorenz Steinke
34 **Der blaue Heinrich** · Morphin. Ausgewählt von Dr. Doris Fischer-Radizi

Mitteilungen

- 36 **Ärztammer Hamburg** · Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27. März 2000 · Zwischenprüfung für auszubildende MFA · 337. Sitzung der Delegiertenversammlung
40 · 41 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Gratulation

zum 85. Geburtstag

- 28.07. **Prof. Dr. med. Rolf Hubmann**
Facharzt für Urologie
- 26.08. **Dr. med. Eva Maria Rühl**
Fachärztin für Kinder- u. Jugendmedizin
- 03.09. **Georg Wirschke**
Facharzt für Anästhesiologie

zum 80. Geburtstag

- 17.07. **Dr. med. Klaus Hagen**
Facharzt für Orthopädie
- 17.07. **Dr. med. Friedrich Kreisler**
Facharzt für Chirurgie
- 04.08. **Dr. med. Thomas Schulz**
Facharzt für Innere Medizin
- 15.08. **Dr. med. Wolfgang Schwarz**
Facharzt für Innere Medizin
- 17.08. **Dr. med. Ingrid Wende**
Fachärztin für Innere Medizin
- 22.08. **Dr. med. Norbert Sternberg**
Facharzt für Chirurgie
- 24.08. **Dr. med. Elke Trawny**
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 26.08. **Dr. med. Marianne Willemsen**
Fachärztin für Innere Medizin
- 08.09. **Dr. med. Klaus Voelker**
Facharzt für Innere Medizin

zum 75. Geburtstag

- 17.07. **Dr. med. Reinhard Kroll**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 17.07. **Prof. Dr. med. Harald Schöttle**
Facharzt für Chirurgie
- 22.07. **Dr. med. Inghild Grahl**
Ärztin
- 26.07. **Traute Abele**
Fachärztin für Anästhesiologie
Fachärztin für Psychotherapeutische
Medizin
- 27.07. **Dr. med. Elke Ruttmann**
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
- 29.07. **Dr. med. Peter Döbler**
Facharzt für Urologie
- 30.07. **Dr. med. Bodo Karacz**
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
- 09.08. **Dr. med. Siegfried Braun**
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie
- 10.08. **Dr. med. Hille Schrader**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 19.08. **Dr. med. Maria Leibnitz**
Fachärztin für Innere Medizin
- 20.08. **Dr. med. Klaus Fröhlich**
Facharzt für Chirurgie
- 20.08. **Dr. med. Hermann Schöntag**
Facharzt für Chirurgie
- 21.08. **Dr. med. Berthold Rütter**
Facharzt für Orthopädie
- 23.08. **Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Deneke**
Facharzt für Psychotherapeutische
Medizin



Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Zur Verabschiedung von Prof. Dr. Fokko ter Haseborg (2.v.r.) waren honoräre Gäste geladen (v.l.): sein designierter Nachfolger Matthias Scheller, der langjährige Präsident und heutige Ehrenpräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Rudolf Kösters, Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks, Bezirksamtsleiter Dr. Torsten Sevecke (Eimsbüttel), Bischöfin Kirsten Fehrs, Pastor Dr. Stefan Stiegler aus dem Vorstand des Albertinen-Diakoniewerks und Dr. Manfred Radtke, Kuratoriumsvorsitzender (r.)

Albertinen-Diakoniewerk Der langjährige Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Fokko ter Haseborg wurde in den Ruhestand verabschiedet.

Feierstunde für einen *mutigen Erneuerer*

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks, wurde im Mai mit einem Festakt feierlich in den Ruhestand verabschiedet. Über 400 Gäste aus Politik, Kirche und Diakonie, Gesundheitswirtschaft und weiteren Institutionen waren in die Kirche am Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen gekommen, darunter Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks, Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, und Dr. Ulrich Wandschneider, Vorsitzender der Asklepios-Konzerngeschäftsführung, ebenso wie Matthias Scheller, designierter Nachfolger ter Haseborgs (siehe HÄB 03/15). In seiner Laudatio hob Dr. Manfred Radtke, Kuratoriumsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks, die besonderen Verdienste ter Haseborgs hervor. Aus dem Krankenhaus am Rande der Stadt habe ter Haseborg einen Diakoniekonzern geformt. In seine Zeit als Vorstandsvorsitzender falle die mutige Entscheidung für das Engagement von Albertinen in Volksdorf, wo ein für Hamburg einmaliger Gesundheitscampus entstanden sei. Mit der Zentralisierung der Wirtschaftsbetriebe sei die Voraussetzung für ein gesundes Wachstum geschaffen worden. Prüfer-Storcks würdigte das gesundheitspolitische Wirken ter Haseborgs, der die Krankenhauslandschaft der Hansestadt nachdrücklich geprägt habe. Das Albertinen-Diakoniewerk ist mit dem Namen ter Haseborg unweigerlich verbunden. Der Professor für Betriebswirtschaftslehre und Marketing ist seit 1992 Mitglied im Albertinen-Diakoniewerk, drei Jahre später wurde er ins Kuratorium gewählt und stellvertretender Vorsitzender des Gremiums. 1996 übernahm ter Haseborg den Vorstandsvorsitz und fungierte zugleich auch als Geschäftsführender Direktor des Albertinen-Krankenhauses sowie des Albertinen-Hauses. 2003 übernahm er zudem die Geschäftsführung des Ev. Amalie Sieveking-Krankenhauses in Volksdorf. Der von ihm 2004 gegründeten Albertinen-Stiftung steht ter Haseborg von Anfang an als Vorstandsvorsitzender vor. Gesundheitspolitisch engagierte er sich seit 2000 abwechselnd als 1. und 2. Vorsitzender in der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft sowie als Mitglied im Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft und auch als stellvertretender Vorsitzender im Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg. | *håb*

UHZ: Tim Birkwald ist neuer

Kaufmännischer Geschäftsführer

Tim Birkwald hat im Mai die Kaufmännische Geschäftsführung des Universitären Herzzentrums Hamburg GmbH (UHZ) übernommen. Er löst damit Dr. Karin Overlack ab, die seit Anfang Juli neue Geschäftsführerin des Herz- und Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen ist. Birkwald ist seit 2006 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Leitungsfunktionen tätig. Der Wirtschaftsingenieur war am UKE bereits Kaufmännischer Leiter des Ambulanzentrums und des Zentrums für Anästhesiologie und Intensivmedizin, des Universitären Transplantations-Centrums, des Geschäftsbereichs Physiotherapie und des Zentrums für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin. Von 2004 bis 2006 arbeitete er im Kinderkankenhaus Altona als stellvertretender Geschäftsführer. | *hüb*



Tim Birkwald

LungenClinic: Susanne Quante

übernimmt Geschäftsführung

Susanne Quante ist seit Juli neue Kaufmännische Geschäftsführerin der LungenClinic Grosshansdorf. Sie folgt auf Wolfgang Gerckens, der zuvor in dieser Position tätig war und inzwischen im Ruhestand ist. Zuvor leitete die Juristin und Krankenhausbetriebswirtin fünf Jahre den Geschäftsbereich Strategische Unternehmensentwicklung und das Liegenschaftsmanagement des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und war davor in der Rechtsabteilung und der Kaufmännischen Direktion des UKE tätig. Die LungenClinic Grosshansdorf ist nach eigenen Angaben die größte Spezialklinik Norddeutschlands für Lungenerkrankungen. Sie versorgt jährlich rund 12.000 Patienten stationär und ambulant in den Schwerpunkten Pneumologie, Onkologie, Thoraxchirurgie und Anästhesie. | *hüb*



Susanne Quante

PD Dr. Henning Steen leitet Kardio-MRT am Marienkrankenhaus

Seit April 2015 leitet PD Dr. Henning Steen die Abteilung für kardiovaskuläre Magnetresonanztomografie im Zentrum für Innere Medizin/Kardiologie am Marienkrankenhaus. Sein Schwerpunkt ist das gesamte Spektrum der nicht-invasiven kardialen Bildgebung mit Fokus auf das Kardio-MRT, wobei er sich neben der Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik klinisch und wissenschaftlich besonders mit Kardiomyopathien beschäftigte. Der Kardiologe und Internist absolvierte den größten Teil seiner klinischen Ausbildung an der Universität Heidelberg. Nach Forschungsaufenthalten in London am Royal Brompton Hospital und in Baltimore an der Johns Hopkins University leitete er in Heidelberg über neun Jahre das Kardio-MRT. Nach seiner Habilitation 2012 war er sowohl Leitender Oberarzt des Herzzentrums Bodensee als auch Kardio-MRT-Spezialist fürs HerzZentrum Hirslanden. | *hüb*



PD Dr. Henning Steen

Gratulation

zum 75. Geburtstag

- 23.08. **Dr. med. Ulrich Gaedeke**
Facharzt für Urologie
- 01.09. **Dr. med. Klaus Möbius**
Facharzt für Chirurgie
- 02.09. **Priv. Doz. Dr. med. Jürgen Kitzing**
Facharzt für Innere Medizin
- 07.09. **Ulrich Hübner**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 08.09. **Dr. med. Gisela Gillhoff**
Fachärztin für Innere Medizin
- 08.09. **Dr. med. Dörte Stanik**
Ärztin
- 09.09. **Daniela Broda**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 11.09. **Dr. med. Dieter Lehmann**
Facharzt für Innere Medizin
- 12.09. **Dr. med. Justus Engelhardt**
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Nervenheilkunde
- 13.09. **Dr. med. Dieter Busche**
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

zum 70. Geburtstag

- 16.07. **Dr. med. Cornelius Spangenberg**
Facharzt für Innere Medizin
- 16.07. **Prof. Dr. med. Wolfgang Zangemeister**
Facharzt für Neurologie
- 17.07. **Dr. med. Dirk Renckhoff**
Facharzt für Orthopädie
- 17.07. **Dr. med. Meike Schröder**
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
- 19.07. **Dr. med. Alexandra Bohn**
Ärztin
- 19.07. **Dr. med. Dr. phil. Brigitte Kreusler**
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 21.07. **Dr. med. John Gordis**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 31.07. **Helga Czaplenski**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Fachärztin für Innere Medizin
Fachärztin für Öffentliches
Gesundheitswesen
- 31.07. **Dr. med. Dr. med. dent. Volker Kleinhans**
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 05.08. **Dr. med. Claus Dannowski**
Facharzt für Innere Medizin
- 05.08. **Prof. Dr. med. Hans Peter Meier-Baumgartner**
Facharzt für Physikalische und
Rehabilitative Medizin
Facharzt für Innere Medizin
- 07.08. **Dr. med. Wilfried Fricke**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 14.08. **Dr. med. Hans Hugel**
Facharzt für Chirurgie
- 14.08. **Robert Heinz Koch**
Arzt
- 20.08. **Dr. med. Claus Carstensen**
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 70. Geburtstag

- 20.08. **Dr. med. Georg Vahldiek**
Facharzt für Radiologie
- 24.08. **Max Schreiter**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 25.08. **Dr. med. Christina Müller**
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
- 26.08. **Klaus-Ulrich Lemke**
Facharzt für Chirurgie
- 30.08. **Dr. med. Michael Fünner**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 30.08. **Dr. med. Brigitte Glindemann**
Fachärztin für Chirurgie
- 08.09. **Michael Antlauf-Lammers**
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 11.09. **Dr. med. Rolf Jochen Panny**
Facharzt für Chirurgie
- 14.09. **Dr. med. Gundula Bormann**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 14.09. **Dr. med. Rudolf Rüter**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 15.09. **Dr. med. Ulrich Bela**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 15.09. **Karin Grabs**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

zum 65. Geburtstag

- 17.07. **Manfred Geiger**
Facharzt für Innere Medizin
- 20.07. **Walter Voigt**
Facharzt für Anästhesiologie
- 24.07. **Edda Amiri**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 25.07. **Dr. med. Christine Hauter**
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- 26.07. **Priv. Doz. Dr. med. Karl Wagner**
Facharzt für Innere Medizin
- 27.07. **Marion Althoff**
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- 27.07. **Christine Ramdohr**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 30.07. **Eva-Marie Dörries-Kohnen**
Ärztin
- 31.07. **Sabine Lucht**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 31.07. **Dr. med. Thomas Tyzak**
Arzt
- 02.08. **Dr. med. Thomas Goltzsche**
Arzt
- 02.08. **Dr. med. Bernd Leschhorn**
Facharzt für Orthopädie
- 06.08. **Dr. med. Bernd Paulmann**
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 06.08. **Dr. med. Heidrun Sauer**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 06.08. **Dr. med. Undine Schulz**
Fachärztin für Augenheilkunde
- 07.08. **Dr. med. Thomas von Rothkirch und Panthen**
Facharzt für Orthopädie

Impfkampagne gegen Masern

Aktion Im September soll bei jungen Erwachsenen verstärkt der Impfschutz überprüft werden. Ärzte werden um Mithilfe gebeten.

Immer noch werden zu wenig Kinder in Hamburg gegen Masern geimpft, viele Erwachsene haben keinen Impfschutz. Um auf die Risiken der Masernerkrankung aufmerksam zu machen, startet auf Initiative der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) im September 2015 eine Kampagne für die Masernimpfung – gemeinsam mit der Ärztekammer Hamburg und anderen Akteuren des Hamburger Gesundheitswesens. Zielgruppe sind junge Erwachsene zwischen 20 und 40 Jahren, es sollen aber auch Fachkräfte des Gesundheitswesens angesprochen werden. Sie sollen ermutigt werden, sich über ihren bestehenden Immunstatus gegen Masern zu informieren und bestehende Impfungen zu schließen.

Dazu werden in Arztpraxen Patienten auf ihren Impfschutz angesprochen, Arbeitsmediziner und Betriebe machen auf die Impfung aufmerksam, es werden gezielte Impfberatungen angeboten. Die Aktivitäten werden durch Öffentlichkeits- und Medienarbeit vor und während des Aktionszeitraums begleitet. Die Ärztekammer Hamburg wird auf ihrer Homepage unter www.aekhh.de über die Kampagne berichten. | *häv*



Neue Wartezimmerlektüre für die Kleinen

Angst vorm Arztbesuch? Im jetzt erschienenen „Mutmachbuch – für Krankenhaus und Arztpraxis“ haben Schüler aus sechs Klassen für Kinder Bilder gemalt und in kleinen Geschichten beschrieben, was beim Arzt passiert, wofür Vorsorgeuntersuchungen wichtig sind und warum man keine Angst vorm kleinen Pieks haben muss. Das Buch ist bei einem Autorenwettbewerb der Ärztekammern Hamburg und Nordrhein sowie der AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen des Projekts „Gesund macht

Schule“ entstanden. Im Juli wird es als Wartezimmerlektüre an Hamburger Kinderarztpraxen und Krankenhäuser verteilt. Das Buch kann per Mail an aok-arztservice@rh.aok.de bestellt oder unter www.gesundmachtschule.de > *Materialien* heruntergeladen werden. Das Projekt „Gesund macht Schule“ sucht noch Patenärztinnen und -ärzte! Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Susan Kiupel-Höfer, Tel. 20 22 99-200, E-Mail: presse@aekhh.de. | *häv*

Prüfer gesucht: Deutschkenntnisse ausländischer Kollegen testen

Ab September 2015 werden die ersten Fachsprachenprüfungen in der Ärztekammer Hamburg durchgeführt, in denen Deutschkenntnisse ausländischer Ärzte geprüft werden. Für diese jeweils einstündigen Prüfungen – Untersuchung von Simulationspatienten, Erstellen eines Arztbriefs und Visitengespräche – sucht die Abteilung Weiterbildung Ärzte, die ein- bis zweimal im Monat bereit sind, Fachsprachenprüfungen dienstags in der Zeit von 13 bis 19 Uhr in der Ärztekammer, Weidestraße 122 b, abzunehmen. Die Prüfer sollten Deutsch als Muttersprache beherrschen oder über eine in Deutschland erteilte Approbation und mehrjährige Berufserfahrung in Deutschland verfügen. Sie erhalten eine ein- oder eineinhalbtägige Schulung mit sprachwissenschaftlicher Expertise und Einweisung in den Prüfungsablauf.

Für die ehrenamtliche Tätigkeit bekommen die Prüfer eine Aufwandsentschädigung von 34 Euro pro Stunde. Bei Interesse melden Sie sich bitte per E-Mail bei Kristine Erdtmann unter weiterbildung@aekhh.de. | *häv*

Behandlungsfehlervorwürfe in Hamburg leicht rückläufig

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat am 15. Juni die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen aus ganz Deutschland vorgestellt. Bezogen auf Hamburg erreichten im Jahr 2014 die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern 444 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern (2013 waren es 465). 231 Verfahren aus dem Kammerbereich Hamburg wurden mit einer Entscheidung über die geltend gemachten Schadenersatzansprüche abgeschlossen. Dabei wurde in 52 Fällen ein Schadenersatzanspruch festgestellt (22,5 Prozent, im Vorjahr: 30,7 Prozent). Die häufigsten Krankheiten bzw. Behandlungsanlässe, die aus Hamburg zur Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Arthrosen (Hüft- und Kniegelenk) und Wirbelsäulenerkrankungen. „Es ist wichtig, dass wir von Fehlern erfahren, damit wir daraus lernen können“, sagt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und der BÄK. Bundesweit haben Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 7.751 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. In 2.252 Fällen lag ein Behandlungsfehler vor, in 1.854 Fällen wurde ein Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. | *hüb*

MFA-Veranstaltung: Bewältigung von Konflikten in der Ausbildung

Zur Fortbildungsveranstaltung „Chancen und Krisen – Bewältigung schwieriger Ausbildungssituationen“ lädt die Ärztekammer Hamburg alle Praxismitarbeiter ein, die mit der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen beauftragt sind. Referentin ist Pamela Emmerling, Fachbuchautorin und Kommunikationstrainerin in Arztpraxen und Kliniken. Sie gibt Einblick in typische Problemsituationen in der Ausbildung und zeigt handlungsorientierte Lösungsansätze auf. Die kostenfreie Veranstaltung findet am Mittwoch, den 2. September 2015, von 19 bis 21 Uhr in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestraße 122 b (Alstercity), 13. Stock, statt. Um Anmeldung wird im Internet unter www.fortbildung.aekhh.de gebeten oder bei den Mitarbeiterinnen des Referats Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte unter Tel. 20 22 99-250. | *hüb*



zum 65. Geburtstag

- 08.08. **Dr. med. Bernd Gockel**
Facharzt für Chirurgie
- 08.08. **Dr. med. Wilfried Meyer**
Facharzt für Innere Medizin
- 09.08. **Dr. med. Sigrid Sack-Paap**
Ärztin
- 10.08. **Dr. med. Mechthild Seiler**
Fachärztin für Psychiatrie
- 11.08. **Dr. med. Irena Rußland**
Ärztin
- 12.08. **Dr. med. Ulrich Gehrke**
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 12.08. **Dr. med. Joachim Langkowski**
Facharzt für Radiologie
- 14.08. **Dr. med. Brigitte Schoderer**
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 17.08. **Dr. med. Dieter May**
Facharzt für Innere Medizin
- 17.08. **Dr. med. Manfred Radtke**
Facharzt für Chirurgie
- 18.08. **Dr. med. Hans-Ulrich Schmidt**
Facharzt für Orthopädie
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 22.08. **Gerhard Ohm**
Facharzt für Psychiatrie
- 24.08. **Dr. med. Joachim Schlottmann**
Facharzt für Chirurgie
- 25.08. **Renee-Sibylle Marie Carrière**
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 25.08. **Frank Geisler**
Facharzt für Chirurgie
- 25.08. **Dr. med. Axel Pinkpank**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 26.08. **Dr. med. Dr. med. dent. Norbert Bock**
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 29.08. **Dr. med. (Univ.-Prag) Eva Florian**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 31.08. **Petra Rosin-Berecke**
Ärztin
- 05.09. **Knut Gundlach**
Facharzt für Orthopädie
- 05.09. **Dr. med. Wolfgang Wahls**
Arzt
- 05.09. **Dr. med. Matthias Wemmer**
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 11.09. **Marion Faltin**
Fachärztin für Innere Medizin
- 12.09. **Prof. Dr. med. Malte Clausen**
Facharzt für Nuklearmedizin

Vom 65. Lebensjahr an sowie alle weiteren fünf Jahre werden unter dieser Rubrik die Geburtstage veröffentlicht. Falls Sie keine Veröffentlichung im Hamburger Ärzteblatt wünschen, informieren Sie bitte rechtzeitig schriftlich (spätestens drei Monate vor dem Geburtstag) das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg, E-Mail: verzeichnis@aekhh.de oder unter Tel. 20 22 99-130 (Mo., Mi., Fr.).

In memoriam

Dr. med. Folkmar Lantzius-Beninga

Facharzt für Urologie
* 05.05.1923 † 06.04.2015

Dr. Christos Delis

Arzt
* 16.11.1927 † 18.05.2015

Dr. med. Ingrid Kühnau

Ärztin
* 18.03.1931 † 21.05.2015

Verloren

- C 9231 Christine Ahrens-Marczeski
01.04.2015
- C 3469 Emmy Lou Ambs (geb. Schlüter)
18.06.2010
- C 3787 Jan-Malte Ambs
28.09.2010
- B 6007 Dr. med. Inge Bessert-Stute
27.06.2002
- B 4731 Dr. med. Thomas Brinkmann
10.01.2001
K. Stephanie Dreher
08.2011 ausgestellt Bezirks
ärztekammer Nordbaden
- B 6809 Dr. med. Ute Knüpfer-Banerjee
06.05.2003
- C 9308 Christina Koberg
19.02.2015
- C 5735 Robert Heinz Koch
22.05.2012
- C 6817 Olav Kreusler
04.04.2013
- B 7872 Dr. med. Cordula Möckelmann
01.06.2004
- SH 010-32464 Dr. med. Maria Otte
26.08.2013
ÄK Schleswig-Holstein
- C 7334 Dr. med. Anja Proescher
18.09.2013
- C 2673 Dr. med. Anna Katharina Rohlfis
23.09.2009
- C 2658 Dr. med. Cornelia Rothe
15.09.2009
- B 6952 Dr. med. Peter Spors
16.06.2003
- 43918 Dr. med. Andrea Schaefer
24.03.2000 ÄK Niedersachsen
- B 6762 Oliver Stammel
09.04.2003
- SH 010-32616 Janna-Lisa Velthaus
24.10.2013
ÄK Schleswig-Holstein
- C 2486 Dr. med. Irene Walther
13.07.2009

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

HÄB: Sommerpause

Das Hamburger Ärzteblatt (HÄB) macht im Sommer eine Pause. Vom 20. Juli bis zum 7. August ist die Redaktion nicht zu erreichen. Das nächste HÄB erscheint am 10. September. Redaktionsschluss und Anzeigenschluss sind am 14. August (Rubrikanzeigen: 20. August). | [háb](#)

Engagieren Sie sich im Berufsaussbildungsausschuss



Medizinische Fachangestellte benötigen eine solide Ausbildung

Eine gute Berufsausbildung gibt jungen Medizinischen Fachangestellten eine solide berufliche Basis und sichert Arztpraxen qualifizierte Fachkräfte. Der Berufsausbildungsausschuss der Ärztekammer Hamburg sucht ehrenamtliche ärztliche Mitglieder, die sich bei der Ausbildung der MFA engagieren. Hauptaufgabe des Gremiums ist, auf eine stetige Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung hinzuwirken; es wird in allen wichtigen

Angelegenheiten der beruflichen Bildung unterrichtet und gehört.

Die Sitzungen finden ein- bis viermal im Jahr in der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122b, statt und dauern zwei bis drei Stunden. Die nächste Legislaturperiode beginnt am 1. September 2015 und endet am 31. August 2019. Sollten Sie Fragen zur Arbeit des Berufsausbildungsausschusses haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Abteilung Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte unter der Tel. 20 22 99-250 gern zur Verfügung. | [háb](#)

Altona: Neue Faxnummer für meldepflichtige Krankheiten

Das Gesundheitsamt Altona hat seine Faxnummer für meldepflichtige Infektionskrankheiten geändert. Nach §§ 6, 8, 9 des Infektionsschutzgesetzes müssen diese Krankheiten und deren Verdacht dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich gemeldet werden. Die Faxnummer in Altona lautet ab sofort: 42 79 02-055. | [háb](#)

Neues aus der Wissenschaft

Halluzinationen kommen nicht nur bei Psychosen vor

Halluzinationen als Wahrnehmung eines Sinnesgebiets ohne nachweisbare Reizgrundlage sind typische Symptome endogener und organischer Psychosen. Eine Arbeitsgruppe um John McGrath am Queensland Brain Institute untersuchte Art und Häufigkeit von Halluzinationen sowie Wahnwahrnehmungen in der Normalbevölkerung und publizierte die Ergebnisse kürzlich in JAMA Psychiatry (published online May 27, 2015). Dazu wurden in einer repräsentativen community-basierten Befragung mehr als 31.000 Menschen aus 18 Ländern untersucht. 5,2 Prozent der Untersuchten gaben an, schon einmal eine Halluzination erlebt zu haben; 1,3 Prozent der Befragten berichteten über Wahnwahrnehmungen (reale Wahrnehmungen, denen eine wahnhafte Bedeutung zugemessen wird). Etwa ein Drittel der Personen, die psychotische Symptome erlebt hatten, berichtete über ein einzelnes Vorkommnis, ein weiteres Drittel über zwei bis fünf Ereignisse. Die Untersuchung liefert keine Erklärung zu möglichen Ursachen, aber aufgrund der großen Datenmenge eine umfangreiche epidemiologische Landkarte über Art und Häufigkeit psychotischer Symptome in der Allgemeinbevölkerung. | [ca](#)

Ärztchammer Hamburg

Bibliothek des Ärztlichen Vereins

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

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

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

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

- Zusendung von Zeitschriftenaufsatzkopien
- Zusendung von Literaturrecherchen in „PubMed“, „UpToDate“ u. a. Datenbanken
- Zusammenstellung von Literatur bzw. Zusendung von Kopien zur individuellen Fragestellung
- Bereitstellung bestellter u. vorgemerker Medien außerhalb der Öffnungszeiten in der „Abholbox“
- Ausleihe von Medien an den Arbeitsplatz (sofern dieser der Behördenpost angeschlossen ist)

Neuerwerbungen

K.-C. Bergmann* (Hrsg.): History of allergy. 20 tables. 2014

M. Berking: Training emotionaler Kompetenzen. 3. Auflage, 2015

D. Dräger (Hrsg.): Schmerz im Alter. 2014

M. Frank: Komplementärmedizin in der Arztpraxis. Akupunktur, Homöopathie und Naturheilverfahren erfolgreich anwenden. 1. Auflage, 2015

E. Freye: Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen. Pharmakologie, Wirkmechanismen, Vorgehen bei Intoxikationen. 2014

J. Klingelhöfer* (Hrsg.): Klinikleitfaden Neurologie. 5. Auflage, 2015

S. Kösling (Hrsg.): Bildgebung HNO-Heilkunde. 2. Auflage, 2015

C.-H. Lammers*: Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz. 2015

F. Lammert (Hrsg.): Angeborene Stoffwechselkrankheiten bei Erwachsenen. 2014

G. Maio*: Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. 1. Auflage, 2014

R. P. Meyer* (Hrsg.): Extremitätenchirurgie im Wandel. 28 Fachärzte äußern sich. 2015

H. J. Michaely (Hrsg.): Atlas der MR-Angiographie. Techniken und klinische Anwendung. 1. Auflage, 2014

J. Moock* (Hrsg.): Privatisierung im Gesundheitswesen. Chance oder Risiko? 1. Auflage, 2015

M. Moskopp (Hrsg.): Neurochirurgie. Handbuch für die Weiterbildung und interdisziplinäres Nachschlagewerk. 2. Auflage, 2015

T. Nicolai: Pädiatrische Notfall- und Intensivmedizin. 5. Auflage, 2014

R. Schäfer (Hrsg.): Klinikleitfaden Anästhesie. 7. Auflage, 2015

S. Schwarz* (Hrsg.): Kursbuch Spiroergometrie. Technik und Befundung verständlich gemacht. 3. Auflage, 2015

A.-K. Tausche (Hrsg.): Gicht. Neue Aspekte zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie. 1. Auflage, 2014

M. Vahlensieck (Hrsg.): MRT des Bewegungsapparats. 4. Auflage, 2015

W. von Renteln-Kruse (Hrsg.): Arzneimittel im Alter. 2014

* Geschenk des Verfassers/Herausgebers/Mitarbeiters

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

Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

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

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?

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

Sie möchten nicht, dass Ihr Geburtstag im HÄB erscheint?

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

Volkskrankheit

Normaldruckhydrozephalus

In der Magnetresonanztomografie lassen sich erweiterte Ventrikel gut erkennen. Ein Normaldruckhydrozephalus muss bei einer Gangstörung vermutet werden. Liquorableitende Operationen können die Symptomatik beheben





Normaldruckhydrocephalus

Tab. 1: Symptome

- Gangstörung
- Inkontinenz
- Demenz
- Schwindel
- Vermehrtes Schlafbedürfnis
- Gestörte Feinmotorik
- Vermehrte Schluckstörungen
- Hypophonie etc.

Selten erforscht Erweiterungen der inneren Liquorräume ohne erhöhten intrakraniellen Druck führen unter anderem zu Gangstörung, Inkontinenz und Demenz. Häufig wird der „Altershirndruck“ nicht richtig diagnostiziert. Dabei ist die Therapie, eine Shuntoperation, heute ein sicherer und komplikationsarmer Eingriff und für die meisten Patienten segensreich. *Von Prof. Dr. Uwe Kehler*

Gangstörung, Inkontinenz und Demenz sind die Hauptsymptome und typische Trias des Normaldruckhydrocephalus (NPH), im Volksmund auch „Altershirndruck“ genannt. Circa zwei Prozent der über 65-Jährigen sind davon betroffen, manche Schätzungen reichen sogar bis fünf Prozent. Hochgerechnet wären dann in Deutschland fast eine Million und in der Metropolregion Hamburg 20.000 Menschen daran erkrankt. Damit wären die Kriterien einer Volkskrankheit erfüllt.

Anthony Marmarou (2007) fand, dass in Pflege- und Seniorenheimen etwa zehn Prozent der Bewohner Zeichen eines Normaldruckhydrocephalus aufweisen, die wenigsten aber behandelt sind. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird diese Zahl weiter ansteigen. Der Spontanverlauf des Normaldruckhydrocephalus ist praktisch immer progredient und endet in Pflegebedürftigkeit, kompletter Inkontinenz und Demenz. Die Behandlung – meistens durch eine liquorableitende Operation in die Bauchhöhle – ist durch neue Ventiltechniken, insbesondere die gravitationsunterstützten Ventile, deutlich sicherer geworden und in den meisten Fällen segensreich. Die Prognose ist umso besser, je früher behandelt wird. Der Aufschub der Pflegebedürftigkeit über Jahre durch die Behandlung bedeutet für die Patienten und Angehörigen eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität. Der verminderte Pflegeaufwand zeigt darüber hinaus auch enorme volkswirtschaftliche Vorteile.

Pathophysiologie

Die herkömmlichen pathophysiologischen Vorstellungen zum Hydrocephalus mit Liquorzirkulations- und Liquorresorptionsstörungen scheinen für den Normaldruckhydrocephalus nur sehr bedingt zu gelten. Vielmehr spielen arteriosklerotische Gefäßdegenerationen eine wichtige pathogenetische Rolle: Die arteriosklerotischen, unelastischen und starren Gefäße können den pulsartigen Fluss vom Herzen und von den Hirnbasisarterien auf dem Weg zu den Kapillaren nicht

(mehr) in einen laminären Fluss umformen. Folglich „hämmt“ der Kapillarpuls auf das Hirngewebe. Der Liquor selbst ist nicht komprimierbar und bildet so eine „harte Unterlage“ des Gehirns: Der Puls hämmt auf das auf einer harten Unterlage liegende Gehirn. Liquorableitende Operationen (wie der ventrikuloperitoneale Shunt) können diese „harte Unterlage“ in einen Schwamm aufweichen und die Hammereffekte abmildern.

Diskutiert wird auch ein verminderter Liquorumsatz mit Anschopfung von Proteinen im Liquor, die einen gewissen toxischen Effekt auf das Gehirn (ähnlich wie beim Alzheimer) haben. Eine „Shuntoperation“ führt dann durch eine Ableitung der „hirntoxischen“ Substanzen in den Bauchraum zu einer Konzentrationsverminderung im Liquor.

Symptomatik: drei sichere Symptome

Typischerweise leiden die Patienten unter Gangschwierigkeiten, Inkontinenz und Gedächtnisstörungen bis hin zur Demenz (Tab. 1). Diese Trias wurde 1965 von Salomón Hakim zuerst beschrieben. Tatsächlich findet man alle drei Symptome in etwa 50 Prozent der Fälle. Häufig trifft man auch eine Gangstörung allein oder eine Gangstörung mit einer Inkontinenz an. Eine gänzlich fehlende Gangstörung (z. B. eine alleinige Demenz) spricht aber gegen die Diagnose eines Normaldruckhydrocephalus.

Die Gangstörung ist häufig das erste Symptom. Sie beginnt mit einem Unsicherheitsgefühl, das häufig von den Patienten als Schwindel beschrieben wird. In der weiteren Entwicklung kommt es zu einem breitbasigen Gangbild mit einer auffälligen Ataxie. Die Füße werden schlecht gehoben und schlurfen auf dem Boden. Die Schrittlänge wird kürzer und geht in einen Trippelschritt über. Das Armschwingen bleibt gut erhalten (im Gegensatz zur Gangstörung bei Parkinson). Das Aufstehen fällt zunehmend schwer, die Gangstörung endet häufig in einer Gangunfähigkeit und damit Bettlägerigkeit.

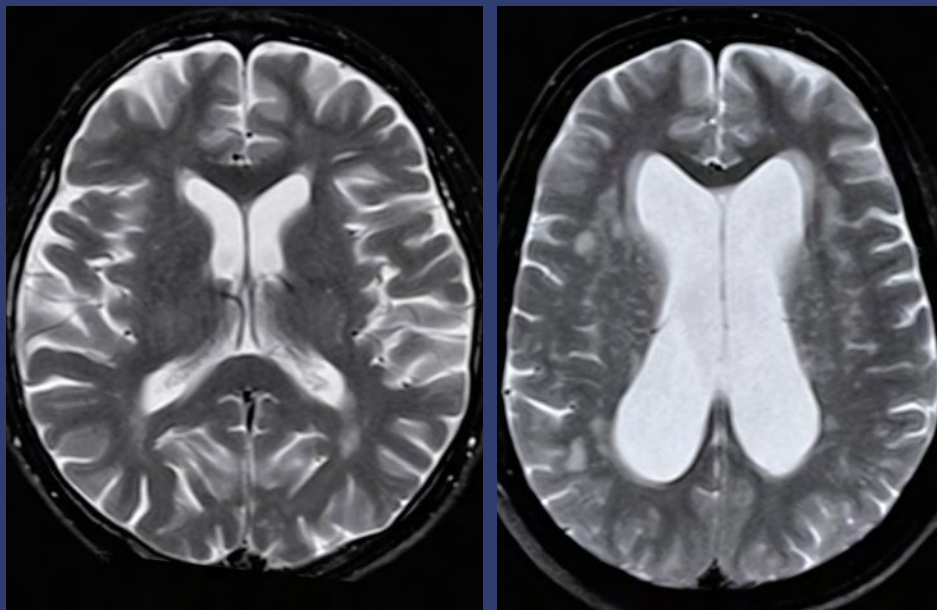


Abb. 1: Axiale T2-gewichtete MRT-Schichten. Links: Normale Ventrikelweite. Rechts: Vergrößerte Ventrikel beim Normaldruckhydrocephalus

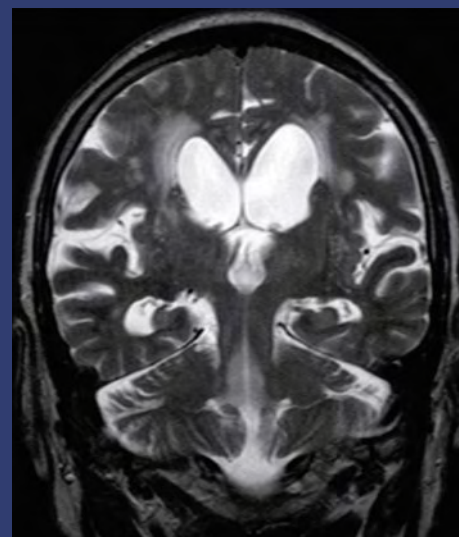


Abb. 2: Koronare T2-gewichtete MRT-Schicht eines DESH (Disproportionately Enlarged Subarachnoid Space Hydrocephalus). Typisches Bild beim Normaldruckhydrocephalus mit erweiterten basalen Subarachnoidalräumen und enger Sulcuszeichnung an der Konvexität

Die Demenz beim Altershydrocephalus beginnt häufig mit Aufmerksamkeitsstörungen, langsamem Denken, Gleichgültigkeit und Kurzzeitgedächtnisstörungen und kann in einer schweren Demenz enden. Patienten wirken oft autistisch.

Die Blasenstörung entwickelt sich von einer Pollakisurie über einen imperativen Harndrang zur Inkontinenz. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium findet sich eine komplette Urin- und gelegentlich auch eine Stuhlinkontinenz.

Neben den drei Hauptsymptomen klagen die Patienten häufig über Störungen der Feinmotorik (verändertes Schriftbild), Verschlucken und Husten, deutlich vermehrtes Schlafbedürfnis, leise Stimme und andere Symptome. Kopfschmerzen dagegen sind untypisch.

Viele Patienten werden erst nach Jahren oder gar nicht diagnostiziert und „laufen“ unter Fehldiagnosen wie Alzheimer, Multiinfarktdemenz oder Parkinson. Tatsächlich ist die Diagnose bei multimorbiden Patienten nicht trivial: Ist die Gangstörung mehr durch den Normaldruckhydrocephalus oder durch eine gleichzeitig bestehende zervikale Myelopathie, Coxarthrose oder Polyneuropathie bedingt? Sind die kognitiven Störungen vielleicht auch durch die koexistierende zerebrovaskuläre Insuffizienz, eine Alkoholanamnese oder Alzheimer verursacht?

Diagnostik: Kernspin und Liquorablasstest

Die Diagnose des NPH stützt sich auf Anamnese, klinische Untersuchung, Bildgebung und liquordynamische Untersuchungen.

Lässt die klinische Symptomatik einen Normaldruckhydrocephalus vermuten, ist zunächst eine Kernspintomografie (bei Kontraindikationen auch eine Computertomografie) zur Beurteilung der Ventrikelgröße (Abb.1) und zum Nachweis einer möglichen Liquorpassagestörung notwendig. Nicht selten findet man gleichzeitig auch Veränderungen, die für eine Hirnatrophie und/oder eine Mikroangiopathie sprechen. Degenerative Gefäßveränderungen sind patho-

genetisch zur Entstehung des Normaldruckhydrocephalus ja sogar notwendig (siehe Absatz Pathophysiologie).

Besonders typisch für den Normaldruckhydrocephalus ist die Diskrepanz zwischen den weiten basalen und den engen hochkortikalen Subarachnoidalräumen (DESH: Disproportionately Enlarged Subarachnoid Space Hydrocephalus, Abb. 2).

Findet man in der Bildgebung ein erweitertes Ventrikelsystem, muss bei entsprechender Klinik immer an einen Normaldruckhydrocephalus gedacht werden. Bilddiagnosen wie Hirnatrophie, Hydrocephalus e vacuo (Erweiterung der Hirnkammern als Folge eines Hirnschwunds) schließen einen Normaldruckhydrocephalus niemals aus und müssen vom Kliniker weiter abgeklärt werden.

Bei Verdacht auf einen Normaldruckhydrocephalus ist eine Diagnosesicherung über die Liquordynamik (Liquorablasstest, Lumbaldrainage, Langzeitliquordruckmessungen, Infusionstests mit Bestimmung des Liquorabflusswiderstands) notwendig:

Der Liquorablasstest ist das „Arbeitspferd“ in der Diagnosesicherung: Üblicherweise wird über eine Lumbalpunktion zunächst der Druck gemessen, der in der Regel keine erhöhten Werte anzeigt (daher auch der Name Normaldruckhydrocephalus). Die Pulsdruckamplitude ist jedoch in der Regel erhöht. Nach der Druckmessung wird eine größere Menge (circa 40 Milliliter) Liquor abgelassen (= Spinal-Tap-Test). Kommt es in den Stunden danach zu einer objektiven und/oder subjektiven klinischen Verbesserung und ist diese nach einer Wiederholung reproduzierbar, ist die Diagnose hinreichend gesichert.

Die klinische Verbesserung nach dem Liquorablasstest kann mit verschiedenen Tests (Gangtests, Schrittzahl bei 360°-Drehung u. a.) evaluiert werden. Nachteil dieser zwar detaillierten Tests ist, dass sie trotzdem sehr grob sind und auch deutliche subjektive Verbesserungen nicht ausreichend abbilden. Deshalb ist neben diesen Tests auch die Befragung der Patienten und der Angehörigen hinsichtlich der Veränderungen nach dem Ablasstest wichtig.

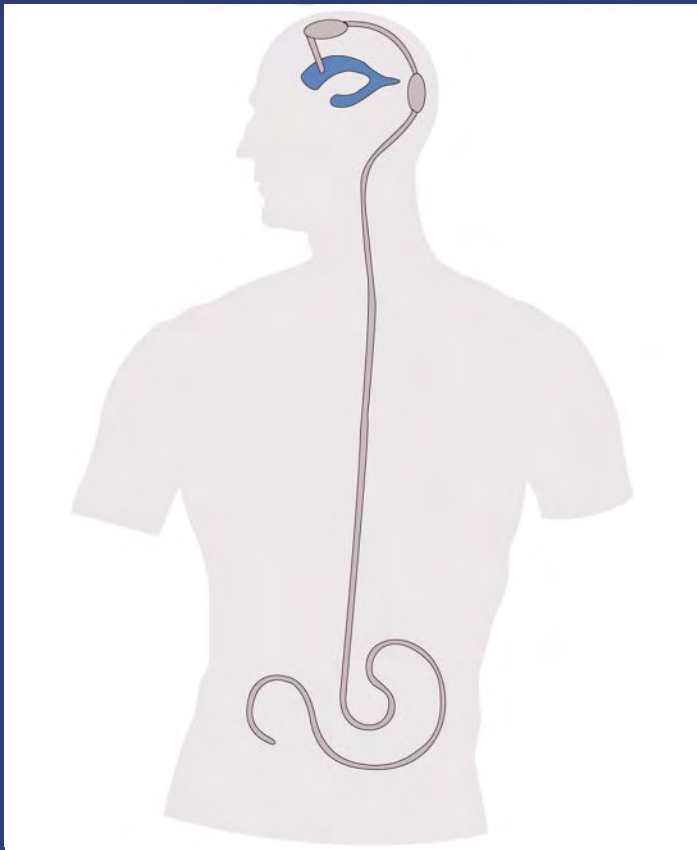


Abb. 3: Schema eines ventrikuloperitonealen Shunts zur Hydrozephalusbehandlung

Normaldruckhydrozephalus

Tab. 2: Differenzialdiagnosen

- Alzheimer
- Vaskuläre Demenz
- Parkinson



Unklar bleibt der optimale Untersuchungszeitpunkt nach einem Spinal-Tap-Test: Während manche Patienten praktisch sofort eine Besserung verspüren, dauert es bei anderen viele Stunden oder gar Tage. Die Dauer der Besserung ist ebenso schwer vorauszusagen: Verschließt sich das kleine Duraloch der Punktion sofort, kann die Besserung auf wenige Stunden begrenzt und bei der Nachuntersuchung am Folgetag nicht mehr erkennbar sein. Bleibt das Duraloch aber längere Zeit bestehen, läuft Liquor in die Muskulatur und das Unterhautfettgewebe ab, so kann die Besserung über Wochen anhalten. Um eine deutlichere klinische Veränderung zu bewirken, sollte der Spinal-Tap-Test mit einer traumatischen Lumbalpunktionkanüle durchgeführt werden.

Während der positive Spinal-Tap-Test klar mit der Diagnose des Normaldruckhydrozephalus korreliert und ein gutes Ansprechen auf die Therapie voraussagt, schließt ein negativer Test den Normaldruckhydrozephalus keinesfalls aus.

In Zweifelsfällen kann eine temporäre Lumbaldrainage angelegt und hierüber kontinuierlich Liquor über mehrere Tage abgelassen werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer Langzeitdruckmessung sowie eines sogenannten Infusionstests zur Bestimmung des Liquorabflusswiderstands – Untersuchungen, die in ihrer Interpretation umstritten sind und deshalb immer weniger angewandt werden.

Bei fortbestehenden Zweifeln sollte die Testung nach circa drei Monaten wiederholt werden.

Natürlich müssen immer differenzialdiagnostische Überlegungen die Diagnostik begleiten (Tab. 2).

Die in der Kernspin- oder Computertomografie dargestellte Hirnkammererweiterung kann lediglich die Verdachtsdiagnose eines NPH erhärten oder abschwächen – aber niemals ausschließen. Auch eine Hirnatrophie sowie eine zerebrale Mikroangiopathie sollte bezüglich eines NPH vom Kliniker weiter abgeklärt werden.

Therapie: Shuntoperation als probates Mittel

Die Therapie besteht in der Ableitung des Liquors von der seitlichen Hirnkammer über ein Schlauch- / Ventilsystem in die Peritonealhöhle – einem sogenannten ventrikuloperitonealen Shunt (Abb.3). Es gibt zahlreiche u. a. programmierbare und gravitationsunterstützte Ventile, die eingesetzt werden können. Die an sich einfache Operation wird auch von älteren Patienten gut toleriert, ein striktes Alterslimit gibt es nicht, vielmehr muss jeweils der Einzelfall betrachtet werden. Der älteste von uns mit einem Shunt versorgte Patient war 87 Jahre alt. Gelegentlich treten Probleme wie Entzündungen, Überdrainagen und Unterdrainagen auf. Die neuen Shunttechniken haben die Operationen (im Gegensatz zu noch vor 15 Jahren) aber zu einem komplikationsarmen Eingriff gemacht. Selbst wenn Komplikationen auftreten, die eine Revisionsoperation notwendig machen, ist die Prognose günstiger als der Spontanverlauf.

Alternativ steht in wenigen Fällen des Normaldruckhydrozephalus die endoskopische Ventrikulozisternostomie zur Verfügung: Hierbei wird der Boden des 3. Ventrikels zum Subarachnoidalraum gefensert und damit ein alternativer Liquorabfluss bei einer chronischen Liquorpassagebehinderung an anderer Stelle geschaffen.

Die Shuntoperation zur Hydrozephalustherapie ist heute ein sicherer und komplikationsarmer Eingriff. Die Behandlung ist für die meisten Patienten segensreich.

Prognose: meist lang anhaltende Besserung

Für die meisten Patienten ist die Therapie segensreich: In aller Regel kommt es zu einer wesentlichen, über Jahre anhaltenden Besserung, die den Patienten eine mehr oder weniger gute Unabhängigkeit erhält bzw. zurück gibt.

Folgen des Normaldruckhydrocephalus sind Gangstörungen bis hin zur Gehunfähigkeit. Betroffene neigen deshalb zu Stürzen. Durch eine Behandlung kann die Pflegebedürftigkeit häufig lange abgewendet werden



Je früher Patienten behandelt werden, desto besser ist die Prognose. Dabei bildet sich die Gangstörung am besten zurück, danach kommt die Inkontinenz, am längsten braucht die Demenz. Aber auch hier können erstaunliche Verbesserungen auftreten.

Ist eine endoskopische Behandlung möglich (in etwa zehn Prozent der Fälle), bleibt die physiologische Liquorresorption erhalten, und damit werden die bei Shunts häufiger auftretenden Liquordruckschwankungen im Stehen und Liegen vermieden. Der Shunt, der lebenslang belassen wird, behindert ansonsten im Alltag nicht.

Nach ein bis zwei Jahren kommt es in etwa der Hälfte der Fälle zu einer Verschlechterung. Dann ist eine neue Diagnostik bezüglich einer möglichen Shunt Dysfunktion notwendig. Deshalb wird eine jährliche Kontrolluntersuchung („Shunt-Wartungsdienst“) empfohlen. Oft kann durch eine Shuntumprogrammierung oder Shuntrevision eine neuerliche Verbesserung der Symptome erreicht werden.

Für alle Nachbehandler ist wichtig zu wissen, dass Patienten mit einem Hydrocephalusshunt auch weiter kernspintomografisch (bis 3 Tesla) nachuntersucht werden können. Bei einigen programmierbaren Shunts ist nach der Untersuchung jedoch eine Neueinstellung des Ventilöffnungsdrucks notwendig.

Jeder Patient mit einem Hydrocephalusshunt kann in ein MRT (bis 3 Tesla). Allerdings müssen manche programmierbare Hydrocephalusventile danach neu eingestellt werden.

Warum werden so wenige Shunts gesetzt?

Wir rechnen in Deutschland mit fast einer Million Erkrankten, es werden aber nur circa 5.000 Shuntoperationen pro Jahr durchgeführt. Warum werden viele Patienten nicht behandelt? Warum werden sie nicht in Hinblick auf einen Normaldruckhydrocephalus abgeklärt? Auch heute noch kommen viele Patienten mit einem Normaldruck-

hydrocephalus gar nicht zum Neurochirurgen und bekommen nicht die segensreiche Therapie. Die Ursachen sind vielfältig: Viele Patienten „laufen“ unter der Fehldiagnose Alzheimer Demenz, Parkinson oder vaskuläre Demenz – an Normaldruckhydrocephalus wird in den meisten Fällen nicht gedacht. Die radiologische Diagnose „Hirnatrophie“, „zerebrale Mikroangiopathie“ oder „kein Hydrocephalus“ (trotz Ventrikelerweiterung) verhindert, dass die Patienten zum Hydrocephaluspezialisten geschickt werden.

Nicht selten wird die Shuntoperation als sehr komplikationsreiche Operation angesehen, und diese will man älteren Patienten ersparen. Die Operation ist aber heute (im Gegensatz zu vor zehn bis 20 Jahren) komplikationsarm; komplikationsreich ist dagegen die Nicht-Behandlung mit rezidivierenden Stürzen, drohender Gehunfähigkeit mit Pflegebedürftigkeit etc.

Auch heißt es, die Patienten seien zu alt und die Langzeitergebnisse zu schlecht. Natürlich ist bei älteren Patienten durch die begrenzte Lebenserwartung keine langjährige Verbesserung zu erreichen, aber ein Aufschub der Pflegebedürftigkeit über einige Jahre bedeutet für die Betroffenen ein Segen.

Kommen (ältere) Patienten nach einem Sturz ins Krankenhaus, wird eine kardiale, metabolische und epileptogene Genese des Sturzes abgeklärt – nach einem Normaldruckhydrocephalus wird selten geforscht. Hier gibt es Aufklärungs- und Informationsbedarf – dieser Artikel soll dazu beitragen.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Uwe Kehler
Abteilung für Neurochirurgie
Asklepios Klinik Altona
E-Mail: u.kehler@asklepios.com

WEIL ICH ALS ARZT WEISS, WORAUF ES ANKOMMT.

Die private Krankenversicherung
– speziell für Mediziner.

Als Arzt leisten Sie Besonderes. Dem wollen wir mit unseren Leistungen gerecht werden: der Vollversicherungstarif Ärzte Plus 100 bietet Ihnen den Schutz des Marktführers zu günstigen Sonderkonditionen für Mediziner. Sie wünschen mehr Informationen?

allianzfueraerzte.de



JETZT
VORTEILE
SICHERN

Allianz 

„KVH hat korrekt gearbeitet“



Vertreterversammlung Auf der Juni-Sitzung wurden die Vorwürfe des Hausärzteverbands, Hausärzte seien bei der Berechnung der Honorarverteilung benachteiligt worden, entkräftet. Weitere Themen waren das „Versorgungsstärkungsgesetz“, Praxisaufkäufe und Honorare.

Von Dr. phil. Jochen Kriens

Wer der Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KVH) im Januar 2014 beigewohnt hatte, der konnte sich noch recht lebhaft an die lautstarke Vehemenz erinnern, mit der der Hamburger Hausärzteverband damals seine Vorwürfe an den zu dieser Zeit amtierenden stellvertretenden KVH-Vorstandsvorsitzenden Dieter Bollmann adressiert hatte: Die KVH hätte, so die Anschuldigungen, in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Hausärzte systematisch bei der Berechnung der Honorarverteilung benachteiligt. Hierzu hätte, so der Vorsitzende des Hamburger Hausärzteverbands Dr. Frank Stüven, der Hausärzteverband über einen langen Zeitraum hinweg Daten verlangt, die die KVH aber nicht geliefert habe. Man habe sogar das Transparenzgesetz ändern müssen, um eine Chance auf die Daten zu bekommen.

Bollmann hatte auf seiner letzten Vertreterversammlung (VV) im Amt die Honorarentwicklung sowohl bei den Fach- als auch bei den Hausärzten in einem chronologischen Überblick sehr detailliert dargestellt, war auf die Vorgaben aus Berlin und die Hamburger Spezifika eingegangen und hatte so die zum Teil sehr diffizilen Hintergründe für die unterschiedlichen Honorarentwicklungen der einzelnen Arztgruppen erläutert. An jenem Abend schlugen ihm seitens vieler Hausärzte, die auf Aufforderung des Hausärzteverbands erschienen waren, trotz alledem Missgunst, Unglaube und Argwohn entgegen; mildern konnte er damals deren Überzeugung, etwas sei faul, auch mit sachlichen Informationen und Fakten nicht. Die KVH hatte daraufhin alle verlangten Zahlen zur Verfügung gestellt, sodass die Entwicklung exakt nachvollzogen werden konnte.

17 Monate später – auf der Sitzung am 11. Juni – bestätigte Stüven nun: „Alle Zahlen sind korrekt.“ Die KV habe die Wahrheit gesagt und „korrekt gearbeitet“. Außerdem richtete Stüven an den eigens teilnehmenden Dieter Bollmann die Worte, es tue ihm leid, dass diese Angelegenheit einstmals diesem seinen letzten Abend als KVH-Vorstand verhängelt habe. Bollmann nahm die Entschuldigung an und dankte Stüven. VV-Chef Dr. Dirk Heinrich wertete dieses Einvernehmen als Signal dafür, dass trotz teils heftiger Auseinandersetzungen eine konstruktive ergebnisorientierte Zusammenarbeit im KV-System möglich sei. „Daran könnte sich die VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mal ein Beispiel nehmen!“

Schluss mit dem Gassen-Bashing

Der Bericht zur Lage, den Walter Plassmann erstattete, drehte sich dann auch genau um dieses Thema: Der KVH-Vorstandschef berichtete von den „ungeheuren Angriffen“, denen sich der KBV-Vorsitzende, Dr. Andreas Gassen, nach wie vor vonseiten verschiedener KV-

Vorstände ausgesetzt sehe, obwohl er auf der VV in Frankfurt Anfang Mai alle Unklarheiten beseitigt habe. Es sei nahezu „ein Blutausch“, in den sich Gassens Feinde hineinredeten, ohne dafür auch nur einen vernünftigen Grund zu benennen. „Dass mit solchen Kämpfen“, so Plassmann, „die KBV sich selbst schädigt und immer mehr an Einfluss verliert“, sei offensichtlich. Hinzu komme, dass auch die Außenwirkung der Selbstverwaltung gegenüber den Mitgliedern der KVen desaströs sei und die nachfolgende Generation immer stärker abschreke, sich mit dem Gedanken an die Niederlassung in eigener Vertragsarztpraxis auseinanderzusetzen. Nur durch den freiberuflich in seiner Praxis tätigen Arzt schließlich erhalte das KV-System seine Existenzberechtigung. Die Schäden, welche die VV der KBV dem eigenen Haus und dem System allgemein zugefügt habe, würden von Politik und Vertragspartnern sofort gegen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten verwandt. Das „Versorgungsstärkungsgesetz“ (VSG) bestätige dies. Wenn statt durch konstruktive Lösungsvorschläge, die nur aus ernster sachlicher Arbeit erwachsen könnten, das KV-System lediglich durch die interne Zersetzung von sich reden mache, dann übernahmen andere das Ruder und diktierten der Vertragsärzte- und -psychotherapeuten die Rahmenbedingungen. Die VV verabschiedete auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack eine entsprechende Resolution, mit der sie die VV der KBV auffordert, diffamierende und persönlich beleidigende Äußerungen gegenüber den von ihnen gewählten KBV-Vorständen einzustellen und endlich zur Sacharbeit zurückzukehren.

Schwächen des „Versorgungsstärkungsgesetzes“

Im zweiten Teil des Berichts zur Lage ging Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender KVH-Vorsitzender, auf das unmittelbar zuvor vom Bundestag verabschiedete „Versorgungsstärkungsgesetz“ ein, das zum 1. August 2015 in Kraft tritt. Trotz einiger Abmilderungen enthalte es weiterhin die Maßnahmen, die schon so lange von KBV und vielen KVen kritisiert würden. Einen Schwerpunkt sieht Hofmeister in der Forderung von Terminservicestellen, die mittlerweile bei den Patienten mit Vorstellungen verknüpft seien, die das KV-System gar nicht erfüllen könne: So sei die Servicestelle für Termine bei Gynäkologen, Augenärzten und Psychotherapeuten (Erstgespräch und zeitnaher Behandlungstermin) zwar auch ohne, für Termine bei anderen Fachärzten aber nur mit Überweisung durch den Hausarzt zu konsultieren. Dies werde der Öffentlichkeit aber so nicht mitgeteilt. Umso wichtiger sei, so Hofmeister, deshalb die Evaluation dieser Maßnahme: „Es handelt sich um populistische Versprechungen der Politik, die unnütz sind und die wir auf eigene Kosten einlösen

müssen – und das, obwohl es in Hamburg kein Terminproblem gibt.“ Daher sei wichtig, zu überprüfen, in welchem Ausmaß dieses System genutzt werde und wie viele Termine von den Patienten zwar vereinbart, aber dann nicht wahrgenommen würden. Ein Callcenter, an das sich Patienten wenden könnten, lehnte Hofmeister ab, ihm schwebte ein digitaler Kalender vor, in den sowohl die Termine der Praxis als auch die Bestätigungen der Patienten eingetragen werden könnten.

Entwarnung beim Praxisaufkauf?

Zum Thema „Verpflichtender Aufkauf von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in überversorgten Gebieten“ stellte Hofmeister fest, dass in den am meisten betroffenen Fachgebieten die Änderung der Aufkaufregelung von 110 auf 140 Prozent keine echte Veränderung mit sich bringe. Die KVH gehe trotzdem davon aus, dass erst einmal gegen die Stimme der KV im Zulassungsausschuss keinem Praxisinhaber das Recht auf Wiederausschreibung seines Sitzes verwehrt werden könne. Ob womöglich aus der „Soll-Regel“ eine „Muss-Bestimmung“ wird, sei heute nur schwer einzuschätzen.

Ein wesentliches Problem, das mit dem Praxisaufkauf verbunden sei, so Hofmeister weiter, sei das der Bedarfsplanung. „Obwohl alle wissen, dass bereits die jetzige Planung auf unvalidierten Zahlen beruht und der Bedarf an ambulanten medizinischen Leistungen wissenschaftlich bisher keineswegs evident, also jedwede gegenwärtige Bestimmung willkürlich ist, basierten die Planungen des VSG weiterhin auf diesen alten Zahlen.“ Die Aufgabe, den Bedarf neu, erstmals systematisch nach wissenschaftlichen Parametern zu ermitteln, werde weiter aufgeschoben – zum Leidwesen der Ärzte und Psychotherapeuten. Sie hätten weiterhin das unbegrenzte Leistungsversprechen von Politik und Kassen an die Patienten bei streng budgetiertem Honorar zu erfüllen und müssten gleichzeitig mit ansehen, wie durch den Gesetzgeber die Universitätsambulanzen für die ambulante Behandlung geöffnet würden – ohne Budget, ohne Mengenbegrenzung, ohne Überweisung und mit der Drohung einer „Bereinigung“ des Facharzttopfes zugunsten der Hochschulambulanzen.

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Nachdem es aufgrund einer Vorgabe des Bundessozialgerichts (BSG), wonach auch umsatzschwächeren Praxen die Möglichkeit zum Wachstum eingeräumt werden müsse, nötig geworden war, die HVM-Regelung der einzelnen Fachgruppen auf den Prüfstand zu stellen, wurde an diesem Abend von Plassmann ein Zwischenstand gegeben. Einige Monate zuvor hatten die Hausärzte sich bereits dafür entschieden, den Vorwegabzug von 3 Prozent des Verteilungsvolumens auf 30 Prozent zu erhöhen, um damit mehr Flexibilität in das System zu bringen und dafür zu sorgen, dass Fallzahländerungen sich schneller anhand der zugewiesenen Individuellen Leistungsbudgets (ILB) darstellen ließen. In den vergangenen Monaten hatten die einzelnen Facharztgruppen ihre Vorschläge eingereicht. Aufgabe der KV sei es nicht, so Plassmann, den Gruppen inhaltliche Vorgaben zu machen, sondern nur eine Beratung und eine Skizzierung der Auswirkungen. Dieser Erarbeitungsprozess dauere derzeit noch an, sodass die endgültigen Entscheidungen erst in der VV im September vorgestellt werden könnten. Einstimmig beschlossen wurde, die Verlustbegrenzung bei den Kinderärzten von 99 auf 97 Prozent herabzusetzen und den Vorwegabzug in dieser Arztgruppe auf 20 Prozent zu erhöhen. Die Änderungen waren vom Berufsverband vorgeschlagen worden und treten zum 1. Juli 2015 in Kraft.

Im Voraus gezahltes Honorar

Auch das im Voraus gezahlte Honorar stand als Thema auf der Tagesordnung dieses Abends. Das Wirtschaftsprüfungsunternehmen ETL war von der VV im vergangenen Jahr mit der Prüfung der Gründe

beauftragt worden, die zu der Überzahlung im fachärztlichen Bereich geführt hatten. Das Fazit, das ETL auf der VV im März dieses Jahres präsentierte: Die strikten Vorgaben der Bundesebene hatten zur Überzahlung geführt. Erst als die KVH die Honorarverteilung wieder selbst regeln durfte, konnten die für die Hansestadt völlig unbrauchbaren Vorgaben abgeschafft werden. Die VV akzeptierte diese Erklärung.

ETL hatte auch Empfehlungen an die KVH gerichtet: 1. die Umstrukturierung der IT und ihrer Prozesse, 2. den Aufbau eines Tableaus über anhängige Rechtsstreitigkeiten, 3. die Vereinheitlichung der bereichsübergreifenden Datenstruktur und 4. die Installierung eines direkt beim Vorstand angesiedelten Controllings. Plassmann referierte den Stand der Umsetzung: Mittlerweile sei 1. die IT in einen eigenen Bereich überführt und die Geschäftsprozesse seien grundlegend erneuert worden, 2. ein Register über anhängige Prozesse sei erstellt (wenn auch noch nicht bepreist) worden, und 3. sei zum Aufbau einer einheitlichen Datenhaltung die Arbeit an einem sogenannten Data Warehouse aufgenommen worden. Die Suche nach einem Controller starte, wenn die VV hierfür grünes Licht gäbe – was sie dann per Akklamation auch tat.

Abschließend ging es um die Rückführung des im Voraus verteilten Honorars von derzeit rund 40 Millionen Euro. Der Finanzausschuss der KVH und der Beratende Fachausschuss Fachärzte hatten dazu Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, die Plassmann vorstellte: Die VV empfahl dem Vorstand, die Honorarsteigerungen künftig auf ein Prozent gegenüber der Kalkulation im Vorjahr zu begrenzen. Finanzmittel, die darüber lägen, sollen zur Tilgung der „Schulden“ verwandt werden. Dies wurde für die kommenden vier Quartale vereinbart, danach solle die Situation neu bewertet werden.

Unser Service für Sie:
Ein kostenloser Informations-Termin

Wir arbeiten für Ihren Erfolg:
Lösungsorientiert, fachbezogen und verständlich!

In 16 Niederlassungen
für Sie da

BUST
Steuerberatung für Ärzte

BUST Niederlassung Hamburg:
Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg
Tel: 040 271 41 69-0, E-Mail: hamburg@BUST.de www.BUST.de

Ambulantisierung Immer mehr ehemals stationär erbrachte Leistungen wandern in den ambulanten Bereich. Beim ersten von der KV Hamburg und dem Zi organisierten Versorgungsforschungstag gingen Experten diesem Phänomen auf den Grund.

Von Martin Niggeschmidt



Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) und die KVH-Vorstände Walter Plassmann und Dr. Stephan Hofmeister (v. l.)

Hamburg ist „Best-Practice-Region“

„Es gibt kein anderes Politikfeld, in dem so stark aus dem Bauch heraus entschieden wird wie im Gesundheitsbereich“, sagte KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann in seiner Begrüßungsansprache beim 1. Hamburger Versorgungsforschungstag am 17. Juni 2015 im Hotel Hafen Hamburg. „Das muss sich ändern.“ Dass es ein großes Bedürfnis nach gesicherten Erkenntnissen und harter Evidenz gibt, zeigte die Resonanz auf die Veranstaltung: Der lichtdurchflutete Kuppelsaal im Hotel Hafen Hamburg war gut gefüllt, etwa 170 Zuhörer waren gekommen, um sechs hochkarätige Vorträge zum Thema „Ambulantisierung“ zu hören. Die Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Bereich ist für Hamburg von besonderer Relevanz, weil dieser Prozess hier vergleichsweise weit fortgeschritten ist – ohne dass die Honorare den Leistungen gefolgt wären, wie die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks in ihrem Grußwort anmerkte. Einig waren sich die Vortragenden darüber, dass das Potenzial für eine Ambulantisierung in Deutschland noch bei Weitem nicht ausgeschöpft ist. „Die Entwicklung ist beinahe zum Stillstand gekommen“, sagte Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Ge-

sundheitswesen und Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE). Verbleibende Hürden wie die höheren Arzneimittelpreise im ambulanten Bereich oder Ungleichheiten der Vergütungssysteme müssten deshalb nun konsequent abgebaut werden.

Enorme Reserven vorhanden

Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) und Mitveranstalter des Versorgungsforschungstags, vermittelte dem Auditorium eine Vorstellung davon, welche Wirtschaftlichkeitsreserven durch eine Ambulantisierung der Versorgung gehoben werden könnten. Das Zi hat Regionen mit Vorbildcharakter („Best-Practice-Regionen“) identifiziert, in denen bereits ein verhältnismäßig großer Teil der dafür infrage kommenden Leistungen ambulant erbracht wird. „Was wäre, wenn es diese Strukturen in ganz Deutschland gäbe?“, fragte von Stillfried. „Wenn sich ganz Deutschland diesem Benchmark anpassen würde?“ Dass die demografisch bedingte Ausgaben- dynamik durch die Ambulantisierung abgeschwächt werden könne, werde allgemein vermutet. „Doch unsere Analysen zeigen: Diese Mehrausgaben könnten halbiert werden.“

Hamburg gehört zu den „Best-Practice-Regionen“. Die vertragsärztlichen Angebotsstrukturen ermöglichen auch im internationalen Vergleich konkurrenzlos kurze Wartezeiten auf Facharzttermine. „Hamburg ist Spitzenreiter“, so von Stillfried. „Aber wird das so bleiben?“ Eine Gefahr sei der in der Politik verbreitete Mythos von den „überversorgten“ Ballungsgebieten – was sich auch in der Regelung im Versorgungsstärkungsgesetz niedergeschlagen habe, dass Praxissitze eines Fachbereichs mit einem Versorgungsgrad von über 140 Prozent nur noch nachbesetzt werden sollen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Tatsächlich gebe es in Hamburg überdurchschnittlich viele Vertragsärzte und -psychotherapeuten und überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten. Doch sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich handele es sich bei etwa 30 Prozent der Fälle um Patienten aus dem Umland. Bereinige man die Zahlen um diese Mitversorgerfunktion, ergebe sich ein anderes Bild: Dann liege die Arzt- und Psychotherapeutendichte pro Einwohner nur noch etwa fünf Prozent über dem Bundesdurchschnitt, die Krankenhaus-Bettendichte jedoch volle 16 Prozent darunter. „Es gibt eine steigende Zahl an Studien mit Hinweisen auf Substitutionseffekte zwischen



Die Redner auf dem ersten Hamburger Versorgungsforschungstag (v. l.): Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Dr. Dominik Graf von Stillfried, Prof. Dr. Hendrik van den Bussche, Prof. Dr. Matthias Augustin und Dr. Heinz-Hubert Breuer

ambulanter und stationärer Versorgung“, sagte von Stillfried. „Statt Arztsitze aufzukaufen sollte man die ambulanten Strukturen weiter ausbauen.“ Was finanzielle Anreize in diese Richtung betreffe, habe Hamburg einen deutlichen Nachholbedarf. In keiner anderen Region sei die Auszahlungsquote so niedrig: Etwa 20 Prozent der vertragsärztlichen Leistungen würden nicht bezahlt.

Auch Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Fachbereichsleiterin Health Service Management an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, ging in ihrem Vortrag dem Zusammenhang zwischen ambulante Leistungsangebot und Hospitalisierung nach. „Es stimmt: Stationäre Leistungen werden durch ambulante Leistungen ersetzt“, erläuterte Sundmacher. Doch die Korrelation sei nicht linear, sondern folge einer abnehmenden Kurve mit Grenzrate. „Ab einer bestimmten Ambulantisierungsquote von Leistungen bei ambulant sensitiven Diagnosen werden die entlastenden Effekte auf Krankenhausesite geringer.“

Sundmacher präsentierte außerdem ein Konzept für die Analyse informeller Ärzte-Netzwerke, das auf großes Interesse stieß. Dabei werden Praxen identifiziert, die eine relevante Anzahl von Patienten teilen. Den Ärzten können Informationen zu den Netzwerken und den Versorgungs-Outcomes zur Verfü-

gung gestellt werden, beispielsweise darüber, wie hoch die Hospitalisierungsrate im Vergleich zu anderen Netzwerken ausfällt.

Die intra- und intersektorale Koordination wird einer von Sundmacher vorgestellten Umfrage zufolge von Ärzten als wichtigste Maßnahme angesehen, um Krankenhauseinweisungen bei den für die ambulante Versorgung geeigneten (also „ambulant sensitiven“) Diagnosen zu vermeiden. Hier sieht Prof. Dr. Hendrik van den Bussche, ehemaliger Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE, allerdings auch Handlungsbedarf bei den Fachgesellschaften. In seinem Vortrag wies er darauf hin, dass manche Leitlinien zwar dick wie Lehrbücher seien, zu den konkreten Behandlungspfaden und zur Frage, wer idealerweise welche Leistungen zu erbringen habe, jedoch nur marginale oder keine Vorgaben machten. „Das muss genau beschrieben werden“, forderte van den Bussche.

Innovative Strukturen

Dass sich dennoch innovative, sektorenübergreifende Strukturen entwickeln, zeigten die Berichte von Dr. Heinz-Hubert Breuer und Prof. Dr. Matthias Augustin. Breuer ist niedergelassener Kardiologe im Cardiologicum Hamburg, das mittlerweile aus zehn Praxen

besteht und mit fünf Kliniken kooperiert. Augustin verantwortet als Leiter des Comprehensive Wound Center (CWC) am UKE die interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlung von Patienten mit schweren Wundkrankheiten. Ebenso wie Breuer hält er medizinische Innovationen für einen wesentlichen Treiber der Ambulantisierung. „Mikroinvasive Verfahren, innovative Arzneimittel und weiterentwickelte Medizinprodukte können stationäre Behandlungen verkürzen oder ersetzen helfen“, so Augustin. In der abschließenden Diskussionsrunde, zu der noch Peter Rath (Hamburger Gesundheitsbehörde), Matthias Mohrmann (Vorstand AOK Rheinland/Hamburg), Dr. Claudia Brase (Geschäftsführerin Hamburgische Krankenhausgesellschaft) und der niedergelassene Onkologe Dr. Klaus Becker hinzustießen, gab es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie Anreize für eine weitere Ambulantisierung gesetzt werden könnten. Dass diese Entwicklung wünschenswert ist – darin stimmten alle überein. „Die schlankeren Strukturen in der ambulanten Versorgung führen zu mehr Kosteneffizienz“, sagte KV-Hamburg-Vizechef Dr. Stephan Hofmeister. „Hinzu kommt: Die festen Arzt-Patienten-Beziehungen der ambulanten Versorgung sind besonders wertvoll.“

Ihr Herz schlägt für die
Gesundheit Ihrer Patienten.

Das unserer Spezialisten für
die Gesundheit Ihrer Finanzen.

Damit Sie sich auf Ihre Patienten konzentrieren können, kümmern sich unsere HVB Heilberufespezialisten mit Leidenschaft um Ihre geschäftlichen und privaten Finanzbelange:

Andreas Götte, Leiter Heilberufe Hamburg, Telefon: 040 3692 2479

Das Leben ist voller Höhen
und Tiefen. Wir sind für Sie da.

Willkommen bei der
HypoVereinsbank
Unternehmer Bank

Member of **UniCredit**



Ärzte, die Atteste ohne eigene Befunde ausstellen, müssen mit Rechtsfolgen rechnen. Geldstrafen von bis zu 6.000 Euro können fällig werden

Vorsicht beim Ausstellen von Attesten

„Gelber Schein“ Vom Arzt zu Unrecht ausgestellte ärztliche Bescheinigungen können straf-, zivil- und berufsrechtliche Konsequenzen haben. Deshalb sollte klar zwischen Erwartung des Patienten und ärztlicher Sorgfaltspflicht abgewägt werden.

Von Torsten Mohr



Ärztliche Bescheinigungen sind immer wieder Gegenstand juristischer Auseinandersetzungen. Seit einiger Zeit kommt es häufiger zu Strafbefehlen und Urteilen gegen Hamburger Ärzte wegen unrichtiger Gesundheitszeugnisse. Dies hat in Einzelfällen schon zu Geldstrafen bis zu 6.000 Euro geführt. Auch die Ärztekammer erreichen regelmäßig Beschwerden von Arbeitgebern, Schulen, Gerichten oder anderen Einrichtungen über fragwürdige oder mangelhafte ärztliche Atteste. Was muss beim Ausstellen ärztlicher Bescheinigungen und Zeugnisse beachtet werden?

Beleg durch eigene Befunde

Wer eine Arbeitsunfähigkeits-, Schulunfähigkeits- oder andere Bescheinigung ausstellt, sollte wissen, dass damit Rechtsfolgen und wirtschaftliche Konsequenzen nicht nur für den Patienten, sondern oft in erster Linie für Dritte verbunden sind. Die Rechtsordnung erwartet vom Arzt, dass er sich ein möglichst objektives Bild vom Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten verschafft und dabei als kritisch abwägender und möglichst neutraler Sachverständiger die Angaben des Patienten nach medizinisch-fachlichen Kriterien eingehend prüft. Die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen (§ 25) formuliert diese Erwartung folgendermaßen:

„Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstel-

lung der Arzt verpflichtet ist oder die ausstellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.“

Welche Sorgfalt notwendig ist, folgt aus den zu attestierenden Sachverhalten. Am häufigsten werden krankheitsbedingte Einschränkungen zum Beleg einer Arbeits- oder Schulunfähigkeit geltend gemacht. Die behaupteten Symptome sind vom Arzt durch gründliche Anamnese, körperliche Untersuchung und gegebenenfalls weitere Diagnostik entsprechend den medizinisch-fachlichen Standards zu prüfen. Das Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung kommt nur in Betracht, wenn der Arzt zur Überzeugung gelangt, dass die gesundheitlichen Einschränkungen auch objektiv vorliegen bzw. durch eigene Befunde zu belegen sind; subjektive Schilderungen der Patienten reichen nicht.

Je größer der Zeitraum vom angegebenen Krankheitsbeginn bis zur Vorstellung beim Arzt, desto geringer die Objektivierungsmöglichkeiten des Arztes. Rückwirkende Atteste, also für Zeiträume vor dem Praxisbesuch, sollten daher nur ausnahmsweise und mit Vorsicht ausgestellt werden.

Formulierungen wie „Nach Mitteilung des Patienten war er bereits seit dem ... krank“ oder „Der Patient berichtete, dass er die Symptome bereits seit einigen Tagen hatte“ zeigen, dass eine eigene aktive ärztliche Leistung offenbar nicht erbracht wurde. Derartige Bescheinigungen erscheinen dem Empfänger subjektiv und führen nicht selten zu Beschwerden bei der Ärztekammer. Das Vertrauen des Arztes in die Patientenangaben allein stellt dabei per se keine Objektivierung dar.

Sorgfältiges Vorgehen beachtet die diagnostischen und therapeutischen Grenzen des eigenen Fachgebiets. Es sollte daher geprüft werden, ob und für welchen Zeitraum aus eigener Kompetenz zuverlässig bescheinigt werden kann. Lässt sich die Symptomatik z. B. aus dem psychischen, psychosomatischen oder neurologischen Bereich nicht sicher klären, sollte der Patient entweder an den Fachkollegen verwiesen oder der konsiliarische Rat des Kollegen gesucht werden. Die Bescheinigung sollte eindeutig erkennen lassen, für welchen Zweck sie ausgestellt wurde. Angaben wie „Zur Vorlage beim Familiengericht“ oder „Attest für den Arbeitgeber“ beugen Missbrauch vor. Bei Gemeinschaftspraxen oder MVZ sollte eindeutig erkennbar sein, welcher Arzt verantwortlich zeichnet, und eine unleserliche Unterschrift durch Hinzufügen des Klarnamens bestimmt werden.

Durch die ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit (AU) begründet der Patient seinen Anspruch auf Fortzahlung seines Gehalts oder Lohns nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz. Für gesetzlich versicherte Patienten sind bei Feststellen von Arbeitsunfähigkeiten und deren Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen (www.g-ba.de/downloads/62-492-817/AU-RL_2013-11-14.pdf) zu beachten. Für Privatpatienten existiert eine derartige Regelung nicht, allerdings lassen sich Grundsätze der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie heranziehen. Laut Richtlinie liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor (§ 2), wenn der Patient aufgrund von Krankheit eine zuletzt

ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr einer Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Bei seiner Beurteilung soll der Arzt darauf abstellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. Für Arbeitslose, Rentner oder Schwangere finden sich in der AU-Richtlinie jeweils gesonderte Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit.

Bei Feststellen der Arbeitsunfähigkeit soll der Arzt den körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheitszustand gleichermaßen berücksichtigen. Aus diesem Grund schreibt die Richtlinie eine ärztliche Untersuchung ausdrücklich vor (§ 4 Abs. 1).

Auch die rückwirkende Bescheinigung ist verbindlich geregelt (§ 5 Abs. 3): „Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.“

Haben Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit ihres Mitarbeiters, weil auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Zeit Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde oder „weil die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist“, können sie bei der zuständigen Krankenkasse eine Überprüfung der AU beantragen (§ 275 Abs. 1a SGB V), die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt wird. Der Arzt ist dann gegenüber dem MDK auskunftspflichtig (§ 7 Abs. 1 AU-Richtlinie). Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck) ist vom Arzt oder seinem ärztlichen Vertreter zu unterschreiben.

Atteste zur Befreiung vom Unterricht

Ärztliche Bescheinigungen für Schüler, die zur Befreiung von der Teilnahme am Unterricht oder an Schulveranstaltungen wie Klassenreisen vorgelegt werden, sind häufiger Gegenstand von Strafverfahren gegen Ärzte. Die Schulen berichten von Fällen, in denen sich Schüler im Ausland aufhielten, während sie nach Bescheinigung des Hamburger Arztes eigentlich schulunfähig krank sein sollten, von Schülern, die durch außerordentlich viele unentschuldigte Fehlzeiten aufgefallen sind, oder von Schülerinnen, welche aus kulturell-religiösen Gründen bestimmte Unterrichtsveranstaltungen mit ärztlicher Unterstützung versäumen, während sie andere Unterrichtsteile problemlos wahrnehmen können.

Mit Aufnahme in eine staatliche Schule sind Schülerinnen und Schüler gesetzlich verpflichtet, regelmäßig am Unterricht und an den pflichtmäßigen Schulveranstaltungen teilzunehmen und die erforderlichen Arbeiten anzufertigen (§ 28 Abs. 2 Hamburger Schulgesetz). In der Regel ist die schlichte Benachrichtigung der Sorgeberechtigten ausreichend, dass ihr Kind aus Krankheitsgründen nicht zum Unterricht erscheinen kann. Die ärztliche Bescheinigung wird nur dann erforderlich, wenn sich die Schule durch außerordentliche Umstände veranlasst sieht, diesen Nachweis zu verlangen.

Nach § 278 Strafgesetzbuch (StGB) machen sich Ärzte strafbar, wenn sie ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde, dazu gehören auch Schulen, wider besseres Wissen ausstellen.

Wird der Arzt gebeten, eine Bescheinigung zur Befreiung vom Unterricht oder pflichtigen Schulveranstaltungen (z. B. Klassenfahrten) auszustellen, so empfiehlt die Ärztekammer Hamburg Ärzten dringend, durch persönliche Untersuchung zu prüfen, ob vorgetragene gesundheitliche Einschränkungen objektiv vorliegen und geeignet sind, die Teilnahme am Schulunterricht auszuschließen. Außermedizinische Gründe bieten keine hinreichende Basis für ein Arztattest.

Schulbescheinigungen zur Befreiung vom Unterricht sind vom Arzt persönlich zu unterschreiben. Medizinische Fachangestellte und andere nichtärztliche Mitarbeiter sind dazu nicht befugt, auch nicht durch den Zusatz „i. A.“. Sie dürfen allerdings bloße Anwesenheitsbescheinigungen ausstellen, d. h. dass der Patient zu einer bestimmten Zeit in der Praxis gewesen ist.

Bescheinigungen zur Vorlage bei Gericht

Besondere und zur Vermeidung von Sanktionen unbedingt zu beachtende Voraussetzungen gelten für das ärztliche Attest zur Vorlage bei Gericht. Macht ein Patient geltend, dass er zu einer Gerichtsverhandlung als Angeklagter oder Zeuge nicht erscheinen kann, wird die Entscheidung, ob er verhandlungsunfähig ist und damit von der Pflicht zur Teilnahme an der Verhandlung befreit werden kann, vom jeweiligen Gericht entschieden. Mit dem Attest soll der Arzt daher den Richter bzw. das Gericht in die Lage versetzen zu entscheiden, ob der Patient dem Prozess noch folgen und eigene Prozesshandlungen vornehmen kann (Verhandlungsfähigkeit). Maßgebliche gesundheitliche Umstände sollten dafür aus der ärztlichen Darstellung ersichtlich werden. Ferner sollte sich der Arzt für Rückfragen des Gerichts vom Patienten von seiner

ärztlichen Schweigepflicht entbinden lassen (siehe HÄB 2/07, S. 86).

Bescheinigungen im Rahmen eines Sorgerechtsstreits

Oft sind Kinderärzte und Kinderpsychiater mit Konfliktsituationen zwischen getrennt lebenden Eltern von minderjährigen Kindern konfrontiert, in denen es um das Umgangs- und Sorgerecht geht. Nicht selten wird der Arzt von einer Elternseite gebeten zu bescheinigen, ob und inwieweit der Umgang mit dem jeweils anderen Elternteil zu nachteiligen bzw. schädlichen Folgen für das Kind führt.

Aus juristischer Sicht ist hier zunächst auf die Sorgerechtslage hinzuweisen. Nach § 1627 BGB haben Eltern die elterliche Sorge in eigener Verantwortung und im gegenseitigen Einvernehmen auszuüben. Zum Wohl des Kindes gehört in der Regel der Umgang mit beiden Elternteilen (§ 1626 Abs. 3 BGB). Können sich die Eltern bei Meinungsverschiedenheiten nicht einigen, kann das Familiengericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung darüber auf einen Elternteil übertragen (§ 1628 BGB).

Hier kommt eine Bescheinigung nur dann in Betracht, wenn der Arzt nach fachmedizinisch sorgfältiger Untersuchung und Befragung des Kindes die Überzeugung gewinnt, dass eine gesundheitliche oder psychische Gefährdungslage fürs Kind vorliegt. Dem Eindruck einseitiger Parteinahme kann der Arzt durch eingehende Darstellung der medizinischen Erwägungen entgegenwirken.

Dokumentation weist Untersuchung nach

Wird die ärztliche Bescheinigung in Zweifel gezogen, und kommt es zu einer berufs- oder strafrechtlichen Überprüfung, spielt die ärztliche Dokumentation eine entscheidende Rolle. Eine ordnungsgemäß geführte Dokumentation (siehe Dt. Ärzteblatt vom 23. Mai 2014, Heft 21, S. A 965 ff Nr. 4) beweist, dass – bevor die Bescheinigung ausgestellt wurde – erforderliche Befunde erhoben wurden, der Patient eingehend untersucht und gegebenenfalls konsiliarischer Rat von Kollegen eingeholt wurde. Hierzu bedarf es nicht nur der bloßen Angabe von Diagnosen, sondern einer möglichst ausführlichen Darstellung aller wesentlichen Aspekte zur Anamnese, der Untersuchungsergebnisse, des Gesprächs mit dem Patienten und angestellten Erwägungen.

In schwierigen oder strittigen Fällen kann es hilfreich sein, in der Abteilung Berufsordnung der Ärztekammer Hamburg nachzufragen.

Torsten Mohr

Berufsordnung der Ärztekammer Hamburg
E-Mail: berufsordnung@aekhh.de
Tel. 20 22 99-161

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	Marienkrankehaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel.: 25 46 – 27 02, www.marienkrankehaus.org	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	AK Harburg, Chirurgie, Anm. unter Tel. 18 18 86 – 0 oder info.harburg@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, IBF-Raum, Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstags (7.20 Uhr) und donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonzferenz Darmzentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02, www.marienkrankehaus.org	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz: Pneumologie- und Thoraxumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Avan, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Informationen unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	AK Harburg, Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel. 18 18 86 – 23 41, E-Mail: v.maassen@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	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“	Anmeldung: Dr. Gutermuth, Tel. 46 32 75; Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Ärztelhaus, Humboldtstraße 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden / Dr. Rütter, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Maas / Finkenstaedt, Raboisen 40
Mittwochs, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch / gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchirurgie, Anm.: Prof. Kortmann, Tel. 18 18 81 – 16 11	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonzferenz	Marienkrankehaus 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, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankehaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, www.kinderkrankehaus.net	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz des zertifizierten Pankreas- und Leberzentrums	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklirikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 7 90 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankehaus Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Moorkamp 2 – 6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 14.30 – 15 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz: Hämatologische Neoplasien	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonzferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Frauenklinik, Kontakt: Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schmerzambulanz Dres. Falckenberg / Dellbrücke / Oltmann, Auskunft: Tel. 5 40 40 60	Hohe Weide 17 B
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonferenz (Anmeldung von Patienten ist über www.asklepios.com auf der Webseite der Abteilung möglich)	AK St. Georg, Klinik f. Fachübergreifende Frührehabilitation u. Physikalische Therapie, Auskunft: Dr. Peschel, Tel. 18 18 85 – 45 30	Lohmühlenstr. 5, Haus i, EG, Raum 0.26
Jd. 2. Mittwoch, 16 Uhr c. t.	Interdisziplinäres gefäßmedizinisches Kolloquium	AK St. Georg, Infos und Anmeldung: Frau Boyens / Frau Kolschöwsky, Tel. 18 18 – 85 39 80	Lohmühlenstr. 5, Haus P, Hörsaal 3
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	AK Altona, Infos und Anmeldung: Frau Schmidt-Zoricic, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Patienten m. benignen / malignen thorakalen Erkrankungen, Tel. 25 46 – 14 02)	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med., www.marienkrankehaus.org	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 4. Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik für Anästhesiologie, Tel. 25 46 – 26 41	Alfredstr. 9, Bibliothek der Anästhesie
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“ Einladung zur öffentlichen Fallkonferenz und Vortrag zu aktuellen gefäßmedizinischen Themen	Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik f. Gefäßmedizin, Anmeldung: Fr. Hidalgo, Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Schön Klinik Hamburg Eilbek, Anm. unter Tel. 20 92 – 70 01 oder jseidler@Schoen-Kliniken.de	Dehnhaid 120, Haus 2, EG, Bibliothek
Donnerstag, 6. August, 14.30 – 15.30 Uhr	„Mobilisation von Intensivpatienten“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Kontakt: Prof. S. Kluge, Tel. 74 10 – 5 70 10	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 5. OG, Seminarraum 511
Donnerstag, 3. September, 14.30 – 15.30 Uhr	„SAE- und CIRS-Meldungen der letzten 12 Monate“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Kontakt: Prof. S. Kluge, Tel. 74 10 – 5 70 10	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 5. OG, Seminarraum 511
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium	UKE, Wissenschaftliches Kolloquium der 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.: 7 90 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abteilung, Tel. 18 18 83 – 12 65	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 – 28 2	Ärztelbibliothek, Liliencronstr. 130
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urologische 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 Brustzentrums und Gynäkologische 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
Jd. 2. Donnerstag, 16.15 – 18.30 Uhr	Arbeitskreis „Interdisziplinäres Ethik-Seminar“	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel. 74 10 – 5 36 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N 55, Seminarraum 310 / 311
Auswärts			
Freitag – Sonntag, 11. – 13. September	14. Schweriner / Hamburger Balint-Studentagung	Die Deutsche Balint-Gesellschaft, Anm. unter Tel. 0391 / 81 06 78 74, www.balintgesellschaft.de	Helios-Kliniken, Wismarsche Str. 393 - 397, 19055 Schwerin

Professionelle Praxisreinigung

Schutz vor Schmutz und gemeinen Keimen

Heidmann Gebäudereinigung

Brauhausstrasse 22 · 22041 Hamburg
 Tel.: 040-25 66 02 · info@heidmann-gebaeudereinigung.de
www.heidmann-gebaeudereinigung.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001



Folgen von Stürzen *interdisziplinär behandeln*

Studienergebnisse Ältere Menschen mit sturzbedingten Verletzungen profitieren von der Kooperation verschiedener medizinischer Fachrichtungen. Zur Behandlung in einem Zentrum für Alterstraumatologie.

Von Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse^{1,3}, Dr. Marietta Jansen², Urs-Alexander Bölke², Peter Henkelmann¹, Lilli Neumann³, Dr. Ulrike Dapp³

Nach Erhebungen vor allem im Bereich stationärer Altenhilfe sowie in Krankenhäusern liegen für Deutschland aktuelle Angaben zur Sturzhäufigkeit älterer Menschen (65 bis <80/ <90 Jahre) vor, die nicht in Institutionen leben. Danach stürzen, abhängig von retrospektiver oder prospektiver Erfassung, mehr Frauen, 25,7–37,4 Prozent verglichen mit 16,3–28,9 Prozent der Männer. Die Rate der Männer steigt im hohen Lebensalter deutlich an, besonders für wiederholte Stürze. Mehrfachstürzer sind ebenfalls häufiger ältere Frauen (10 Prozent) als Männer (6–8,4 Prozent). In Einrichtungen stationärer Altenhilfe sowie im Krankenhaus ist dieses Verhältnis umgekehrt.

Hamburger Daten hierzu stammen aus der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Altersstudie (LUCAS; www.geriatrie-forschung.de), deren Teilnehmer über deren Hausarztpraxen rekrutiert wurden. Seit 2000/01 wird diese Kohorte in wiederholten multidimensionalen Erhebungswellen untersucht. Bei Studieneinschluss betrug das Alter mindestens 60 Jahre ohne obere Begrenzung, und die Studienteilnehmer, initial ohne Pflegestufe, lebten selbstständig zu Hause. Zu Studienbeginn betrug der Anteil mit Angabe von Stürzen, jeweils bezogen auf die 12 Monate vor Erhebung, 29,2 Prozent für Frauen (60,7–96,8 Jahre) und 18,2 Prozent für Männer (60,8–97,0 Jahre) sowie für Mehrfachstürzer 9,7 bzw. 6,3 Prozent. In der LUCAS-Erhebung 2013/14 lagen diese Quoten bei 33,5 Prozent der Frauen (72,8–100,4 Jahre) und 27,6 Prozent der Männer (73,0–93,6 Jahre), diejenigen wiederholt Gestürzter bei 13 und 10,7 Prozent. Ein Drittel aller Personen mit Stürzen war bereits im Jahr 2000 Mehrfachstürzer.

Der Löwenanteil häuslicher Unfälle entfällt auf Stürze. Nicht jedes Sturzereignis führt zu körperlichen Verletzungen, ist aber geeignet, das Selbstvertrauen älterer Menschen

ungünstig zu beeinflussen. Auch ohne die Erfahrung eines Sturzes bestehen häufig Ängste, welche die Selbstständigkeit bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen nachhaltig beeinträchtigen können. Sichere Mobilität ist hierfür von zentraler Bedeutung. Allerdings nehmen sturzbedingte Verletzungen in Deutschland kontinuierlich zu, je älter Menschen werden. Frakturen ab der achten Lebensdekade betreffen besonders häufig den Femur, das Stammskelett, den Humerus und den Radius. Auch die Zahl periprothetischer Frakturen steigt.

Die mittel- und langfristige Prognose von älteren Patienten mit Schenkelhalsfrakturen als häufigstem Knochenbruch ist nicht günstig. Bis über 40 Prozent der Patienten erreichten z. B. nicht wieder ihr funktionales Ausgangsniveau vor Fraktur. Folgen für die Betroffenen sind Verlust an Lebensqualität, steigende Hilfs- und Pflegedürftigkeit, unter Umständen verbunden mit dem Umzug in stationäre Altenhilfe. Die Bürde durch Versorgung und persönliches Leid tragen Angehörige. Geschätzte direkte Krankheitskosten liegen in Deutschland bei 2,5 Milliarden Euro jährlich.

Konsequenzen für die Behandlung

Zweifellos sind Osteoporose und Sturz-assoziierte Frakturen bei hochalten Personen herausfordernd. Die in der Regel sehr „vulnerablen“ Patienten bergen wegen ausgeprägter Komorbidität kumulierte Risiken für komplizierte Verläufe (z. B. Funktionsverluste, Delir, Immobilitätsschäden, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und nosokomiale Infektionen).

Für verbesserte Ergebnisse sind neben praktisch-fachlicher Professionalität auch Struktur- und Prozessfaktoren einschließlich proaktiven Risikomanagements zur Erhöhung der Patientensicherheit von Bedeutung.

Strukturiert organisierte unfallchirurgisch-geriatrische Zusammenarbeit mit dem Ziel optimierter Ergebnisse erwies sich in unterschiedlich konzipierten Kooperationsmodellen als vielversprechend.

Bestärkt wurde dies jüngst durch die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie in Trondheim bei über 70-jährigen Patienten mit Schenkelhalsfraktur. Sie zeigte signifikant verbesserte Mobilität nach vier Monaten bei Patienten der Interventionsgruppe, die bereits initial auch umfassend geriatrisch behandelt wurde. Dies schließt systematisches geriatrisches Assessment ein, fokussiert auf die frühe Remobilisierung, Behandlung bedürftiger Komorbidität, Medikamenten-Review, Schmerztherapie, mentale Gesundheit sowie Delir- und Sturzprävention.

Zentrum für Alterstraumatologie

Die Struktur- und Prozessvorgaben eines Alterstraumazentrums DGU[®] gemäß der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) berücksichtigen diese Erfordernisse und begründen auch die unfallchirurgisch-geriatrische Zusammenarbeit im Zentrum für Alterstraumatologie (ZAT) am Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus.

Die unfallchirurgische Versorgung profitiert vor allem von verbesserten Operations- und Fixationstechniken (winkelstabile Implantate). Den Patienten kommt die im Praxisalltag gelebte Interdisziplinarität mit verbesserten anästhesiologischen Verfahren und eingebundener geriatrischer Kompetenz, vor allem

¹Medizinisch-Geriatrie Klinik, Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus,

²Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Albertinen-Krankenhaus,

³Forschungsabteilung an der Medizinisch-Geriatrie Klinik; Alterstraumazentrum DGU[®] Pilotklinik

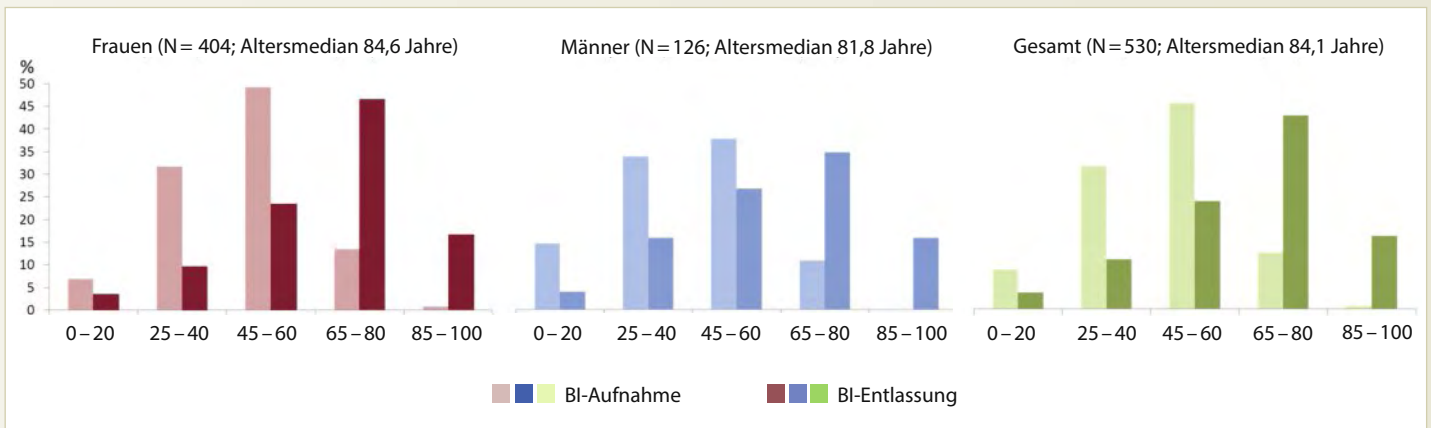


Abb.: Basale Alltagsfunktion (Bathel-Index* Gesamtpunktwert; BI) geriatrischer Trauma-Patienten bei Aufnahme (N=530) und Entlassung (N=516). *Lübke N, Meinck M, von Renteln-Kruse W. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmニュアル. Z Gerontol Geriat 2004; 37: 316-26

zur Reduzierung peri- und postoperativer Risiken, zugute. Die zeitnahe operative Versorgung wird durch standardisierte Abläufe (Operation innerhalb 24 Stunden) sichergestellt. Je weniger Zeit zwischen Aufnahme und Operation vergeht, umso geringer ist das Risiko für längerfristige oder dauerhafte Immobilität. Operativ werden schonende anatomische Zugänge gewählt. Oberste Ziele der Frakturbehandlung sind die Wiederherstellung der ungehinderten Funktion und die Schmerzreduktion. Sehr früh im Behandlungsprozess wird das weitere postoperative Vorgehen unter den Zentrumspartnern individuell abgestimmt.

Die Tabelle unten enthält die Verletzungsmuster von 530 Trauma-Patienten, einer Teilmenge der LUCAS-Krankenhauskohorte 2012/13, die aus der Medizinisch-Geriatrien Klinik nach abgeschlossener Behandlung entlassen wurden. Sie spiegeln erwartungsgemäß das typische Spektrum mit hohem Anteil hüftge-

lenk- und stammnaher Frakturen wider. Neben Frakturen, deren Behandlung genuiner Gegenstand der zertifizierten unfallchirurgisch-geriatrischen Zusammenarbeit ist, sind auch andere Verletzungen hier aufgeführt.

Die Abbildung zeigt den funktionalen Status dieser Patienten bei Aufnahme in die geriatrische Klinik sowie zum Zeitpunkt der Entlassung, gemessen mittels Barthel-Index gemäß Hamburger Manual. Abgebildet ist der Gesamtpunkte-Score (0–100 Punkte) als Maß der basalen Alltagsfunktionalität, der auch die Mobilitäts-Items einschließt. Das Niveau der Frauen verbesserte sich im Mittel von $46,3 \pm 15,3$ bei Aufnahme (Median 45,0) auf $65,5 \pm 19,2$ bei Entlassung (Median 70 Punkte), das leicht niedrigere der Männer von $42,3 \pm 17,0$ (Median 42,5) auf $60,9 \pm 20,3$ Punkte (Median 65,0). Deutlich ist die Verschiebung der Verteilung der Score-Werte zur verbesserten funktionalen Alltagskompetenz (höherer Gesamtpunkte-Score) bei Entlassung. So redu-

zierte sich der Anteil an Patienten mit Werten im Bereich zwischen 0–40 Punkten um 65 Prozent. Die Studie aus Trondheim zeigte signifikant höhere Barthel-Index-Werte zugunsten der Interventionsgruppe nach 4 und 12 Monaten. Zum Entlassungszeitpunkt wurden keine Angaben mitgeteilt.

Die stationäre Mortalität (14/530) betrug 2,6 Prozent. Neu in den Bereich stationärer Altenhilfe wurden 2,5 Prozent der Frauen und 3,2 Prozent der Männer entlassen, 14,4 Prozent der Frauen sowie 9,5 Prozent der Männer in Kurzzeitpflege. Nach unseren Erfahrungen zieht die Hälfte auch dieser, vorübergehend in Kurzzeitpflege entlassenen Patienten später ebenfalls wieder zurück nach Hause. Niedrige Hospital-Mortalität, alltagsrelevante funktionale Verbesserung und die Rückkehr von über 80 Prozent der behandelten Patienten in die Lebenssituation vor Krankenhausaufnahme sind erfreulich positive Ergebnisse.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgungspraxis ist eine erforderliche und angemessene Antwort auf Herausforderungen durch den demografischen Wandel. Unfallchirurgisch-geriatrische Kooperationen sind hierfür beispielhaft. Deren Wirkungsweisen sind bezüglich ihrer Übertragbarkeit sowie längerfristiger Ergebnisse unbedingt weiter eingehend zu untersuchen. Darüber darf indes nicht versäumt werden, auch die Stärkung von Sturzprävention im Alter zu fördern, z.B. mittels des Manuals „Sicher gehen – weiter sehen“ inklusive Selbsttest und praktischen Hinweisen (www.hamburg.de/contentblob/895024/data/sicher-gehen-broschuere-2008).

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse
Chefarzt Geriatrie

Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus
E-Mail: w.renteln-kruse@albertinen.de

Tab.:	Frauen (N=404)	Männer (N=126)
Alter (Jahre)	83,9 ± 6,9 67,2 - 101,3 Median 84,6	82,0 ± 6,6 69,0 - 94,8 Median 81,8
Frakturen (%)	346 (85,6)	97 (77,0)
Hüfte, Hüftgelenknah	202	60
Becken, Rippen, Wirbelsäule	109	24
Untere Extremität	20	6
Obere Extremität	11	2
Stamm, Kopf	4	5
Andere Verletzungen (%)	58 (14,4)	29 (23,0)
Untere Extremität	46	19
Becken, Stamm, Kopf	12	10

Tab.: Verletzungsmuster von 530 Trauma-Patienten einer Teilgruppe der LUCAS-Krankenhauskohorte 2012/13 (Erstaufnahmen, Alter mindestens 65 Jahre, Verweildauer mindestens 48 Stunden)

Der besondere Fall

Rippenprellung mit ungewöhnlichem Verlauf



Infektion Ein 29-jähriger Mann hatte beim Fußballspielen eine Rippenprellung erlitten und klagte über Oberbauchschmerzen. Es zeigte sich sonografisch eine unklare Raumforderung, die auch im MRT nicht eindeutig eingeordnet werden konnte.

Von Dr. Hans-Otto Wagner¹, Dr. Frank Oliver Henes², PD Dr. Jun Li³, Dr. Stefan Schmiedel⁴

Im November 2013 stellte sich ein 29-jähriger Mann mit Schmerzen im rechten Oberbauch in der Allgemeinmedizinischen Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) vor. Er habe vor drei Wochen beim Fußballspiel eine Rippenprellung erlitten. Die Beschwerden seien nach einer Woche abgeklungen, jetzt aber wieder schlimmer geworden. Besonders bei Anstrengung verspüre er Druckschmerzen im rechten Oberbauchbereich.

Seine Vorgeschichte und die körperliche Untersuchung waren unauffällig. Die Thoraxwand war frei von Prellmarken oder anderen Verletzungszeichen, es bestand lediglich ein rechts betonter, geringer Thoraxkompressionschmerz. Das Abdomen war weich und ohne Abwehrspannung palpabel. Das Epigastrium war nicht druckdolent palpabel, während die nicht vergrößerte Leber sich geringgradig druckschmerzhaft zeigte.

Zum Ausschluss eines Leberhämatoms wurde eine Oberbauchsonografie durchgeführt. Es zeigte sich in den Bereichen der Leberseg-

mente IV und VIII eine Inhomogenität mit unscharfer Abgrenzung, einzelnen Verkalkungen, ohne Gefäßsignal. Die partiell verkalkte Raumforderung in der Leber wurde am ehesten als ein älteres Hämatom interpretiert. Alle durchgeführten Laboruntersuchungen (Blutbild, Leberwerte, CRP, Gerinnung) waren unauffällig.

Zysten im MRT sichtbar

Zur weiteren Klärung veranlassten wir ein MRT des Abdomens. Dort zeigte sich eine zystisch konfigurierte polylobulierte Raumforderung im Lebersegment VIII mit angrenzendem schmalen perihepatischem Flüssigkeitssaum. Innerhalb der Läsion konnten feine Septen sowie winzige punktuelle Signal-minderungen, vereinbar mit Verkalkungen oder Blutabbauprodukten (Hämosiderineinlagerungen) nach stattgehabter Einblutung, nachgewiesen werden (Abb. 1).

Da der Patient, nachdem alle Diagnostik vorlag, mittlerweile wieder völlig beschwer-

defrei und eine akute Gefährdung nicht mehr zu erkennen war, entschlossen wir uns, zunächst abzuwarten. Alle Laboruntersuchungen blieben im Verlauf unauffällig, und die abdominelle Sonografie zeigte einen unveränderten Befund. Im erneut kontrollierten Labor fanden sich abgesehen von einer diskreten Eosinophilie weiterhin keine Auffälligkeiten.

Im Bericht zur MRT-Kontrolle im Februar 2014 wurde festgehalten: „Im Vergleich zur Voruntersuchung zeigten sich unverändert in den Segmenten IV a und VIII zystisch tubulär anmutende flüssigkeitsisointense Veränderungen. Kleine umschriebene Veränderung auch in Segment VI direkt am Leberunterrand. Schmalen Flüssigkeitssaum um die Leber lateralseitig. Unauffällige Darstellung der Milz mit kleiner Einschnürung. Kein Pleuraerguss. Keine pathologisch vergrößerten intraabdominellen Lymphknoten.“

Bei der beschriebenen Veränderung könnte es sich um eine angeborene Fehlbildung im Sinne eines segmentalen Caroli-Syndroms

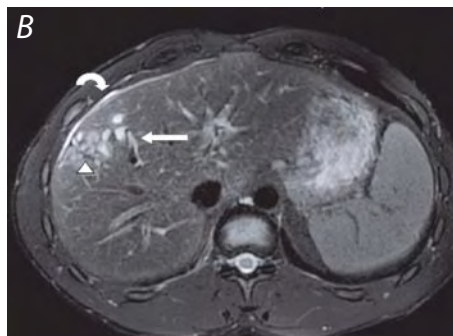
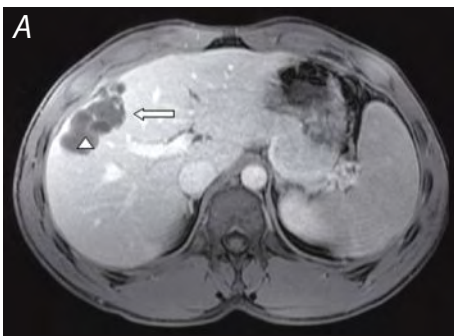


Abb. 1: Zystisch konfigurierte polylobulierte Raumforderung im Lebersegment VIII (Pfeile in Abb A, B und C) mit angrenzendem schmalen perihepatischem Flüssigkeitssaum (gebogener Pfeil in B). Innerhalb der Läsion Nachweis feiner Septen (Pfeilspitze in A) sowie winziger punktueller Signal-minderungen (Pfeilspitze in B)

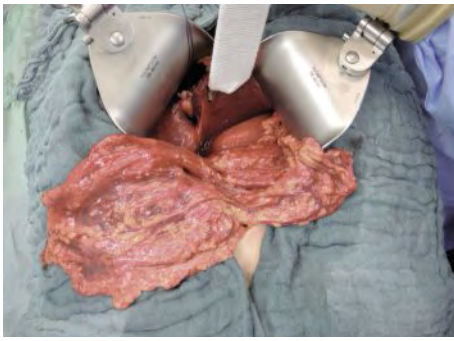


Abb. 2: Multiple Echinokokkus-Zysten im Bereich des Lig. falciforme sowie aufliegend im linken und rechten Leberlappen, hauptsächlich in Segment IV und Segment VIII

handeln. Mit dem Patienten besprochen wir die Situation und das weitere Vorgehen. Es stand zur Diskussion: ein älteres Hämatom, vielleicht sogar als Folge eines stumpfen Bauchtraumas als Kind bei einem Verkehrsunfall, den der Patient bei genauem Nachfragen angegeben hatte, ein Caroli-Syndrom oder eine andere angeborene Fehlbildung. Die prognostische Einschätzung war äußerst schwierig, die nicht-invasive Diagnostik erschien ausgeschöpft. Bei einer konsiliaren Erörterung mit Radiologen und Infektiologen wurde dann auch eine zystische Echinokokkose in Betracht gezogen.

Entscheidung zur OP

Nach gemeinsamer Entscheidungsfindung aller beteiligten Ärzte und dem Patienten entschlossen wir uns, dem Patienten eine Operation zu empfehlen, auch weil ein fokales Caroli-Syndrom möglich erschien, das im Verlauf nahezu immer zu Komplikationen führt und durch eine OP geheilt werden kann. Auch ein sekundär eingeblutetes zystisches Karzinom erschien nicht ausgeschlossen. Da zudem eine sekundär traumatisierte zystische Echinokokkose angenommen wurde, begannen wir präoperativ eine antiparasitäre Therapie mit Albendazol, die dann perioperativ und je nach Ausdehnung des intraoperativen Befunds postoperativ für einige Zeit durchgeführt werden sollte. Unser Patient wurde nach Resektion drei Monate postoperativ behandelt. Um Patienten mit einer Echinokokkose optimal zu betreuen, bedarf es hierbei einer engen Zusammenarbeit zwischen Infektiologen und spezialisierten Chirurgen. Bei der Laparotomie im August 2014 zeigten sich multiple Echinokokkus-Zysten im Bereich des Lig. falciforme sowie aufliegend im linken und rechten Leberlappen, hauptsächlich in Segment IV und Segment

VIII. Befallen waren auch Omentum majus und Omentum minus. Die Zyste im Lebersegment IV ist wahrscheinlich durch das Thoraxtrauma rupturiert und hat dann als Konsequenz eine Dissemination der Echinokokkus-Zyste im Oberbauch entwickelt. Im Bereich des Dünndarms war keine Zyste zu sehen. Im Bereich des kleinen Beckens waren nur drei kleine Zysten zu tasten. Es folgte die Leberresektion plus Peritonektomie mit Resektion aller befallener Bereiche im Peritoneum im Oberbauch sowie Entfernung aller tastbaren Befunde. Am elften postoperativen Tag wurde der Patient mit primärer Wundheilung und im guten Zustand nach Hause entlassen. Der histologische Befund bestätigte den Befund einer floriden, zystischen Echinococcus-granulosus-Infektion. Es zeigte sich ansonsten gesundes Lebergewebe mit nekrotisierenden, epitheloidzelligen Granulomen mit Chitinmembranen und Nachweis von Echinococcus granulosus. Die Verlaufssonografie drei Monate später ergab einen unauffälligen Zustand nach Leberresektion mit homogenem Leberparenchym, serologisch zeigte sich außerdem ein signifikanter Abfall der Echinokokkus-Antikörper, was für eine definitive Ausheilung spricht.

Abschließende Diagnose

Die abschließende Diagnose in diesem Fall lautete: Sekundär traumatisierte zystische Echinokokkose.

Die zystische Echinokokkose des Menschen ist eine Erkrankung, die durch den Befall mit dem Larvenstadium des Hundebandwurms Echinococcus granulosus hervorgerufen wird. Der Mensch ist dabei ein Fehlwirt. Betroffene infizieren sich durch die orale Aufnahme von Bandwurmeiern, die von Tieren, die als Endwirte des Parasiten fungieren (z. B. Hunde, andere Caniden), mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Hauptübertragungsmechanismus ist, dass Bandwurmeier beim Streicheln eines Hundes an den Fingern anhaften, auch eine indirekte Übertragung durch Lebensmittel ist möglich. Aus den Eiern schlüpfen Larven, die sich durch die Darmwand arbeiten, mit dem Blutstrom in

andere Organe getragen werden und dort zu parasitärem Wachstum führen. Oft, jedoch nicht immer, ist die Leber betroffen.

Typischerweise weist die Morphologie der Organabsiedlungen in der Bildgebung auf die Diagnose. Zur Diagnostik werden auch serologische Tests (EIT, Immunoblot) herangezogen, die aber nur eine begrenzte Sensitivität haben (60 bis 80 Prozent) und außerdem auch kreuzreaktiv zu anderen Wurmerkrankungen sind.

Differenzialdiagnostisch müssen dysontogenetische Fehlbildungen, Zysten, Tumoren oder Abszesse der Leber ausgeschlossen werden. Krankheitsbedeutung erlangt die zystische Echinokokkose durch ihre raumfordernde Wirkung.

Therapeutisch kommen medikamentöse, antiparasitäre Therapie, lokal-invasive Verfahren (Punktion, Aspiration, [Alkohol-] Instillation, Reaspiration [PAIR]) oder eine Operation infrage. Häufig werden auch alte, inaktive Echinokokkuszysten diagnostiziert, die nur beobachtet werden sollten.

Der weltweit verbreitete Hundebandwurm kommt in Europa vor allem in Mittelmeurländern vor und ist in Deutschland sehr selten. Die beobachteten Erkrankungsfälle sind fast alle importiert.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Stefan Schmiedel

Ambulanzzentrum und I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
E-Mail: s.schmiedel@uke.de

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.

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE

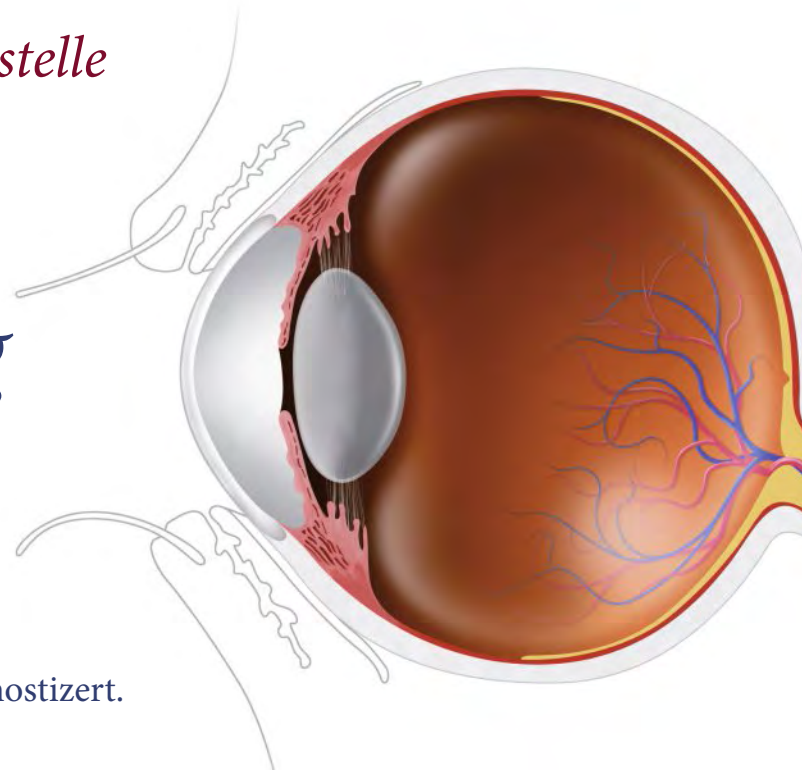
² Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, UKE

³ Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre und Transplantationschirurgie, UKE

⁴ Ambulanzzentrum und I. Medizinische Klinik und Poliklinik, UKE

Aus der Schlichtungsstelle

Mangel bei der Befunderhebung



Schwerer Behandlungsfehler Bei einem Patienten wurde eine verletzungsbedingte Trübung der Augenlinse operiert. Seine Sehkraft ließ nach. Viel zu spät wurde eine Netzhautablösung mit Makulabeteiligung diagnostiziert.

Von Kerstin Kols, PD Dr. Jörg-Peter Harnisch

Im Februar 2011 wurde bei einem Patienten eine Cataracta traumatica rechts operiert, die seit einer Augenprellung im zehnten Lebensjahr bestand. Dabei kam es zu einer hinteren Kapselruptur mit vorde- rer Vitrektomie und Sulcusimplantation der Hinterkammerlinse. Die

postoperative Sehschärfe entwickelte sich auf 0,8. Am 8. Oktober traten Photopsien und schwarze Punkte auf, die den Patienten bei der Arbeit behinderten. Am 15. Oktober stellte der Augenarzt erneut die Sehschärfe ohne Korrektur von 0,8 bei anliegender Netzhaut fest. Die Gesichtsfelduntersuchung (Gesamtfeld 81) zeigte überwiegend im nasal oberen Quadranten des rechten Auges absolute Skotome, ohne die 30°-Marke zu überschreiten. Glaskörpertrübungen wurden als Ursache der Symptome vermutet.

Am 6. November nahm die Sehkraft jedoch ab. Die konsultierte Augenklinik bestätigte eine Reduzierung der Sehschärfe rechts auf 0,6 sowie ein fragliches Foramen bei 6 Uhr in der Peripherie. Eine Netzhautablösung mit Makulabeteiligung wurde diagnostiziert. Der Patient wurde auf eigenen Wunsch erst am 8. November stationär aufgenommen, am 9. November erfolgte die Amotio-Operation in Form einer Cerclage. Zusätzlich wurde ein Hufeisenforamen bei 9 Uhr festgestellt. Der postoperative Verlauf erwies sich als unauffällig. Die Sehschärfe erholte sich auf Werte zwischen 0,4 bis 0,5 unter Korrektur.

Patient vermutet Fehldiagnose

Der Patient vermutet, dass dem Augenarzt eine schwerwiegende Fehldiagnose unterlaufen sei und aufgrund der übersehenen Netzhautablösung eine Verzögerung der Behandlung zu einem deutlich verschlechterten funktionellen Ergebnis geführt habe.

Der Augenarzt führt aus, dass sich die Sehschärfe gegenüber Voruntersuchungen mit 0,8 als unverändert erwiesen habe. Die Netzhautuntersuchung, insbesondere im Bereich des hier vorhandenen Gesichtsfeldausfalls, habe keine Ablösung oder Vorstufen einer drohenden Ablösung ergeben, sodass er den Patienten mit beruhigenden Worten und der Empfehlung einer Wiedervorstellung bei Zunahme der Beschwerden entlassen habe.

Gutachterin weist Mängel nach

Die Gutachterin, eine Fachärztin für Augenheilkunde, kommt zu folgender Auffassung: Die ophthalmologische Untersuchung des Patienten am 15. Oktober war symptomgerecht, aber in Anbetracht



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



3. Eppendorfer Depressionstage

11. und 12. September 2015
in Hamburg

Themenauswahl

- Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
- Metakognitives Training (MKT)
- Atypische Depression
- Sucht und Depression
- Genderaspekte
- Sucht und Depression
- Genderaspekte
- Sucht und Depression
- Genderaspekte
- Sucht und Depression
- Genderaspekte
- Sucht und Depression
- Genderaspekte
- Sucht und Depression
- Genderaspekte

Information und Anmeldung

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Tel.: (040) 7410-54221, -54203 | Fax: (040) 7410-55121
E-Mail: s.mollenhauer@uke.de | www.uke.de/kliniken/psychiatrie

des nachgewiesenen Gesichtsfelddefekts nicht ausreichend. Es hätte eine zusätzliche Kontaktglas- oder Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden müssen, insbesondere bei Zustand nach Operation einer Cataracta traumatica mit Sulcusimplantation. Die Netzhautablösung bestand schon vor ihrer Diagnose am 7. November, der Gesichtsfelddefekt am 15. Oktober war bereits das Symptom einer umschriebenen Netzhautablösung. Bei rechtzeitiger Diagnose hätte durch Laserkoagulation oder einen kleinen lokalen Eingriff eine Beteiligung der Makula verhindert werden können, was wahrscheinlich zu einem besseren funktionellen Ergebnis geführt hätte.

Umkehr der Beweislast

Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen, die die Beweislast zulasten des Arztes umkehrten. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte, und wenn sich die Verkennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff.).

Die am 15. Oktober von dem Augenarzt durchgeführte Untersuchung war bei den typischen Symptomen einer Netzhautirritation – insbesondere bei Zustand nach Contusio bulbi und komplizierter Kataraktoperation mit Kapselruptur und Sulcusimplantation der Hinterkammerlinse – nicht ausreichend. Auch weil unter der bekannten Anamnese ein stark erhöhtes Risiko für eine Amotio besteht. Weiterhin fehlte die Klärung des hier nachgewiesenen Gesichtsfelddefekts. Die Hinweise auf einen unveränderten Visus bei scheinbar noch anliegender Netzhaut greifen in Anbetracht des nicht geklärten Gesichtsfeldbefunds nicht; dieser hatte im vorgelegten Gesichtsfeld bereits die 30°-Marke nach zentral überschritten. Die Möglichkeit einer zentralen Ursache für den Gesichtsfelddefekt hätte eine Gesichtsfelduntersuchung des Partnerauges erfordert. Diese war nicht erfolgt.

Ohne Nachweis einer Veränderung auf dem kontralateralen Auge und einer eventuellen Sehnervenschädigung muss aufgrund des weiteren Verlaufs davon ausgegangen werden, dass eine sich langsam entwickelnde Netzhautablösung bereits bei der Erstuntersuchung für den Defekt des Gesichtsfelds verantwortlich zu machen war. Bei einer sich entwickelnden Netzhautablösung nicht umgehend eine Operation zu veranlassen, würde einen schweren Behandlungsfehler darstellen.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass eine fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befunds oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Schlichtungsstelle befand als Gesundheitsschaden eine mäßig ausgeprägte Anisometropie infolge der notwendigen Cerclage-Operation und eine permanente Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,4 bis 0,5.

Kerstin Kols, Ass. jur.

Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

PD Dr. Jörg Peter Harnisch

Facharzt für Augenheilkunde

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

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

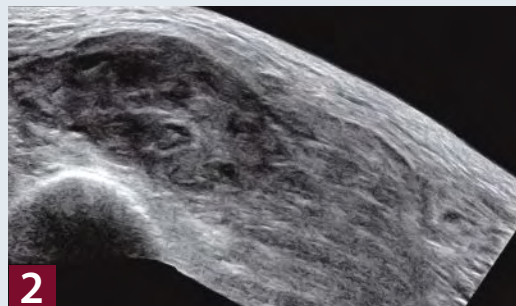
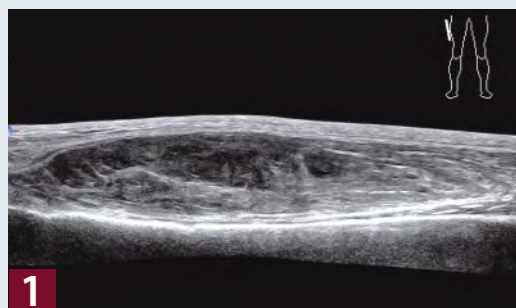
Lösung: Seite 34

Die gleiche Diagnose?

Anamnese Fall 1:

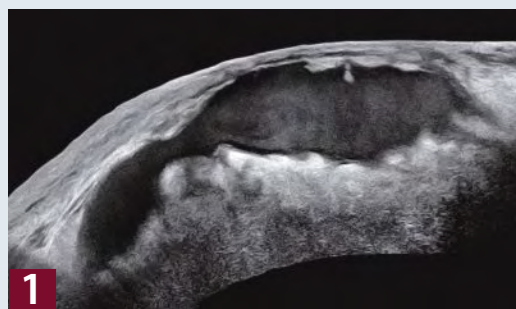
Ein 81-jähriger Patient erhält aufgrund einer frischen embolischen Infarzierung im linken Mediastromgebiet seit drei Wochen eine duale Thrombozytenaggregationshemmung. Passager wurde er (zwecks Anlage einer PEG-Sonde) bei unauffälligen Nierenretentionswerten mit einem niedermolekularen Heparin s. c. und Acetylsalicylsäure per os therapiert. Im Verlauf klagt der Patient über zunehmende Schmerzen im rechten Oberschenkel, vor allem beim Versuch, das seit dem Insult ohnehin schwächere Bein im Knie zu beugen. Der Oberschenkel ist umfangsvermehrt, die Haut gespannt und glänzend. Die Sonografie zeigt im rechten Oberschenkel (Bild 1: Längsschnitt; Bild 2: Querschnitt) folgenden Lokalbefund von maximal 5,8 x 13 Zentimetern.

(Dr. Christa Schmidt, Prof. Dr. Guntram Lock,
II. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)



Anamnese Fall 2:

Ein 63-jähriger Patient hat eine bereits länger bestehende fluktuierende Schwellung im Bereich des rechten lateralen Oberschenkels. Wenige Wochen zuvor war in einem auswärtigen Krankenhaus eine Hüft-TEP rechts implantiert und eine Cholangitis behandelt worden. Seither leide er gelegentlich unter Fieberschüben. Aufgrund mehrerer Lungenembolien ist der Patient seit einem Jahr mit Phenprocoumon antikoaguliert. In der Sonografie zeigt sich ein Lokalbefund von maximal 14 x 3,4 Zentimetern.





Ansicht des Israelitischen Krankenhauses kurz nach der Fertigstellung im Jahr 1844



Bankier und Kaufmann Salomon Heine (1767–1844), Stifter des Israelitischen Krankenhauses

Bild und Hintergrund

Die Hamburger kamen in Massen und staunten

Jubiläum Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg wird 175 Jahre alt – das älteste freigemeinnützige Haus der Hansestadt blickt auf eine wechselvolle Geschichte zurück. *Von Dr. Lorenz Steinke*

Vielen Bürgern muss die Idee des Hamburger Bankiers und Philanthrops Salomon Heine seinerzeit merkwürdig vorgekommen sein: Ein Krankenhaus, in dem Menschen nicht nur verwahrt, sondern von Ärzten fachkundig behandelt und geheilt wurden. So etwas war selbst für die weltoffene Hansestadt Hamburg ein Novum, wo man gemeinhin erst dann ins „Siechenhaus“ ging, wenn der Tod unabwendbar bevorstand.

Der Neubau eines modernen Krankenhauses wurde 1839 von der Hamburger Jüdischen Gemeinde beschlossen, welche bereits ein kleines Hospital in der Straße Hütten (Neustadt) betrieb. Der zu Reichtum gekommene Salomon Heine entschied sich, dieses Vorhaben großzügig zu unterstützen und in seiner Vaterstadt Hamburg ein Krankenhaus zu begründen, das für Menschen aller Konfessionen und Herkunft offen stehen sollte.

In Gedenken an seine verstorbene Frau Betty gab er am 10. November 1839 mit einer Spende über 80.000 Mark Banco die Mittel für den Bau des „Israelitischen Krankenhauses in Hamburg“. Der Hamburger Rat stellte kostenlos ein Grundstück in der Vorstadt St. Pauli

an der heutigen Simon-von-Utrecht-Straße zur Verfügung. Zwei Jahre später erfolgte die Grundsteinlegung, bereits am 7. September 1843 öffnete das Krankenhaus seine Türen.

In den ersten zwei Monaten stand es der Öffentlichkeit für Besichtigungen offen. Die Hamburger kamen und staunten: über die lichten und großzügigen Krankenzimmer, die nachts von neuartigen Argandschen Lampen erhellt wurden. Über die modernen Wasserkessel in der Küche, die das gesamte Haus einschließlich seiner Baderäume mit heißem Wasser versorgten. Und über die „selbst spülenden Wasserklosets“ – keine Selbstverständlichkeit in einer Stadt, die erst nach dem großen Brand von 1842 begann, eine Kanalisation zu bauen.

Herzstück des Hauses war ein großer Operationssaal mit modernsten chirurgischen Instrumenten. Hinter dem Haus gab es einen Garten, in dem sich Patienten erholen konnten und der gleichzeitig einen Stall mit Milchkühen bot. Geradezu revolutionär war, dass jeder Patient über ein eigenes Bett verfügte. Dabei teilten sich bis zu acht Patienten eines der über moderne Zugöfen beheizten

Krankenzimmer. Für Privatpatienten gab es Einzelzimmer mit gehobener Ausstattung. Heines Neffe, der Dichter Heinrich Heine, nannte „Das neue Israelitische Hospital zu Hamburg“ in seinem gleichnamigen Gedicht ein Haus für Menschen mit den „drei Gebrechen, mit Armut, Körperschmerz und Judentum“. Doch auch für nichtjüdische Hamburger stand das Haus entsprechend dem Stiftungsgedanken Salomon Heines offen.

Im Krankenhaus herrschte strenge Ordnung. Es gab feste Essens- und Anwesenheitszeiten für die Patienten: „Zu der bestimmten Zeit stehen die Kranken ... auf und müssen, in so fern sie dazu fähig sind, ihr Bett auf eine angegebene Weise unter Aufsicht des Wärters zurechte machen. Erlaubt es der Arzt, so dürfen sie sich am Tage, aber nur entkleidet hinlegen.“ Lärmen, Singen und lautes Beten auf den Korridoren waren verboten. Die gereichten Speisen durften nicht verwahrt oder an andere Patienten weitergegeben werden. Auch für das Personal gab es genaue Anweisungen. Die Wärterinnen und Wärter hatten auf Anweisung der Ärzte Brei für Umschläge zu kochen, Blutegel und Klistiere zu verabrei-



Richtfest zum Neubau am Orchideenstieg



Haupteingang des heutigen Krankenhauses am Orchideenstieg in Hamburg-Alsterdorf

chen und darauf zu achten, dass kein Kranker „unrein ins Bett gehet oder gelegt werde“. Der gute Ruf, den das strenge, aber gut geführte Hospital in Hamburg hatte, machte es nicht nur für Kranke interessant: „Noch immer haben wir über die zu häufige Aufnahme altersschwacher Persohnen ... zu beklagen, welche unter irgendeinem Vorwand (willkürliche Angabe irgendeiner Krankheit) ins Krankenhaus geschickt, sich in vielen Fällen nicht einmal als Sieche beweisen, sondern sich ihrem Alter angemessen sehr wohl befinden.“

1879 wurde der Hamburger Chirurg Dr. Hinrich Leisrink Oberarzt der chirurgischen Abteilung. Er gründete ein Jahr später die am Haus angesiedelte Poliklinik und betrieb wissenschaftliche Forschung: So unternahm er Versuche mit Jodoform und zur Bekämpfung bakterieller Infektionen durch die Einführung antiseptischer Behandlungen.

Wirtschaftlich blieb das Haus lange Zeit auf Unterstützung angewiesen, nicht zuletzt wegen der vielen mittellosen Patienten, die es weiterhin aufnahm. 1865 gewährte Carl Heine, der Sohn Salomon Heines, deshalb eine Zuwendung in Höhe von 340.000 Mark Banco. Zeitweise beteiligte sich auch die jüdische Gemeinde an den laufenden Kosten. Erst zum Ende des Jahrhunderts endete die Vereinbarung und es gelang, die Betriebskosten aus den Einnahmen zu decken.

1902 stiftete das Bankhaus M. M. Warburg & Co. ein Schwesternheim für das Krankenhaus. 1908 entstand eine Krankenpflegeschule, die bereits 1933 von den nationalsozialistischen Behörden wieder aufgehoben wurde. Bald folgten weitere Schikanen der braunen Machthaber: Für die Behandlung von Kasernenpatienten gab es keine Erstattung mehr. Dies führte zu einem Rückgang der Patientenzahlen. Erneut musste die jüdische Gemeinde das Haus mit Spenden unterstützen. Im September 1939 beschlagnahmte die Hee-

resverwaltung das Gebäude an der Eckernförder Chaussee (heute: Simon-von-Utrecht-Straße), das Israelitische Krankenhaus wurde fortan an der Johnsallee und später in der Benckestraße untergebracht, bevor es an die Schäferkampsallee zog. 1942 wurde die Stiftung Israelitisches Krankenhaus faktisch aufgehoben und das Inventar des Hauses zu großen Teilen beschlagnahmt. Über das Kriegsende hinaus konnte durch Einsatz von Ärzten und Schwestern ein Notbetrieb aufrechterhalten werden. Ein Jahr nach Kriegsende beschrieb Leo Ascher die Zustände an der Schäferkampsallee: „Das Haus hatte etwa 40 Krankenbetten, zum großen Teil primitive eiserne Bettstellen, deren Matratzen zerschlissen und die mit Holzwolle gefüllt waren ... Operationswäsche war so wenig vorhanden, daß Operationen ... verschoben werden mußten, bis die Wäsche aus der Wäscherei angeliefert wurde ... Durch Stromsperrstunden kam es vor, daß die Nachtschwester ihren Dienst mit einer Petroleumlampe versehen mußte.“

Neubau und Neuanfang

Felix Epstein, von 1939 bis zu seiner Deportation nach Theresienstadt Verwaltungsleiter des Krankenhauses, und der Bankier Eric Moritz Warburg setzten sich nach dem Krieg für die Wiederbelebung der Stiftung ein. Mit Unterstützung der Hamburger Bürgermeister Max Brauer und Dr. Kurt Sieveking gelang der Neuanfang: Die Hansestadt gab mehr als vier Millionen Mark und ein Baugrundstück zwischen Alsterkrugchaussee und Orchideenstieg für einen Neubau. Als Gegenleistung hatte das Krankenhaus jährlich eine symbolische Anerkennungssrente von 20 Mark zu zahlen.

Am 27. Mai 1959 wurde der Grundstein gelegt. Am 15. Dezember 1960 konnte der erste Bauabschnitt eingeweiht werden, ein halbes Jahr später auch der zweite. Bei der Eröffnung

des ersten Bauabschnitts erinnerte sich Bürgermeister Max Brauer: „In meiner Jugendzeit war ein geflügeltes Wort in meinem evangelischen Elternhaus: Wenn's ganz schlimm ist, dann geh ins Jüdische Krankenhaus!“

Das neue Israelitische Krankenhaus bot Platz für 219 Patientenbetten. Im Jahr 2004 wurde das Warburg-Haus als Erweiterung des bestehenden Hauses eröffnet. In einem 2011 eröffneten Neubau am Orchideenstieg 12 sind mehrere Facharztpraxen und das Hospiz am Israelitischen Krankenhaus mit Plätzen für neun Gäste untergebracht. 2014 erfolgte die Erweiterung der Intensivstation, zurzeit wird ein zusätzlicher OP gebaut.

Das alte Stammhaus an der Simon-von-Utrecht-Straße steht mittlerweile unter Denkmalschutz und wird vom Bezirksamt Hamburg-Mitte als Kundencenter genutzt.

Heute ist das Israelitische Krankenhaus mit rund 180 aufgestellten Betten auf Erkrankungen der inneren Organe spezialisiert. Zum Haus gehören eine Medizinische Klinik, eine Chirurgische Klinik und die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Ärztlicher Direktor ist der Internist und Gastroenterologe Prof. Dr. Peter Layer, Mitautor mehrerer deutscher und internationaler gastroenterologischer Therapieleitlinien. Prof. Dr. Carsten Zornig, Leiter der Chirurgischen Klinik, gelang 2007 die weltweit erste narbenlose Entfernung einer Gallenblase (Cholecystektomie) durch die Vagina.

Seinem Leitspruch ist das Haus auch durch die turbulenten Zeiten treu geblieben: Jeden Besucher empfängt im Eingangsbereich noch heute das Motto Salomon Heines „Menschenliebe ist die Krone aller Tugenden.“

Dr. Lorenz Steinke

Unternehmenskommunikation
Israelitisches Krankenhaus
E-Mail: L.Steinke@ik-h.de

DER BLAUE HEINRICH

Heinrich Heine: Morphine

ausgewählt von Dr. Doris Fischer-Radzi



Morpheus und Iris. Gemälde von Pierre Narcisse Guérin (1774 – 1833)

Morphine

Groß ist die Ähnlichkeit der beiden schönen Jünglingsgestalten, ob der eine gleich Viel blässer als der andre, auch viel strenger, Fast möchte ich sagen viel vornehmer aussieht Als jener andre, welcher mich vertraulich In seine Arme schloß – Wie lieblich sanft War dann sein Lächeln und sein Blick wie selig! Dann mocht es wohl geschehn, daß seines Hauptes Mohnblumenkranz auch meine Stirn berührte Und seltsam duftend allen Schmerz verscheuchte Aus meiner Seel – Doch solche Linderung, Sie dauert kurze Zeit; genesen gänzlich Kann ich nur dann, wenn seine Fackel senkt Der andre Bruder, der so ernst und bleich. Gut ist der Schlaf, der Tod ist besser – freilich Das beste wäre, nie geboren sein.

IHRE DIAGNOSE?

Lösung Quiz Seite 31

Fall 1: Intramuskuläres Hämatom

Spindelförmige, echoarme, inhomogene Auftreibung innerhalb der Muskelloge des Musculus quadriceps femoris rechts. Es handelt sich um ein Hämatom ohne größere liquiden Anteile, sodass von einer stattgehabten (und nicht von einer noch akuten) Einblutung auszugehen ist. Ursache war ein Bagatelltrauma mit Muskelkontusion DD Muskelzerrung unter Antikoagulation.

Bei einer intermuskulären Blutung wären die Muskelfaszien beziehungsweise die begleitenden Gefäße verletzt, die Einblutung befände sich diffus zwischen den Muskeln.

Fall 2: Serom

Anders als im Fall 1 befindet sich hier ein bis auf wenige spontane (zum Teil schlierenartige) Echokontaste fast ausschließlich liquides Areal im subkutanen Fettgewebe. Es ist unregelmäßig begrenzt, und man erkennt eine geringe Imbibierung des umliegenden s.c.-Fettgewebes. Sonografisch wäre eine stattgehabte frische Einblutung unter einer Antikoagulation denkbar. Fieber könnte an ein infiziertes Hämatom denken lassen. Aufgrund der Anamnese (stattgehabte Hüftoperation) und bereits länger bestehendem Lokalbefund bestand in erster Linie der Verdacht auf ein postoperativ entstandenes Serom. Eine Punktion bestätigte dieses.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan der Herausgeber
Ärztchamber Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung

Für den Inhalt verantwortlich

Prof. Dr. Christian Arning

Prof. Dr. Martin Scherer

Redaktion

Stephanie Hopf, M. A. (Leitung)

Claudia Jeß

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 / 31 81 25 58,

Fax: 040 / 31 81 25 59

E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Internet: www.elbbuero.com

Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 45
vom 1. Januar 2015

Anzeigenschluss für das Septemberheft

Textteilanzeigen: 14. August

Rubrikanzeigen: 20. August

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

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG

Auflage: 17.697

Redaktionsschluss ist am

14. August.

Das nächste Heft

erscheint am 10. September

Ibuprofen

Warnung vor zu hohen Dosen

Unter der Therapie mit Ibuprofen-Tagesdosen von über 2.400 Milligramm oder über 1.200 Milligramm Dexibuprofen besteht ein geringfügiges Risiko für das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse.

Es ist vergleichbar mit dem Risiko, das mit der Einnahme von Diclofenac oder COX-2-Inhibitoren verbunden ist. Hohe Dosen sollten insbesondere bei Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen vermieden werden, ebenso bei Rauchern, bei Bluthochdruck, Diabetes mellitus und hohen Blut-Cholesterol-Werten. Bei Dosen unter 1.200 mg/d Ibuprofen konnte kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse beobachtet werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (16): 92

Televancin

Geänderte Anwendungsempfehlungen

Das Antibiotikum Televancin (Vibativ®) wird eingesetzt zur Therapie nosokomialer Pneumonien bei Erwachsenen, verursacht durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), wenn alternative Therapien ungeeignet oder fehlgeschlagen sind. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis bei komplizierten Haut- und Weichgewebeeinfektionen wird als negativ eingeschätzt. Kontraindiziert ist die Anwendung bei schwerer Niereninsuffizienz, eine tägliche Kontrolle der Nierenfunktion ist bei Therapiebeginn erforderlich. Vorsicht ist geboten bei Patienten, die Arzneimittel einnehmen, die das QTc-Intervall verlängern. In der Schwangerschaft ist das Lipoglykopeptid-Antibiotikum kontraindiziert.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (4): 94

Codein

Nicht für Kinder unter zwölf Jahren

Eine weitere europäische Organisation, die Coordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures –human (CMDh), hat sich für Einschränkungen der Anwendung von Codein bei Kindern ausgesprochen. Bei Husten und Erkältungskrankheiten ist

- Codein kontraindiziert bei Kindern unter zwölf Jahren, bei stillenden Frauen und bekannten ultraschnellen CYP2D6-Metabolisierern,
- Codein nicht empfohlen bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren bei vorhandener Einschränkung der Atemfunktion.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (18): 104

Gemeinsamer Bundesausschuss

Austausch-Verbotsliste erweitert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich auf vier zusätzliche Arzneistoffe geeinigt, deren Fertigarzneimittel von Apotheken nicht mehr ausgetauscht werden dürfen: Buprenorphin in transdermalen Pflasterpräparaten, Oxycodon in Präparaten mit unterschiedlichen Einnahmeterminen, das Antiepileptikum Pheno-

barbital und der Blutverdünner Phenprocoumon. Bei Morphin, Fentanyl, Oxcarbazepin und Topiramate gebe es keine Anhaltspunkte, dass geringfügige Änderungen der Dosis oder Konzentration des Wirkstoffs zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung führten, ein Austausch der Präparate sei daher noch möglich. Bereits auf der Verbotsliste sind:

- Betaacetyldigoxin,
- Phenytoin,
- Levothyroxin,
- Tacrolimus,
- Ciclosporin.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (18): 6-7

Methadon

Long-QT-Syndrom

Methadon zur Substitutionstherapie bei Suchtkranken kann hoch dosiert werden, birgt allerdings die Gefahr eines Kammerflimmerns. Ein 33-Jähriger musste innerhalb von 36 Stunden viermal defibrilliert werden, da er sich weigerte, zugunsten eines anderen Substitutionsmittels (z. B. Buprenorphin) auf Methadon (220 mg/d) und Diazepam 50 mg/d zu verzichten. Aufgrund der permanenten Gefahr eines plötzlichen Herztods wurde eine Implantation eines permanenten Defibrillators durchgeführt und die Dosis von Methadon leicht reduziert.

Quelle: Notarzt 2015;2: 93-4

Transparenzoffensive der WHO

Studien früher veröffentlichen

Die zentrale Registrierung klinischer Studien scheint angenommen worden zu sein – nicht zuletzt weil angesehene wissenschaftliche Fachjournale die Arbeiten ansonsten nicht veröffentlichen. Findige Forscher oder deren Sponsoren zögern die Veröffentlichung von Studienergebnissen in vielen Fällen weiterhin hinaus. Fast jede vierte (23 Prozent) größere Studie über 500 Teilnehmer, registriert in der Datenbank *clinicaltrials.gov* bis 2009, ist auch 60 Monate nach ihrem Abschluss noch nicht publiziert worden. Dies gilt als unethisch, denn es besteht die Gefahr, dass sich Forschung wiederholt und die Teilnehmer einem unnötigen Risiko ausgesetzt sein könnten.

Ab sofort sollen nach den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Ergebnisse jeder klinischen Studie innerhalb von zwölf Monaten einem von Experten überprüften wissenschaftlichen Fachjournal zur Publikation eingereicht werden. Weitere zwölf Monate sind erlaubt bis zur tatsächlichen Publikation. Die wichtigsten Ergebnisse sollen innerhalb eines Jahres in der Datenbank eingestellt werden, in der die Studie registriert wurde. Auch die Ergebnisse älterer, bislang unveröffentlichter Studien sollen publiziert werden.

Möglicherweise bleibt es beim Wunschenken, denn der WHO fehlen Sanktionsmöglichkeiten. Es sei denn, es könnte ein ähnlicher sanfter Druck wie die Gefahr einer Nicht-Veröffentlichung von Studien bei fehlender Registrierung implementiert werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015;160 (17): 46s

Mitteilungen

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000, zuletzt geändert am 13.02.2012

Aufgrund von § 6 Abs. 6 i.V.m. § 57 S. 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14.12.2005 (HmbGVBl. I S. 495), zuletzt geändert am 19.06.2012 (HmbGVBl. I S. 254, 260) hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 25.08.2014 und 13.04.2015 diese Satzung zur Änderung der Berufsordnung beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg am 18.05.2015 gemäß § 57 HmbKGGH genehmigt hat.

§ 1

Der Anhang zu § 13 Abs. 2 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen erhält unter 1.1 folgende neue Fassung:

„Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion

Anhang zu § 13 Abs. 2 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000 i. d. F. v. 02.12.2013

Präambel

Die Richtlinie berücksichtigt die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik. Die Anwendung medizinisch assistierter Reproduktion ist durch das Leiden von Paaren durch ungewollte Kinderlosigkeit und durch ihren auf natürlichem Weg nicht erfüllbaren Kinderwunsch begründet. Zwar besitzt kein Paar ein Recht oder einen Anspruch auf ein Kind, jedoch ist der Wunsch nach einem eigenen Kind legitim und nachvollziehbar. Sofern sich ein Kinderwunsch auf natürlichem Weg nicht erfüllen lässt, kann die medizinisch assistierte Reproduktion Hilfe leisten. Der technische Fortschritt der Reproduktionsmedizin soll aber keine überhöhten Erwartungen wecken und keiner Verschiebung gesellschaftlicher Leitbilder zulasten behindert geborener Kinder Vorschub leisten.

Der medizinisch assistierten Reproduktion liegen die gesetzlichen Vorgaben, namentlich das Embryonenschutzgesetz, zugrunde. Die Schutzwürdigkeit und das Lebensrecht von Embryonen werden von der abgeschlossenen Befruchtung an gewahrt. Darüber hinaus orientiert sie sich an ethischen Normen, die das Kindeswohl, d. h. den Schutz und die Rechte des erhofften Kindes, die Frau, den Mann und die behandelnden Ärztinnen/Ärzte betreffen.

Den hohen Rang des Kindeswohls bringen zum Beispiel das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes aus dem Jahr 1989 oder die von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes 1998 verabschiedete „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ zum Ausdruck. In der UN-Kinderrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten in Artikel 24 „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ an. Der Weltärztebund betont im Rahmen seiner „Allgemeinen Grundsätze“, „dass die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muss“. Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind. Sofern

im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt die Ärztin/der Arzt für das Wohl des mit ihrer/seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung. Die ärztliche Pflicht, zum Wohl der Patienten zu handeln und Schaden zu vermeiden, bezieht sich auf die Mutter und auf die erwünschten Kinder. Aufgrund der ärztlichen Verantwortung muss daher über Gefährdungen, die aus Mehrlingsschwangerschaften für Mutter und Kind resultieren, oder das Problem erhöhter nachgeburtlicher Gesundheitsschäden des Kindes sorgsam und umfassend aufgeklärt werden. Im Einzelfall müssen der Kinderwunsch eines Paares und eventuelle gesundheitliche Risiken, die eine medizinisch assistierte Reproduktion für das erhoffte Kind mit sich bringen können, gegeneinander abgewogen werden. Dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft ist Rechnung zu tragen.

Paare mit Kinderwunsch und vor allem die betroffenen Frauen sind den Prinzipien der Patientenautonomie und des informed consent gemäß über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden Verfahren umfassend zu informieren und aufzuklären. Die medizinische Information soll von einer psychosozialen Beratung begleitet werden. Die Patientin bzw. das Paar sind in die Lage zu versetzen, unter Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, der Risiken, die mit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren verbunden sind, sowie der ethischen Aspekte, zu denen das Kindeswohl gehört, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten und welche Verfahren der ärztlich assistierten Reproduktion es sind, von denen sie Gebrauch machen wollen.

Die Behandlungsstandards und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung, die in Deutschland reproduktionsmedizinisch gewährleistet werden, sind im europäischen Kontext zu sehen. Sie lassen sich vom Fortschritt der Behandlungsmethoden, von den rechtlichen Entwicklungen sowie den - auch weniger restriktiven - ethischen Gesichtspunkten, die in anderen europäischen Ländern gelten, nicht abkoppeln. Nichtgenetische oder genetisch-diagnostische Verfahren, die in einer Reihe europäischer Staaten im Rahmen der dort geltenden Gesetze auf Wunsch der Eltern zu einer möglichen Verbesserung des Schwangerschaftserfolgs und um der Gesundheit der erhofften Kinder willen praktiziert werden (z. B. Kultivierung von Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer), sind in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit nicht statthaft oder in ihrer rechtlichen Zulässigkeit strittig. In ethischer Hinsicht gilt, dass die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen hat. Letztlich liegt es am Gesetzgeber, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zu einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben und dort statthaft sind, in der Bundesrepublik Deutschland übernommen werden können.

1. Begriffsbestimmungen zur assistierten Reproduktion

Als assistierte Reproduktion wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken bezeichnet. In der Regel wird im Zusammenhang mit diesen Verfahren eine hormonelle Stimulation durchgeführt. Darunter versteht man den Einsatz von Medikamenten zur Unterstützung der Follikelreifung, sodass im Zyklus ein oder mehrere Follikel heranreifen.

Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) sowie die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) sind als Methode nicht von dieser Richtlinie erfasst.

1.1. Insemination

Unter Insemination versteht man das Einbringen des Nativspermas in die Cervix (intrauterine Insemination) oder des aufbereiteten Spermias in den Uterus (intrauterine Insemination) oder in die Eileiter (intrauterine Insemination).

1.2. GIFT

Unter GIFT (Gamete-Intrafallopian-Transfer; intratubarer Gametentransfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter.

1.3. Extrakorporale Befruchtung

1.3.1. IVF

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers.

1.3.2. ICSI

Unter der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) versteht man ein Verfahren der IVF, bei dem eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert wird.

1.4. ET

Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet.

1.5. homologer/heterologer Samen

Als homolog gilt der Samen des Ehemannes oder des Partners in stabiler Partnerschaft. Als heterolog gilt der Samen eines Samenspenders.

1.6. PKD

Bei der Polkörperdiagnostik (PKD) wird eine mütterliche, genetische oder chromosomale Veränderung des haploiden weiblichen Chromosomensatzes durch Beurteilung des ersten und - wenn möglich - auch des zweiten Polkörpers im Ablauf einer IVF vor der Bildung des Embryos untersucht. Es handelt sich um eine indirekte Diagnostik der Eizelle.

1.7. PID

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden in einem sehr frühen Entwicklungsstadium ein oder zwei Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht.

Die PID ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie, da die Zulässigkeit ihrer Durchführung im Embryonenschutzgesetz und der Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PIDV) geregelt sind.

2. Medizinische Voraussetzungen für die assistierte Reproduktion

Jeder Anwendung der Maßnahmen der assistierten Reproduktion hat eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern vorzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind. Bei der Wahl der Methode sollten die Dauer des Kinderwunsches und das Alter der Frau Berücksichtigung finden.

2.1. Methoden und Indikationen

2.1.1. Hormonelle Stimulation der Follikelreifung

Indikationen:

- Follikelreifungsstörungen
- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen

2.1.2. Homologe Insemination

Indikationen:

- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- nicht erfolgreiche hormonelle Stimulationsbehandlung
- somatische Ursachen (z. B. Hypospadie, retrograde Ejakulation, Zervikal-Kanal-Stenose)
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.3. Homologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET) von einem (SET), von zwei (DET) oder drei Embryonen

Uneingeschränkte Indikationen:

- Tubenverschluss bzw. tubare Insuffizienz
- männliche Fertilitätsstörungen nach erfolgloser Insemination

Eingeschränkte Indikationen:

- Endometriose von hinreichender Bedeutung
- idiopathische Unfruchtbarkeit

Eine unerklärbare (idiopathische) Unfruchtbarkeit kann nur als Indikation für eine assistierte Reproduktion im Sinne einer IVF-Behandlung angesehen werden, wenn alle notwendigen und Erfolg versprechenden diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und hormonelle Stimulation, intrauterine und/oder intratubare Insemination nicht erfolgreich waren.

2.1.4. Intratubarer Gametentransfer (GIFT)

Indikationen:

- einige Formen männlicher - mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer - Fertilitätsstörungen
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.5. Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- fehlende oder unzureichende Befruchtung bei einem IVF-Versuch

2.1.6. Heterologe Insemination

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolglose Behandlung einer männlichen Fertilitätsstörung mit intrauteriner und/oder intratubarer Insemination und/oder In-vitro-Fertilisation und/oder intrazytoplasmatischer Spermieninjektion im homologen System
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Voraussetzung sind funktionsfähige, offene Eileiter. Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“, Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.7. Heterologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET), heterologe intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI mit ET)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolgloser Einsatz der intrauterinen und/oder intratubaren Insemination und/oder der In-vitro-Fertilisation und/oder der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion im homologen System (nach Vorliegen der jeweiligen Indikation)
- erfolgloser Einsatz der heterologen Insemination
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“ Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.8. Polkörperdiagnostik (PKD)

Die PKD ist ein in Erprobung befindliches Verfahren.

Indikationen:

- Erkennung eines spezifischen genetischen einschließlich chromosomalen kindlichen Risikos mittels indirekter Diagnostik der Eizelle
- Erkennung unspezifischer chromosomaler Risiken im Rahmen von IVF zur möglichen Erhöhung der Geburtenrate

Eine Erhöhung der Geburtenrate ist bisher nicht hinreichend belegt.

Die PKD ist an die Anwendung der IVF und ICSI geknüpft, obwohl eine Fertilitätsstörung nicht vorliegen muss. Soweit diese Untersuchungen vor Bildung des Embryos erfolgen, ist das Embryonenschutzgesetz nicht berührt.

2.2. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

- alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft

Eingeschränkte Kontraindikationen:

- durch eine Schwangerschaft bedingtes, im Einzelfall besonders hohes medizinisches Risiko für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes
- Sexualstörungen als wesentlicher Sterilitätsfaktor (seltener Geschlechtsverkehr, Vermeidung des Verkehrs zum Konzeptionsoptimum, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). In diesem Fall soll zuerst eine Sexualberatung/-therapie des Paares erfolgen.

2.3. Humangenetische Beratung

Eine humangenetische Beratung soll die Partner in die Lage versetzen, auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertmaßstäbe eine Entscheidung in gemeinsamer Verantwortung über die Vornahme einer genetischen Untersuchung im Rahmen der assistierten Reproduktion und über die aus der Untersuchung zu ziehenden Handlungsoptionen zu treffen. Im Rahmen dieser Beratung sollen ein mögliches genetisches Risiko und insbesondere die mögliche medizinische und ggf. psychische und soziale Dimension, die mit einer Vornahme oder Nicht-Vornahme einer genetischen Untersuchung sowie deren möglichem Ergebnis verbunden ist, erörtert werden.

Eine genetische Untersuchung darf erst vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung gem. § 9 des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG) aufgeklärt wurde und in die Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe ausdrücklich und schriftlich eingewilligt hat.

3. Allgemeine Zulassungsbedingungen

Bei der assistierten Reproduktion handelt es sich mit Ausnahme der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) um besondere

medizinische Verfahren gem. § 13 Abs. 1 i. V. m. § 5 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen. Die Ärztin/der Arzt hat bei der Anwendung dieser Verfahren insbesondere das Embryonenschutzgesetz und diese Richtlinie zu beachten.

3.1. Rechtliche Voraussetzungen

3.1.1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Methoden der assistierten Reproduktion sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei ist grundsätzlich der Samen des Ehemanns zu verwenden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.

Methoden der assistierten Reproduktion können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden. Dies gilt nur, wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass

- die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefühten Partnerschaft zusammenlebt und dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird oder
- die Frau mit einer Frau in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft zusammenlebt.

3.1.2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeitig auf die Mutter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nrn. 3 u. 5 ESchG). Beim Einsatz der oben genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll.

3.1.3. Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Sofern Leistungen der Verfahren zur assistierten Reproduktion von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind ferner die Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs V (insbes. §§ 27a, 92, 121a und 135 ff SGB V) und die *Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung* des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

3.1.4. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Jede Ärztin/jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat die Aufnahme der Tätigkeit bei der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, dass die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erfüllt sind (§ 13 Abs. 3 und Abs. 4 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen). Änderungen sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen. Die Ärztin/der Arzt hat gem. § 5 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen an den Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin teilzunehmen.

Eine Ärztin/ein Arzt kann nicht dazu verpflichtet werden, entgegen ihrer/seiner Gewissensüberzeugung Verfahren der assistierten Reproduktion durchzuführen.

3.2. Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung

Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung, die Art des Eingriffs, die Einzelschritte des Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen erkennbar Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden.

Mitteilungen

3.2.1. Medizinische Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- Ablauf des jeweiligen Verfahrens
- Erfolgsrate des jeweiligen Verfahrens
- Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Schwangerschaft
- Zystenbildung nach Stimulationsbehandlung
- Überstimulationsreaktionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Operative Komplikationen bei Follikelpunktionen
- Festlegung der Höchstzahl der zu transferierenden Embryonen
- Kryokonservierung für den Fall, dass Embryonen aus unvorhergesehenem Grunde nicht transferiert werden können
- Abortrate in Abhängigkeit vom Alter der Frau
- Eileiterschwangerschaft
- durch die Stimulation bedingte erhöhte Mehrlingsrate und den damit verbundenen mütterlichen und kindlichen Risiken (u.a. mit Folge der Frühgeburtlichkeit)
- möglicherweise erhöhtes Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern insbesondere nach Anwendung der ICSI-Methode
- mögliche Risiken bei neuen Verfahren, deren endgültige Risikoeinschätzung nicht geklärt ist

Neben diesen behandlungsbedingten Risiken müssen Faktoren, die sich auf das Basisrisiko auswirken, (z. B. erhöhtes Alter der Partner, Verwandtenehe) Berücksichtigung finden. Hierzu sollte eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dieses dokumentiert werden.

3.2.2. Psychosoziale Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- psychische Belastung unter der Therapie (der psychische Stress kann belastender erlebt werden als die medizinischen Schritte der Behandlung)
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)
- mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen

3.2.3. Aspekte der humangenetischen Beratung

Dem Paar muss über Information und Aufklärung hinaus eine humangenetische Beratung (vgl. Kapitel „Humangenetische Beratung“) insbesondere angeboten werden bei:

- Anwendung der ICSI-Methode im Zusammenhang mit einer schweren Oligo-Asthenoteratozoospermie oder nicht entzündlich bedingter Azoospermie
- genetisch bedingten Erkrankungen in den Familien
- einer Polkörperdiagnostik (PKD)
- habituellen Fehl- und Totgeburten

– Fertilitätsstörungen in der Familienanamnese

3.2.4. Aspekte der behandlungsunabhängigen Beratung

Unabhängig von dieser Art der Information, Aufklärung und Beratung muss die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt dem Paar die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen ärztlichen Beratung empfehlen und auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinweisen.

3.2.5. Aspekte der Kostenübernahme

Fragen zur Übernahme der Kosten der Behandlung durch gesetzliche oder private Krankenkassen bzw. Beihilfeträger sind zu erörtern. Weiß der behandelnde Arzt, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende tatsächliche Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren (§ 630 c Abs. 3 BGB).

3.2.6. Aspekte der Dokumentation

Die erfolgte Information, Aufklärung, Beratung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung müssen dokumentiert und von beiden Partnern und der aufklärenden Ärztin/dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

4. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Durchführung der Methoden

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- IVF mit ET
- GIFT
- ICSI mit ET
- heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- heterologe IVF/ICSI
- PKD

als Verfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus.

Die Anzeige umfasst den Nachweis, dass die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Leistungen sowohl fachlich (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweis) als auch personell und sachlich (räumliche und apparative Ausstattung) auf den nachstehend genannten Teilgebieten gewährleistet ist.

4.1. Homologe Insemination nach Stimulation

4.1.1. Fachliche Voraussetzungen

Die anwendende Ärztin/der anwendende Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe muss über die Weiterbildungsbezeichnung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ gemäß der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen in der jeweils geltenden Fassung verfügen.

4.1.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor,
- Ultraschalldiagnostik,
- Labor für Spermiendiagnostik und Spermienpräparation.

4.2. Heterologe Insemination nach Stimulation

Es gelten die gleichen fachlichen und technischen Voraussetzungen wie für die homologe Insemination nach Stimulation (siehe hierzu: 4.1.1. und 4.1.2.).

4.3. IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD

Diese Methoden setzen für die Patientenbetreuung

das Zusammenwirken in einer ständig einsatzbereiten interdisziplinären Arbeitsgruppe voraus.

4.3.1. Fachliche Voraussetzungen

Die Leitung bzw. die stellvertretende Leitung der Arbeitsgruppe obliegt Fachärztinnen/Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Weiterbildungsbezeichnung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“. Ihnen obliegt die verantwortliche Überwachung der in dieser Richtlinie festgeschriebenen Maßnahmen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe müssen über folgende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Gynäkologische Sonographie
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
- Andrologie
- Psychosomatische Grundversorgung

Von diesen sechs Bereichen können nur zwei gleichzeitig von einer Ärztin oder Wissenschaftlerin/einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe neben der Qualifikation der Psychosomatischen Grundversorgung verantwortlich geführt werden.

Grundsätzlich müssen Ärztinnen/Ärzte mit der Weiterbildungsbezeichnung „Andrologie“ in Diagnostik und Therapie im Rahmen der assistierten Reproduktion integriert sein.

Die regelmäßige Kooperation mit einer Humangenetikerin/einem Humangenetiker und einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

Es empfiehlt sich weiterhin eine Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle.

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, obliegt die humangenetische Beratung und die zytogenetische oder molekulargenetische Diagnostik Fachärztinnen/Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen/Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“.

4.3.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. zeitnah einsatzbereit sein:

- Hormonlabor
- Ultraschalldiagnostik
- Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- Labor für Spermiendiagnostik und -präparation
- Labor für In-vitro-Fertilisation, In-vitro-Kultur und ggf. Mikroinjektion
- EDV-gestützte Datenerfassung

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, muss die untersuchende Institution über diagnostische Erfahrung mittels molekulargenetischer und molekularzytogenetischer Methoden an Einzelzellen verfügen.

5. Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung

5.1. Embryotransfer

Ziel einer Sterilitätstherapie ist die Herbeiführung einer Einlingsschwangerschaft, da diese Schwangerschaft im Vergleich zu Mehrlingsschwangerschaften das geringste Risiko für Mutter und Kind darstellt.

Zwillingsschwangerschaften beinhalten für die Mutter erhöhte Risiken (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus, Präeklampsie), die in der Beratung mit zu berücksichtigen sind. Die Risiken für das Kind sind bei Zwillingen im Vergleich zu Einlingen ebenfalls erhöht, wobei besondere Komplikationen bei monozygoten Zwillingsschwangerschaften zu erwarten sind (z. B. fetofetales Transfusionsyndrom). Höhergradige Mehrlinge (mehr als Zwillinge) sol-

len verhindert werden, da hierbei sowohl das Leben oder die Gesundheit der Mutter gefährdet als auch die Morbidität und Mortalität der meist frühgeborenen Kinder deutlich erhöht sein können.

Das Risiko besonders für höhergradige Mehrlinge mit allen gesundheitlichen und sozialen Problemen für Kinder und Eltern wiegt so schwer, dass das Ziel, eine Schwangerschaft herbeizuführen, untergeordnet werden muss. Zur Senkung des Mehrlingsrisikos müssen folglich die wesentlichen Parameter wie Alter der Mutter, Anzahl der bisherigen Versuche und Indikation zur Therapie abgewogen werden.

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeitig auf die Mütter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 EschG). Um eine Reduktion von Mehrlingen mittels Fetozyd zu vermeiden, dürfen bei Patientinnen unter 35 Jahren im ersten und zweiten IVF- und /oder ICSI-Versuch höchstens zwei Embryonen transferiert werden. Auch bei den übrigen verwandten Methoden dürfen bis zu zwei Eizellen, Pronukleusstadien oder Embryonen intratubar übertragen werden. Wenn von dem Paar im 3. Versuch der Transfer von drei Embryonen gewünscht wird, darf dies nur nach ausführlicher Information und Aufklärung über das erhöhte Risiko für höhergradige Mehrlingsschwangerschaften und den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind sowie nach entsprechender Dokumentation der hiermit verbundenen Gefahren erfolgen.

5.2. Kryokonservierung

Kryokonservierung von Eizellen im Stadium der Vorkerne zur Behandlung der Infertilität von Patientinnen ist zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist.

Die weitere Kultivierung von Eizellen im Vorkernstadium darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Partner vorgenommen werden. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass über konservierte Eizellen im Vorkernstadium beide nur gemeinschaftlich verfügen können. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Die Kryokonservierung von Eizellen ist ebenfalls möglich.

5.3. Verwendung von heterologem Samen

5.3.1. Medizinische Aspekte

Der Einsatz von heterologem Samen ist medizinisch zu begründen und es ist darzulegen, warum der Einsatz von homologem Samen nicht erfolgreich war oder nicht zum Einsatz kommen konnte (s. Kapitel „Medizinische Voraussetzungen“ Abschnitt „Heterologe Insemination“).

Die Ärztin/der Arzt hat sicherzustellen, dass

- kein Mischsperma verschiedener Samenspender verwendet wird,
- kein frisches Spendersperma verwendet wird,
- der Samenspender vor der ersten Samenprobe auf HIV I und II untersucht wurde,
- weitere HIV-Kontrollen in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten erfolgt sind,
- die heterologe Insemination mit kryokonserviertem Sperma nur erfolgt, wenn es über eine Quarantänezeit von mindestens 180 Tagen gelagert wurde und wenn der Spender auch nach Ablauf dieser Zeit frei von HIV I und II Infektionen geblieben ist und
- eine serologische Untersuchung auf Hepatitis B und C, Treponema pallidum, Cytomegalieviren (Verwendung von CMV-positivem Spendersperma nur für CMV-positiv Frauen) durchgeführt wurde.

Dies gilt auch bei der Kooperation mit Samenbanken.

Eine Erfassung von medizinischen und phänotypischen Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße, Körperstatur und Ethnie erscheint sinnvoll. Die Ärztin/der Arzt soll darauf achten, dass ein Spender nicht mehr als 10 Schwangerschaften erzeugt.

5.3.2. Psychosoziale Beratung

Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Probleme, welche die heterologe Insemination mit sich bringt, beraten werden. Dabei soll auf die künftige Entwicklung ihrer Beziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine Abstammung besonderes Gewicht gelegt werden. Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.

5.3.3. Rechtliche Aspekte

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen der Verwendung von heterologem Samen für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterrichtung wird empfohlen, folgende Grundsätze zu beachten:

5.3.3.1. Unterrichtung über Rechtsfolgen

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt sollte sich vor der Verwendung von heterologem Samen vergewissern, dass der Samenspender und die künftigen Eltern über mögliche rechtliche Konsequenzen unterrichtet worden sind.

5.3.3.2. Dokumentation

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss

- die Identität des Samenspenders und die Verwendung der Samenspende dokumentieren;
- außerdem muss sie/er dokumentieren,
- dass sich der Samenspender mit der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende und – für den Fall eines an sie/ihn gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes – mit einer Bekanntgabe seiner Personalien einverstanden erklärt hat,
- dass sich die künftigen Eltern mit der Verwendung von heterologem Samen und der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende einverstanden erklärt haben und die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt – für den Fall eines an diese/diesen gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes oder eines der künftigen Elternteile – von ihrer/seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Dies gilt auch für den Fall, dass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt mit einer Samenbank kooperiert; die Dokumentation kann nicht auf die Samenbank delegiert werden.

5.4. Verfahrens- und Qualitätssicherung

Zur Sicherung der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf hohem Niveau führt die Ärztekammer eine verfahrens- und ergebnisbezogene Qualitätssicherung durch, die einrichtungsübergreifend und vergleichend erfolgt. Die Teilnahme daran ist für den Leiter der Arbeitsgruppe verpflichtend. Die Ärztekammer Hamburg kann sich zur Durchführung der Qualitätssicherung mit anderen Ärztekammern zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen.

5.4.1. Verfahren und Dokumentation

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung hat der Leiter der Arbeitsgruppe der Ärztekammer Hamburg oder einer von ihr bestimmten anderen Ärztekammer der Arbeitsgemeinschaft jährlich eine EDV-gestützte Dokumentation über

die Arbeit der Arbeitsgruppe entsprechend dem Fragenkatalog der Ärztekammer zur Erfassung und Verarbeitung vorzulegen.¹

Die erhobenen Daten sollen regelmäßig so ausgewertet werden, dass der Ärztekammer und dem Leiter der Arbeitsgruppe die Beurteilung der Tätigkeit der Arbeitsgruppe ermöglicht wird.

Im Einzelnen müssen mindestens dokumentiert werden:

- IVF mit ET
- GIFT
- ICSI
- heterologe IVF/ICSI
- PKD

bezüglich:

- Alter der Patientin
- Indikation der Methoden
- Verlauf der Stimulation
- Anzahl und Befruchtungsrate der inseminierten Eizellen bei IVF/ICSI
- Anzahl der transferierten Eizellen bei GIFT
- Anzahl der transferierten Embryonen bei IVF/ICSI
- Schwangerschaftsrate
- Geburtenrate
- Fehlgeburten
- Eileiterschwangerschaften
- Schwangerschaftsabbrüche
- Mehrlingsrate
- Fehlbildungen

Die Beurteilung dieser Kriterien ist nur auf der Grundlage einer prospektiven Datenerfassung möglich. Konkret bedeutet die Prospektivität der Datenerhebung, dass die ersten Angaben zum Behandlungszyklus innerhalb von 8 Tagen nach Beginn der hormonellen Stimulation eingegeben werden sollen. Dies ist notwendig, um eine nachträgliche Selektion nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Behandlungszyklen und somit eine bewusste oder unbewusste Manipulation der Daten zu vermeiden.

5.4.2. Weitere Regelungen

Soweit die Behandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird, sind neben den vorstehenden Regelungen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V zu beachten.

5.4.3. Zuständige Kommissionen bei den Ärztekammern

Die Ärztekammer bildet eine Ständige Kommission, welche die Einhaltung der in den Richtlinien definierten fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen prüft. Zugleich soll die Kommission die Qualität der Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen prüfen und sie beraten. Ihr sollen geeignete Ärztinnen/Ärzte und Juristinnen/Juristen angehören, wobei mindestens eine Ärztin/ein Arzt Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin haben muss.

Eine Kommission kann sich in speziellen Fragen durch Vertreter anderer Gebiete ergänzen.

Um eine möglichst einheitliche Anwendung dieser Richtlinie zu erreichen, können von mehreren Ärztekammern gemeinsam getragene Kommissionen gebildet und/oder bei der Bundesärztekammer eine Kommission zur Beurteilung grundsätzlicher Auslegungsfragen gebildet werden.

¹Der Leiter der Arbeitsgruppe kann sich hierzu übergangsweise des Datensatzes des Deutschen IVF-Registers e.V. bedienen.

Mitteilungen

5.4.4. Meldung von Verstößen

Verdacht auf Verstöße gegen die Richtlinie, auch auffälliges Ausbleiben der Dokumentation nach 5.4.1., sind der Ärztekammer zu melden.“

§ 2 Inkrafttreten

Diese Satzung zur Änderung der Berufsordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Hamburger Ärzteblatt in Kraft.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 25. August 2014 und 13. April 2015 die vorstehende Änderungssatzung beschlossen. Die

Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 18. Mai 2015 die Genehmigung erteilt. Die vorstehende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt, Hamburg den 26.05.2015
Gez. Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Ärztekammer Hamburg

Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Die Zwischenprüfung des Jahrganges Februar 2014 findet am Mittwoch, den 14. Oktober 2015 in der Zeit von 08.00 – 10.00 Uhr in der Staatlichen Schule Gesundheitspflege in Wilhelmsburg statt. Die Auszubildenden sind gemäß Ausbildungsvertrag § 2 k) zur Teilnahme an der Zwischenprüfung freizustellen. Nach den Bestimmungen des § 48 Berufsbildungsgesetz ist während der Berufsausbildung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eine Zwischenprüfung entsprechend der Ausbildungsordnung durchzuführen.

337. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 337. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 31. August 2015, um 20 Uhr

Weidestraße 122 b (Alstercity), 22083 Hamburg, Saal 1, Ebene 01

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

HIV-Qualitätszirkel der KV Hamburg

Donnerstag, 10. September 2015, 18.30 Uhr,
ICH Stadtmitte, Glockengießerwall 1, 3. OG

Weiterer Termin: 26.11.2015, 18.30 Uhr
(Änderungen werden rechtzeitig bekannt gegeben.)

Für evtl. Rückfragen steht Ihnen die KV gern zur Verfügung unter der Tel. 228 02 – 572.

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzung findet statt
jeden 1. Dienstag im Monat um 20 Uhr
KVH, Heidenkampsweg 99, 1. OG

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

Personelle Veränderungen bei den Mitgliedern der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für die Amtsperiode vom 01.01.2011 bis 31.12.2016

Zu den bisher veröffentlichten Aufstellungen der Vertreterversammlung wird hiermit folgende Änderung bekannt gegeben:

Herr Harald Deest scheidet mit Wirkung ab 10.03.2015 als Mitglied aus der Vertreterversammlung aus. Dadurch ergeben sich folgende Veränderungen:

Mitglied

1. Dr. med. Frank Stüven
2. Volker Lambert
3. Michael Klemperer
4. Dr. med. Maria Hummes
5. Dr. med. Lothar Walther

Stellverteter

Torsten Fix
Peter Berdin
Wilfried Aust
Dr. med. Wolfgang Herzog
Claudia Reuther

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

Verträge

- Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung der ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV))
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung für Erwachsene, die vor 1970 geboren wurden (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV))

Hinweis: neue Anlage:

- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- Im KV-Journal 2/2015 wurde der 6. Nachtrag zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.
- Im KV-Journal 2/2015 wurde die Anpassung zur Vereinbarung über die Verordnung von Impfstoffen zur Sofortanwendung in der vertragsärztlichen Praxis unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Anpassung durch die Vertragspartner veröffentlicht.
- Im KV-Journal 4/2015 wurde die Honorarvereinbarung 2015 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesen Vereinbarungen ist abgeschlossen und damit der jeweilige Vorbehalt gegenstandslos.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. Das Infocenter der KVH / Tel.: 22 802 - 900

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT)	96/15 PSY	01.10.2015	Rotherbaum
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BAG)	104/15 F	zum nächstmöglichen Termin	Poppenbüttel
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BAG)	105/15 F	01.01.2016	Sasel
Allgemeinmedizin (hausärztlich)	107/15 HA	01.01.2016	Bergedorf
Allgemeinmedizin (BAG) (hausärztlich)	108/15 HA	01.10.2016	Sülldorf
Allgemeinmedizin (hausärztlich)	109/15 HA	01.01.2017	Stellingen
Praktischer Arzt (BAG) (hausärztlich)	112/15 HA	zum nächstmöglichen Termin	Harvestehude
Praktischer Arzt (hausärztlich)	114/15 HA	01.10.2015	Rahlstedt
Innere Medizin (BAG) (fachärztlich)	111/15 I	01.01.2016	Bergedorf
Orthopädie (BAG)	113/15 O	01.01.2016	Billstedt
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Psychologische Psychotherapie (TP)	90/15 PSY	01.01.2016	Lokstedt
Psychologische Psychotherapie (TP)	91/15 PSY	zum nächstmöglichen Termin	Rotherbaum
Psychologische Psychotherapie (BAG) (TP)	92/15 PSY	01.10.2015	Harvestehude
Psychologische Psychotherapie (TP)	93/15 PSY	01.10.2015	Eimsbüttel
Psychologische Psychotherapie (TP/AP)	94/15 PSY	01.01.2016	Eimsbüttel
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT)	95/15 PSY	zum nächstmöglichen Termin	Rotherbaum
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (übAG) (TP/AP)	97/15 PSY	01.01.2016	Wellingsbüttel
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (übAG) (TP/AP)	98/15 PSY	01.01.2016	Wellingsbüttel
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (TP)	99/15 PSY	zum nächstmöglichen Termin	Eimsbüttel
ärztliche Psychotherapie (TP/AP)	100/15 ÄPSY	01.01.2016	Neustadt
Psychotherapeutische Medizin (TP/AP)	101/15 ÄPSY	01.10.2015	Winterhude
Anästhesiologie (BAG)	102/15 AN	01.01.2016	Harvestehude
Anästhesiologie (BAG)	103/15 AN	01.01.2016	Harvestehude
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	106/15 F	zum nächstmöglichen Termin	Ottensen
Allgemeinmedizin (BAG) (hausärztlich)	110/15 HA	01.10.2015	Volksdorf

BAG: Berufsausübungsgemeinschaft | VT: Verhaltenstherapie | TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | AP: Analytische Psychotherapie

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31.07.2015** schriftlich an die:

Kassenärztliche Vereinigung | Abteilung Arztregister | Heidenkampsweg 99 | 20097 Hamburg

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen für Ärzte erhalten Sie unter den Telefonnummern 040/22 802-387 und -672 sowie für (ärztliche) Psychotherapeuten unter den Telefonnummern 040/ 22 802-503 und -673.



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Träger des Friedensnobelpreises



Zentralafrikanische Republik +++ Krankenhaus
Bossangoa +++ Arzt Paul van der Laan +++
schnelle Hilfe für Kinder, Frauen und Männer
© Ton Koene

**WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN.
HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.**

Während Sie das lesen, sind wir in mehr als 60 Ländern weltweit im Einsatz.
Damit wir auch weiterhin schnell handeln können, brauchen wir Ihre Hilfe.
Unterstützen Sie uns mit Ihrer Spende.



SPENDENKONTO

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX

www.aerzte-ohne-grenzen.de/spende



ASKLEPIOS

Klinik Barmbek

Wir sind

Die Asklepios Klinik Barmbek, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg, verfügt über ein großes Angebot verschiedener Fachabteilungen und ist zertifiziert nach KTQ 6.0. Unser Krankenhaus verfügt über ca. 700 Betten. Es können jährlich 40.000 Patienten stationär und 30.000 Patienten ambulant betreut werden.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenzarzt (w/m) für die Thoraxchirurgie

befristet für die Dauer der Weiterbildung zum Facharzt

Die Abteilung für Thoraxchirurgie ist eine der Säulen des Lungenzentrums Hamburg-Barmbek. Dieses besteht aus der Pneumologie mit Weaningzentrum und großer intensivmedizinischer Abteilung sowie der Thoraxchirurgie. Mit der Abt. für Onkologie und der Strahlentherapie verbinden wir uns zudem zu einem modernen onkologischen Zentrum.

Die Thoraxchirurgie ist eine junge Abteilung, die erst 2013 in der Asklepios Klinik Barmbek eröffnet wurde und auch personell moderne Strukturen aufweist. Nach angloamerikanischem Vorbild als Consultant-Abteilung aufgebaut, sind die Hierarchien bei uns extrem flach. Medizinische Qualität und gute Ausbildung stehen hier im Vordergrund. Ein entsprechend gutes Arbeitsklima schafft den „Great Place to Work“. Die Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Hamburg ist beantragt.

Wir suchen einen Kollegen der idealerweise den Common Trunk Chirurgie oder die Weiterbildung Allgemeinchirurgie bereits abgeschlossen hat und sich klar thoraxchirurgisch positionieren möchte. Empathie für unsere Patienten, vertrauensvoller Umgang mit den Pflegenden und ein unstillbarer Drang, chirurgisches Neuland für sich zu gewinnen sind weitere ideale Voraussetzungen, ein tragendes Mitglied unserer jungen, aufstrebenden Abteilung zu werden.

Wir bieten

neben der tariflichen Bezahlung nach Ä1 TV-Ärzte KAH alle Annehmlichkeiten eines großen Klinikkonzerns: Kita-Plätze, HVV-Proficard, günstige Parkmöglichkeiten auf dem Gelände. Zudem verfügen wir über das Zertifikat „Beruf und Familie“.

Wir bieten eine strukturierte Ausbildung zum Thoraxchirurgen mit dem kompletten chirurgischen Spektrum von der modernen Uniportal-VATS-Resektion beim Lungenkarzinom bis zu den großen Eingriffen bei Septischer- und Tuberkulosechirurgie.

Der Umgang mit dem Bronchoskop und Operationslaser wird bei uns ebenso erlernt wie die multidisziplinäre Behandlung von Krebspatienten oder die Interpretation geheimnisvoller Lungenfunktionsformeln.

Wenn Sie die Power besitzen, die Herausforderung Thoraxchirurg anzunehmen und den Humor, gleich zwei Chefs zu managen,

dann freuen wir uns über Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen.

Asklepios Klinik Barmbek • Stephanie Kayser – Personalmanagement
Rübenkamp 220 • 22291 Hamburg • E-Mail: s.kayser@asklepios.com

Gemeinsam für Gesundheit



www.asklepios.com

FA/FÄ f. Allgem./Innere

in TZ/VZ für gr., zentrale Praxis gesucht, Tel. 040-28006333

Ki.Arzt Praxis sucht FÄ/FA Pädiatrie, Vollzeit, NW-HH/SÜ-SH, ab sofort, gute NahVerkehrsAnbdg Zuschr. erb. unter R 1730 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Ärztin/Arzt für Nebentätigkeit auf Honorarbasis im Bereich Ernährungsmedizin gesucht.

Wir finanzieren ggf. Ihre Weiterbildung. Vitalzentrum dr. dettmer – hamburg
E-Mail: info@vitalzentrum-hamburg.de oder Tel: 04101-8056107

FA/FÄ für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin gesucht!

Die MVO MVZ GmbH sucht zur Verstärkung des Teams in Altona und Wilhelmsburg zum nächstmöglichen Zeitpunkt FA/FÄ für Allgemeinmedizin / Innere Medizin zur Anstellung. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann schreiben Sie uns unter: info@voesteundkollegen.de, MVO MVZ GmbH, Arndtstr. 23, 22085 HH

Dermatologe/in für Tätigkeit in Hamburger Nordwesten

in TZ oder VZ gesucht. Zuschr. erb. unter D 1765 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

FA/Ä f. Allgemeinmedizin in Teilzeit dringend gesucht!

Bitte bewerben Sie sich unter: www.diabetologie-hamburg.de

FÄ/FA für Pädiatrie in großer Gemeinschaftspraxis im Norden Hamburgs in Voll- bzw. Teilzeit gesucht. Sehr interessante Konditionen, spätere Partnerschaft möglich. Kontakt: kinderaerzte39@web.de

WB-Allgemeinmedizin

für Allg.-Med. Praxis in Hamburg gesucht. Zuschr. erb. unter H 1780 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

FA Innere Med./Allg.med.

TZ: 20-30h, Info: 0172-750 73 74
Arztpraxis.Alster@yahoo.de

Diabetologe/in in Teilzeit gesucht!

Für Diabetologische Schwerpunktpraxis in HH-Ost. Bitte bewerben Sie sich per Zuschr. unter C 1760 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Netter Kollege/in als Praxisvertretung, Innere Medizin

für 2-3 Nachmittage in der Woche gesucht (Innenstadt). Späterer Einstieg mögl., Tel. 0172-4511862
Zuschr. erb. unter J 1781 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH



Krankenhaus Tabea Hamburg

Das Krankenhaus Tabea ist eine fest etablierte und erfolgreich arbeitende Spezialklinik für alle Erkrankungen des Bewegungsapparates. Mit ihren 150 Betten bietet die im Hamburger Westen gelegene Klinik den geeigneten Rahmen für die sehr persönliche Betreuung unserer Patienten aus ganz Norddeutschland auf höchstem medizinischem Niveau.

Zur Unterstützung unseres Zentrums für Orthopädische Chirurgie (ZOC) – bestehend aus den beiden Hauptabteilungen für Endoprothetik und Gelenkchirurgie (Endoprothetik Zentrum der Maximalversorgung) sowie für Wirbelsäulen- und Neurochirurgie – suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Facharzt Innere Medizin (m/w) in Teilzeit ggf. Vollzeit

zur Betreuung der Patienten prä- und postoperativ bei internistischen Fragestellungen in enger Zusammenarbeit mit der Anästhesie (AZH) im Hause sowie in enger Anbindung an eine stationäre, internistische und ggf. intensivmedizinische Versorgung durch Prof. de Weerth, CA der Klinik für Innere Medizin am Agaplesion KH, und sein Team.

Wir bieten:

- einen sicheren Arbeitsplatz in einem wachsenden Unternehmen
- die Einbindung in ein interdisziplinär arbeitendes Team
- flache Hierarchien und ein sehr kollegiales Betriebsklima
- Individuelle Arbeitszeitplanung
- eine geregelte 5-Tage-Woche
- keine Dienst- und Wochenendbereitschaft
- eine gezielte, umfangreiche Einarbeitung
- abwechslungsreiches, selbstständiges Arbeiten
- eine geförderte Altersvorsorge
- interne sowie externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- eine leistungsgerechte Vergütung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann richten Sie bitte Ihre Bewerbung an Krankenhaus Tabea, z. Hd. Frau Leonie Olbers, Kösterbergstraße 32, 22587 Hamburg oder an personal@tabea-krankenhaus.de

ZENTRUM FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE



Krankenhaus
Tabea
Hamburg

Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Gesundheitsmanagement

sucht für die Standorte **Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen** zur Erweiterung des Ärzte-Teams ab sofort **eine Fachärztin / einen Facharzt für Arbeitsmedizin**

sowie
**eine Ärztin / einen Arzt zur Weiterbildung
zum Facharzt der Arbeitsmedizin.**

Ihre Aufgaben liegen in der Beratung der Betriebe und deren Mitarbeitern zu allen Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes sowie in der Übernahme aller Verpflichtungen für die Betriebe, die sich aus der Arbeitsschutzgesetzgebung und den Unfallverhütungsvorschriften für Betriebsärzte ergeben. Unser besonderes Augenmerk richten wir auf das Gesundheitsmanagement. Hier geht es nicht zuletzt um Wiedereingliederungsmanagement nach längeren Krankheiten, unter anderem geht es um die Einführung und Pflege von Arbeitsschutzmanagementsystemen, um die Implementierung des Gesundheitsschutzes in Qualitätsmanagementsysteme und um präventivmedizinische Beratung zur demografischen Entwicklung.

Wir würden uns freuen, wenn wir Sie für diese Aufgabenstellung begeistern könnten. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern telefonisch oder per Mail zur Verfügung.

Es erwarten Sie geregelte Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienste und ein freundliches Arbeitsklima in einem kollegialen Team mit sehr guten Rahmenbedingungen zur Einarbeitung/Ausbildung. Ein Dienstfahrzeug – auch zur privaten Nutzung – wird auf Wunsch gestellt.

Diese Tätigkeit (Weiterbildung) ist auch für den beruflichen Wiedereinstieg bestens geeignet. Die volle Weiterbildungsermächtigung für das Fach Arbeitsmedizin liegt vor. Mindestvoraussetzung für die Weiterbildung sind 2 Jahre klinische Innere Medizin. Auch diese kann im Rahmen einer Weiterbildungskooperation mit dem Städtischen Klinikum Lüneburg erworben werden.

Wir freuen uns über Ihre schriftliche Bewerbung an Consilius GmbH, Havighorster Weg 8b, 21031 Hamburg, Tel.: 0451-70749630 oder gerne per Mail: Dr.Egler@consilius.de

Frauenärztin/Frauenarzt



Wir suchen für unsere Praxis in Eppendorf eine(n) Kollegen/in in Voll- oder Teilzeit.

Schwerpunkte: Gynäkologie, Geburtshilfe, operative Gynäkologie

Bewerbung bitte an post@gynaekologie-eppendorf.de

Info: www.gynaekologie-eppendorf.de

weiteres Stellenangebot auf der folgenden Seite

Vertretungen

**Erfahr. Arzt für Orthopädie
Chiro-/Physik. Th./Akup.**
im Ruhestand sucht Mitarbeit/
Vertretung in Praxis/Behörde/
auch Roomsharing f. konserv.
Orthopädie in Hamburg
E-Mail: horthodoc@aol.com

Frauenärztinnen-GP sucht Praxisvertretung ab 01.10.15

Zuschr. erb. unter F 1774 an elb-
büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Stellengesuche

**Erfahrene Internistin mit SP
Hämatologie-Onkologie** sucht
neue Herausforderung in Praxis
(Niederl./Jobsharing/Anstellung)
ab 1.11.2015, Tel. 0152/34589221

Gestandener Pneumologe
sucht Teilzeittätigkeit in pneumo-
logischer Praxis oder MVZ,
Tel. 0431/589857

Krankenhaus Jerusalem
HAMBURG

Das Krankenhaus Jerusalem sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen
FRAUENARZT (M/W) ALS BELEGARZT GYNÄKOLOGIE

Das Krankenhaus Jerusalem ist ein Belegkrankenhaus, welches schwerpunktmäßig Frauen mit Brustkrebs stationär versorgt. Jährlich werden ca. 1.000 Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs betreut.

Gesucht wird ein Facharzt (m/w) für Frauenheilkunde mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie. Bewerber (m/w) sollten Erfahrungen auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie von Brustkrebserkrankungen besitzen. Zur Beteiligung an der künftigen ASV ist der Nachweis des Schwerpunkts Onkologie erforderlich.

Gewünscht wird Erfahrung in der Leitung und Durchführung klinisch-wissenschaftlicher Studien, die gemeinsam mit dem Mammazentrum Hamburg MVZ durchgeführt werden.

Wir erwarten Leitungserfahrung, Teamfähigkeit und Flexibilität, sowie das Interesse an einer ambulanten und stationären vertragsärztlichen Tätigkeit.

Und das bieten wir Ihnen:

1. einen hoch interessanten und abwechslungsreichen Wirkungskreis
2. die Mitarbeit in einem eingespielten Team mit kollegialer Atmosphäre

Bewerbungen senden Sie bis zum **31.8.2015** an:

Prof. Dr. H. P. Scheidel

Krankenhaus Jerusalem GmbH, Moorkamp 2-6, 20357 Hamburg
oder per Email: scheidel@mammazentrum.eu

WIR HELFEN IHNEN VON HERZEN GERN.

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

- ♦ **Ärztliche Psychotherapie**
- ♦ **Psychologische Psychotherapie**
- ♦ **Kinder - und Jugendpsychotherapie**
- ♦ **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

Internistische BAG sucht Hausarzt-KV-Sitz in Hamburg
zum Zweck der Praxiserweiterung.
Hausarztsitz@email.de

Hausärztin sucht KV-Sitz zur Übernahme
(hausärztliche Versorgung)
everding@hotmail.de

Praxisabgabe

Allgemeinarztpraxis Betriebs- und Flugmedizin

in bester Lage der Lüneburger Heide sucht Nachfolger/in.
Koop. überg.weise möglich.
allgpraxis@outlook.com

Praxisübernahme

Gynäkologische Praxis/KV-Sitz zur Übernahme gesucht

Bei Interesse: Tel. 0174-3357937
oder Zuschr. unter V 1679 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Nachfolger/in gesucht

häufige Hausarztpraxis in Hamburg (BAG) zum nächstmöglichen Termin abzugeben. Tel. 0163/ 6391790

Hausärztlich-internistische und Betriebsärztliche Praxis

in 2016 abzugeben. Zentrale Lage in Hamburg. Stadtteil mit bester Infrastruktur. Hochqualifiziertes Team, umfassende Ausstattung, großer Klientenkreis.
Zuschr. erb. unter G 1775 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Internist sucht hausärztlich-internistische Niederlassung

als Angestellter mit Möglichkeit zur späteren Praxisübernahme in HH oder Schleswig-Holstein, auch gern mit Immobilienkauf.
Tel. 0162/2914037
E-Mail: Internist_HH@gmx.de

HNO Facharzt / Oberarzt

mit operativer Ausrichtung sucht KV Sitz oder Anstellung mit Perspektive Sitz-Übernahme.
Zuschr. erb. unter B 1756 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Privatpraxis für Innere Medizin

im Westen Hamburgs sucht Praxispartner/-in. Moderne Technik. Auch verwandte Fächer Zuschr. erb. unter E 0201 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Hausärztl. GP in Winsen/L. sucht weiteren Partner

Nettes qualifiziertes Team, zentr. Lage, gute apparative Ausstattung, EDV-geführt, ZB Betriebsmedizin, WBA ebenso willkommen (18 Mon.)! ha-wl@gmx.net

Gemeinsame Nutzung neuer Praxisräume in Blankenese

Bieten nach Umbau unserer Pränatalpraxis über jetzt 2 Etagen Räume zur **Mit-/Eigennutzung** an, modernes Ambiente, separater Eingang möglich
email:sg@praenatal-hamburg.de

Praxisräume

Räume zur stundenweisen Nutzung gesucht – für Gewichtsreduktionsberatung

Vitalzentrum dr. dettmer – hamburg
E-Mail: info@vitalzentrum-hamburg.de
oder Tel: 04101-8056107

Hautarzt/in und Ernährungsmediziner/in

zwecks Kooperation mit Kosmetik Studio in renommierten Räumlichkeiten im Herzen Eppendorfs mit viel Laufkundschaft gesucht.
Kontakt: farsaneh_2007@yahoo.de

Gem.-Praxis für Anästhesie

hat noch freie Kapazitäten für ambulante/stationäre Operationen
Praxis Dr. Hiort, Dr. Schröder
Tel.: 040/82279333

Ca. 87 m² große Privatpraxis für Osteopathie in Lokstedt

abzugeben.
Zuschr. erb. unter E 1766 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Wertgutachten

PraxValue

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

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

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

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

Betriebsanalysen
Betriebsunterbrechungsgutachten

Fortbildung/Seminare

Systemaufstellungen

Curriculum 12 Module. Durch Aufstellung, Krankheit und Symptome transgenerational betrachten. v. ÄK als Fortb. anerkt., DGfS-Zertifikat. Beier-Bremen@t-online.de 0170 5643100 ab 9. 10. in HB

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

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

Steuerberatung




KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuer+Unternehmensberatung

„Mehr Energie für Heilberufe“


Heinz-Günter Fritsche
Steuerberater

ausgezeichnet
beraten seit 1976

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

Ihr Erfolg - unser Ziel

Medizintechnik/Medizinische Geräte



Ultraschall

- TOP-Service
- Neu- und Gebrauchs-systeme namhafter Hersteller
- Ultraschall-diagnostik für alle Fachrichtungen inkl. 4-D Ultraschall
- Herz-Kreislauf-Diagnostik
- Finanzierung

AMT
Abken Medizintechnik

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

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

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

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

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

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



Rechtsanwälte

Experten für Plausibilitätsprüfungen

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen im Gesundheitswesen!

Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

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

Anzeigenschlusstermine Hamburger Ärzteblatt

Ausgabe 09/2015

Textteilanzeigen: **14. August** · Rubrikanzeigen: **20. August**

Anzeigenannahme:

Telefon: (040) **31 81 25 58** · Fax: (040) **31 81 25 59**

E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Bestattungen

Ertel

Beerdigungs-Institut

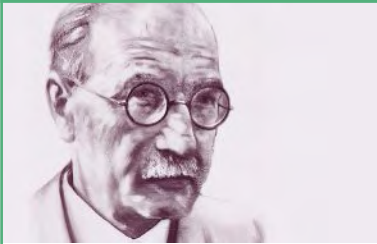
20095 Hamburg
Alstertor 20, ☎ (0 40) 30 96 36-0

Filialen

Blankenese
Nienstedten

☎ (0 40) 86 99 77
☎ (0 40) 82 04 43

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



Die Asklepios Kliniken laden ein

Ab Juli 2015

► Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte (40)*

10. Blended Learning Kurs nach den RKI-Richtlinien, zertifiziert nach ZFU und Kriterienkatalog der Bundesärztekammer. Präsenztage: 12. und 13. November 2015. MEDILYS Laborgesellschaft mbH, Konzernbereich Medizin und Wissenschaft Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Teilnahmebühr: 595,- € (inkl. MwSt.)
Ort Präsenzteil: Asklepios Klinik Barmbek, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung erforderlich. E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 26. August 2015, 17:00 Uhr

► Arthrofibrose und komplexes regionales Schmerzsyndrom (Morbus Sudeck) (4)*

Wir diskutieren die Diagnostik und die optimale konservative bzw. operative Therapie. Paul-Sudeck-Gesellschaft e.V., Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum der Asklepios Klinik St. Georg
Ort: Kongresszentrum „Georgie“, Haus W, Asklepios Klinik St. Georg, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Freitag, 28. August 2015, 15:00 bis 18:30 Uhr,

Samstag, 29. August 2015, 9:00 bis 14:15 Uhr

► 10. Neuroradiologisches Herbstsymposium

Themen u. a. Ergebnisse aktueller Studien, Marklagerveränderungen, Blutungen, Ohrgeräusche und Schwindel aus Sicht der Klinik und der Neuroradiologie. Mit Hands-on-Workshop. Abt. Radiologie und Neuroradiologie der Asklepios Klinik Barmbek
Teilnahmegebühren: Niedergelassene Ärzte, Chef- und Oberärzte: 95,- €, Assistenzärzte: 65,- €, MTRA: 25,- €; Zusätzliche Workshop-Pauschale: 20,- €
CME-Punkte sind beantragt.
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Mittwoch, 2. September 2015, 17:00–20:00 Uhr

► Heidberger Hausärzteseminar 2015 (4)*

In unserer neuartigen Fortbildung befassen wir uns interdisziplinär mit den Themen Antikoagulation sowie Depression. Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Klinik für Innere Medizin I
Ort: Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Haus 12, Kaminzimmer, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 37 46
E-Mail: a.schult@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Mittwoch, 2. September 2015, 17:00 Uhr

► Update Kolorektales Karzinom 2015

Update des Onkologischen Zentrums Altona zu Neuerungen in Diagnostik und Therapie des kolorektalen Karzinoms. Asklepios Klinik Altona, II. Medizinische Abt.
Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal, Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Donnerstag, 3. September 2015, 09:30 bis 19:30 Uhr,

Freitag, 4. September 2015, 08:00 bis 17:30 Uhr

► 1. Internationaler Hamburger Ohr- und Laterobasis-Operationskurs (25)*

In diesem Anfängerkurs vermitteln wir Kenntnisse auf dem Gebiet der klassischen Ohrchirurgie in Live-Operationen und Vorträgen; mit Präparationsübungen unter individueller Anleitung. Asklepios Klinik St. Georg, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-, Hals- und Plastische Operationen
Teilnahmegebühren: 300,- € für Vorträge & Live-OPs; 550,- € für Vorträge, Live-OPs, Präparationsübungen; 500,- € bei Anmeldung bis zum 15.07.2015
Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Lohmühlenstraße 5, 20099 Hamburg
 Präparationsübungen: Haus XR, UG, Vorträge und Live-Übertragungen: Haus P, Asklepios Medical School
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Mittwoch, 9. September 2015, 16:30–19:00 Uhr

► Amyotrophe Lateralsklerose – Aktuelle Diagnostik und Therapie (3)*

Ausgewiesene Experten stellen diagnostische und therapeutische Möglichkeiten dieser Systemerkrankung des motorischen Systems sowie Hilfsmittel vor. Asklepios Klinik St. Georg, Neurologische Abteilung
Ort: Asklepios Medical School Campus Hamburg, c/o Asklepios Klinik St. Georg, Lohmühlenstr. 5, Haus P, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Mittwoch, 9. September 2015, 16:30–18:00 Uhr

► Antisozialität – Psychiatrische Entität oder Lebensstil? (2)*

Vortrag und Diskussion Prof. Dr. med. Manuela Dudeck (Bezirkskrankenhaus Günzburg) im Rahmen der Ochsenzoller Vorlesungen Psychiatrie und Psychotherapie 2015. Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Henny-Schütz-Allee 3, Haus 2, EG, Konferenzräume 1+2, 22419 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Mittwoch, 9. September 2015, 16:00–19:00 Uhr

► Onkologie in der HNO (4)*

Wir stellen in der Veranstaltung für niedergelassene HNO- und Hausärzte das zertifizierte Kopf-Hals-Tumorzentrum sowie onkologische Therapieoptionen vor. Asklepios Klinik Altona, HNO-Abteilung
Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal, Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 17 40;
E-Mail: j.hummel@asklepios.com

Mittwoch, 9. September 2015, 18:00–21:00 Uhr

► Herz-Hirn-Hamburg (4)*

Vielfältige Themen zwischen Herz und Hirn. Asklepios Klinik Altona, Abteilung für Neurologie
Ort: Hotel Hafen Hamburg, Seewartenstraße 9, 20459 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 9. September 2015, 18:00–20:00 Uhr

► Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium ③*

Interdisziplinäre Veranstaltung zum Thema: Die präklinische Kühlung – Irrwitz oder Wahnsinn? Referent: Prof. Dr. med. Berthold Bein, Asklepios Klinik St. Georg.
Asklepios Klinik St. Georg, Abt. für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Schmerz- und Rettungsmedizin
Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Sitzungssaal, Haus J, 2. OG, Lohmühlenstraße 5, 20099 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Freitag, 25. September 2015, 15:45–19:00 Uhr,
Samstag, 26. September 2015, 09:00–17:30 Uhr

► 8. Workshop Beatmung ⑭*

Wir erläutern den aktuellen Stand der invasiven und nicht-invasiven Beatmung und üben die Techniken in Kleingruppen.
Asklepios Klinik Barmbek, Abteilungen für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Pneumologie und internistische Intensivmedizin, Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e. V. (AGNN)
Teilnahmegebühr: 75,- € (inkl. Speisen und Getränke); bei Anmeldung bis 01.08.2015 60,- €
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-4, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung bis 13.09. erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-82 98 09;
E-Mail: anaesthesie.barmbek@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Donnerstag, 1. bis Sonntag, 4. Oktober 2015

► 3. Hamburger Facharztrepetitorium Anästhesiologie ⑫*

Kompaktkurs in Zusammenarbeit mit den Prüfern der Ärztekammer Hamburg, mit Prüfungssimulation. Auch als Refresherkurs geeignet.
Asklepios Klinikum Harburg, Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie
Teilnahmegebühr: 430,- € für Nicht-Fachärzte, 480,- € für Fachärzte
Ort: 01.10.2015 Asklepios Klinikum Harburg, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Harburg; 02.-04.10.2015 Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122a, 22083 Hamburg
Anmeldung per E-Mail erforderlich: r.holten@asklepios.com

Samstag, 10. Oktober 2015, 09:00–17:00 Uhr

► 1. Altonaer Neurovaskuläres Ultraschallkolloquium ⑩*

Praxisnaher Überblick über die diagnostischen Möglichkeiten. Refresherkurs.
Asklepios Klinik Altona, Abteilung für Neurologie
Teilnahmegebühr: 190,- €
Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal, Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Samstag, 10. Oktober 2015, 9:00–18:00 Uhr

► 4. Barmbeker Symposium Geburtshilfliche Anästhesie ⑩*

Wir stellen die Grundlagen und Besonderheiten der anästhesiologischen Versorgung von Mutter und Kind dar und diskutieren die modernen Versorgungsstandards.
Asklepios Klinik Barmbek, Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Teilnahmegebühr (inkl. Speisen und Getränke) 35,- € bei Anmeldung bis zum 31.07.2015, 45,- € bei Anmeldung ab dem 01.08.2015
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-4, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

Samstag 24. Oktober 2015, 9:00–15:30 Uhr

► Sylter Kompaktkurs Spiroergometrie für Anästhesiologen ⑨*

Theoretischer Teil mit Darstellung der Grundlagen und praktischer Teil mit Beispielen aus der täglichen Routine.
Asklepios Nordseeklinik Westerland
Teilnahmegebühr: 50,- € (inkl. Mittagessen)
Ort: Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt, Raum Westerland, Norderstraße 81, 25980 Sylt/Westerland
Anmeldung bis 9.10.2015 erforderlich. Fax: (0 46 51) 84-10 18;
E-Mail: an.weiss@asklepios.com

Donnerstag, 10. Dezember 2015, 11:30–19:00 Uhr,

Freitag, 11. Dezember 2015, 9:00–16:00 Uhr

► HAST: 5. Hamburger Acute Stroke-Workshop ⑧* ⑧*

Der neurovaskuläre Workshop richtet sich an die klinischen Verantwortlichen in Neuroradiologie und Neurologie in der akuten Schlaganfallversorgung. Interdisziplinäre Diskussion der wissenschaftlichen Daten, praktische Tipps und Entscheidungshilfen.
Asklepios Ärzteakademie
Teilnahmegebühr: 270,- € (Workshop, Verpflegung, CD, Abendessen 10.12.2015)
Ort: Hotel Yoho, Moorkamp 5, 20357 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Begrenzte Teilnehmerzahl. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com; online: www.aerzteakademie-hamburg.de

www.aerzteakademie-hamburg.de
Die neue Homepage der Ärzteakademie:
Termine - Informationen - Online-Anmeldung

(weitere Termine umseitig)

Nähere Informationen und Anmeldung: www.aerzteakademie-hamburg.de